

Von der Putzwut gepackt

Paraneoplastisches Cushing-Syndrom

Stefan Zechmann^a, Lukas Villiger^b, Erwin Grüter^c, Anna Hoffmann^d, Jürg H. Beer^a, Jolanda Contartese^a

^a Departement für Innere Medizin; ^b Konsiliararzt Endokrinologie; ^c Abteilung für Nephrologie; ^d Departement für Radiologie, Kantonsspital Baden

Fallbericht

Anamnese

Die notfallmässige Einweisung der 68-jährigen, schlanken Patientin (BMI 23,4 kg/m²) erfolgte durch die Söhne, die bei ihrer Mutter eine akut aufgetretene Wesensveränderung feststellten. Gewöhnlich reinigte die Patientin jeden Samstag das Badezimmer. Auch an diesem Wochenende nahm sie ihre Reinigungsarbeiten in Angriff. Plötzlich begann die Patientin unermüdlich den Badezimmerboden zu schrubben, bis ihre Finger blutig waren. Der Ehemann konnte die von der Putzwut gepackte Patientin bei der Reinigungsarbeit nicht mehr stoppen und musste seine Söhne zur Hilfe rufen.

Anamnestisch war keine psychische Erkrankung bekannt. Es bestand eine arterielle Hypertonie, eine PAVK

Grad I, ein chronisches zervikales und lumbales Schmerzsyndrom sowie ein persistierender Nikotinabusus (ca. 30 pack years).

Bei Eintritt auf unserer Notfallstation präsentierte sich die Patientin in leicht reduziertem Allgemeinzustand.

Status

Die schreiende und um sich schlagende Patientin halluzinierte aktiv und war örtlich, zeitlich und autopsychisch desorientiert, bei fehlenden Hinweisen für fokale neurologische Ausfälle. Die Vitalparameter waren bis auf den erhöhten Blutdruck (200/90 mm Hg) normal. Auffallend waren die blutigen, abgebrochenen Fingernägel, die massiv zerkratzten Hände, subkutane Hämatome an allen Extremitäten und am Abdomen sowie eine hyperpigmentierte Operationsnarbe. Der übrige internistische Status war unauffällig. Die bei Spitaleintritt auffälligen Laborbefunde sind der Tabelle 1 zu entnehmen, und das toxikologische Screening war negativ. Das Schädel-CT und -MRI (inklusive Hypophyse), die Lumbalpunktion und das Elektroenzephalogramm (EEG) waren ebenfalls nicht richtungsweisend.

Aufgrund der konsequenten Analyse der Differentialdiagnose eines Delirs, der Klinik und Labor constellation dachten wir auch an ein Cushing-Syndrom. Der Cortisolwert war sowohl im Serum (4600 nmol/l) als auch im Urin (10372 nmol/l) deutlich erhöht (8× respektive 40× über der Norm). Ein *low-dose*-Dexamethason-Hemmtest mit 1 mg zeigte keine relevante Suppression. Das ACTH (adrenocortikotropes Hormon) war erhöht (44,4 pmol/l; Normwert: 2,2–10,5 pmol/l). Der Aldosteron/Renin-Quo-

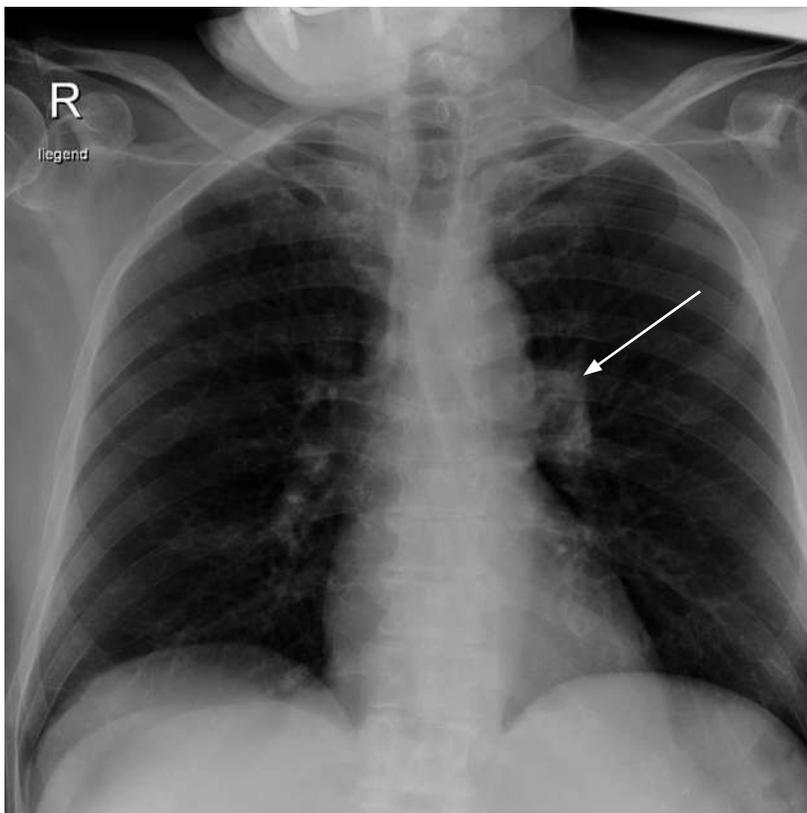


Abbildung 1: Konventionelles Röntgen-Thorax liegend am Eintrittstag mit polyzyklisch imponierendem linken Hilus (Pfeil).

Tabelle 1: Eintrittslabor (auffällige Befunde).

	Normalwerte	Eintrittswerte
Kalium	3,5–4,8 mmol/l	2,5 ↓↓
Glucose	3,1–6,4 mmol/l	9,4 ↑
γ-GT	5–39 U/l	189 ↑
LDH	240–280 U/l	879 ↑↑
Leukozyten	3,7–11,2 Tsd/μl	15,3 ↑

Der Fall wurde teilweise präsentiert und publiziert in Abstract-Form: 82. Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin 2014, Genf, Schweiz, Poster P548.

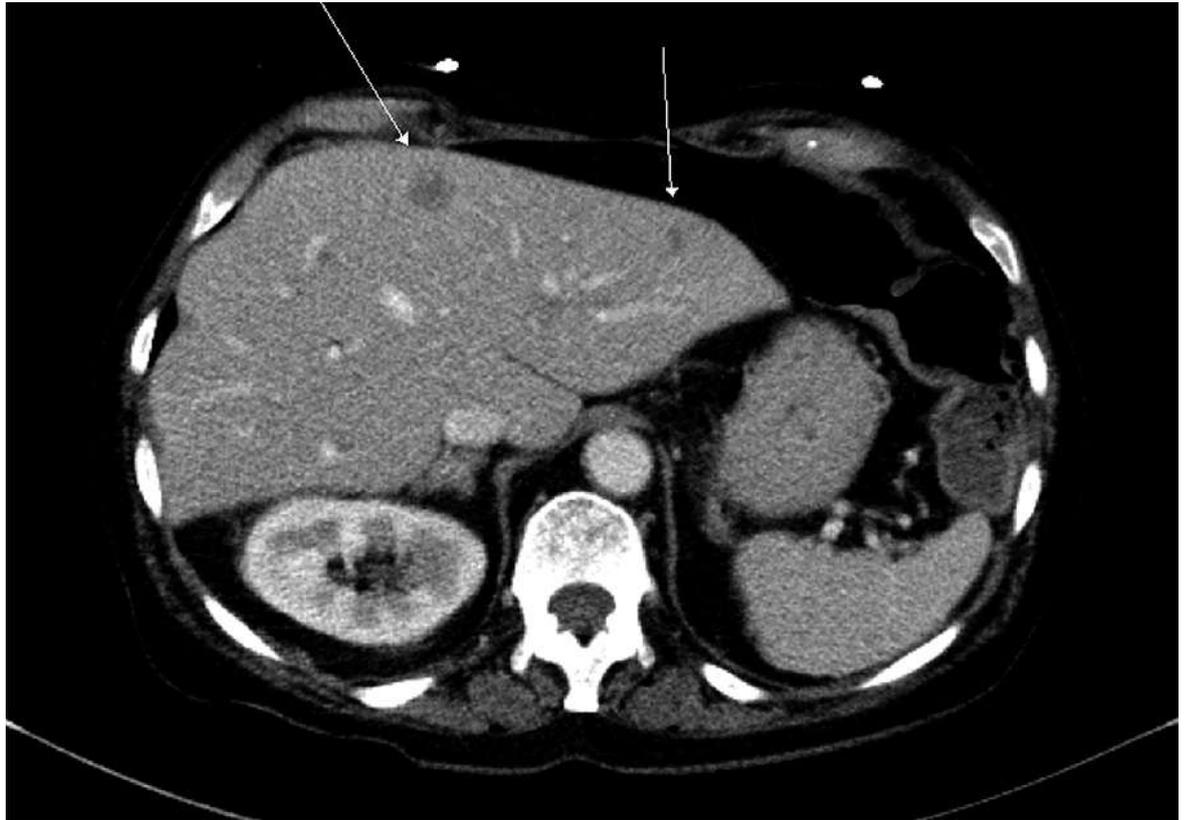


Abbildung 2: CT Abdomen i.v. KM: Die Leber normal gross, jedoch mit multiplen unscharf berandeten hypodensen Läsionen (Pfeile), die grösste 1,3 cm.

tient war normwertig. Ein Thorax-Röntgenbild zeigte diskrete Hinweise für eine COPD sowie eine linksseitige Hilusvergrösserung (Abb. 1). Im CT-Thorax/Abdomen konnten noduläre Auftreibungen beider Nebennieren, eine mediastinale Lymphadenopathie und multiple hypodense Leberläsionen nachgewiesen werden (Abb. 2 und 3). Die Feinnadelpunktion der Leberläsionen ergab Metastasen eines kleinzelligen Bronchialkarzinoms.

Verlauf

Im Verlauf trat ein septischer Schock mit *Streptococcus bovis*- und *Escherichia coli*-Bakteriämie auf. Nach einer passageren klinischen Verbesserung unter empirischer Antibiotikatherapie kam es zu einem Multiorganversagen. Aufgrund der infausten Prognose wurde mit den Angehörigen ein konservatives Vorgehen besprochen, und die intensivmedizinischen Massnahmen wurden nicht weiter ausgebaut. Die Patientin verstarb kurze Zeit später. Eine Autopsie wurde abgelehnt.

Diskussion

Das Delir mit seinem plötzlichen Beginn und fluktuierendem Verlauf stellt keineswegs nur eine lästige Begleiterscheinung anderer Krankheitsbilder dar, viel-

mehr ist das Delir oft ein Frühwarnsymptom für eine akute und ernste Erkrankung. Die Differentialdiagnose somatischer Ursachen ist breit, und die Durchführung diagnostischer Abklärungen gestaltet sich aufgrund der Unruhe und Aggressivität oftmals sehr schwierig. Trotzdem oder gerade deshalb gilt es, die differentialdiagnostischen Überlegungen systematisch durchzuführen. Der klinische Verlauf mit akutem Delir, therapieresistenter Hypokaliämie, hypertensiver Entgleisung und Hyperglykämie zusammen mit den radiologischen Befunden sowie dem schnell ansteigenden Cortisolspiegel liess ein rasch «explodierendes» paraneoplastisches Cushing-Syndrom bei kleinzelligem Bronchialkarzinom vermuten.

Um ein Cushing-Syndrom zu diagnostizieren, bedarf es angesichts solch hoher Cortisolwerte im Serum und Urin bei passender Klinik kaum weiterer diagnostischer Schritte. Bei erhöhten Cortisolwerten durch Stress, Depression oder Alkohol (sogenannter Pseudo-Cushing) steigen die Werte üblicherweise nicht über das Dreis- bis Vierfache der oberen Norm an.

Chronische Effekte des Hypercortisolismus wie zum Beispiel proximale Muskelatrophie fehlten bei unserer Patientin. Es zeigte sich lediglich eine beidseitige knotige Nebennierenhyperplasie. Das metastasierende Bron-

Korrespondenz:
Dr. med. univ.
Stefan Zechmann
Klinik und Poliklinik für
Innere Medizin
Universitätsspital Zürich
Ch-8091 Zürich
stefan.zechmann[at]usz.ch

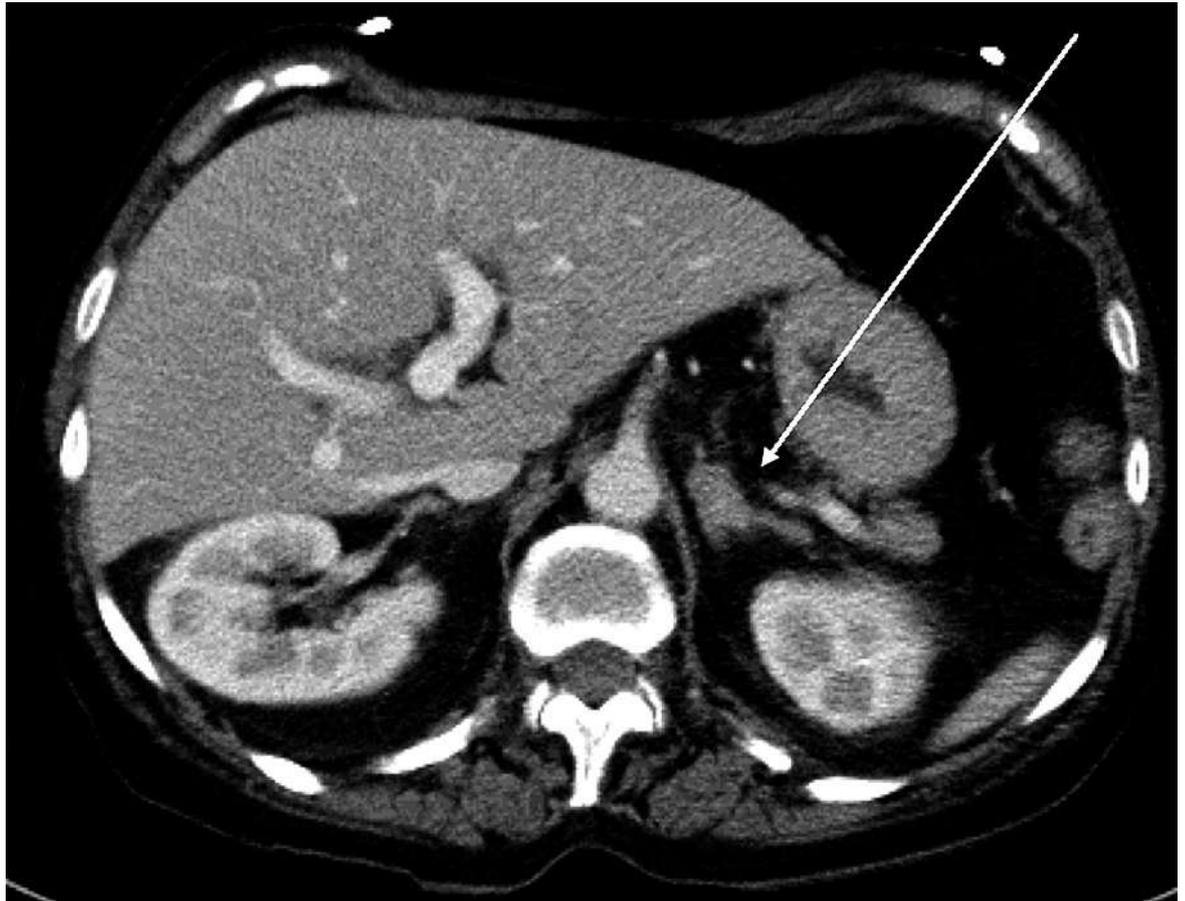


Abbildung 3: CT Abdomen i.v. KM: Die Nebennieren imponieren beidseits etwas verklumpt. Auf der linken Seite (Pfeil) im Bereich des nodulär aufgetriebenen ventralen Schenkels beträgt die mittlere HU (Hounsfield Units) nativ 28, in der portal-venösen Phase 97 sowie in der Spätphase 47 HU. Es ergibt sich ein Washout von 72%, was für das Vorliegen eines Nebennierenadenoms spricht.

chiarkarzinom, gepaart mit hauptsächlich akuten und nur wenigen chronischen cortisolbedingten Veränderungen, spricht für ein akutes Aufflammen der paraneoplastischen endokrinen Aktivität.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Feelders RA, Hofland LJ, de Herder WW; Medical treatment of Cushing's syndrome: adrenal-blocking drugs and ketoconazole; *Neuroendocrinology*. 2010;92(1):111–5
- 2 Beuschlein F, Hammer GD. Ectopic pro-opiomelanocortin syndrome. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2002 Mar;31(1):191–234
- 3 Leinung MC, Young WF Jr, Whitaker MD, Scheithauer BW, Trastek VF, Kvols LK. Diagnosis of corticotropin-producing bronchial carcinoid tumor causing Cushing's disease. *Mayo Clinic Proc*. 1990;65(10):1314–21
- 4 F.A. Shepherd, J. Laskey, E vans WK, Goss PE, Johansen E, Khamisi F. Cushing's syndrome associated with ectopic corticotropin production and small-cell lung cancer; *J Clin Oncol*. 1992;10(1):21–7

Schlussfolgerungen für die Praxis

Zweifelsohne stellt die Versorgung akut verwirrter Patienten im hektischen klinischen Alltag für das betreuende Pflege- und Ärzteteam eine grosse Herausforderung dar, und der diensttuende Arzt wird oft unter Druck gesetzt, zügig zu handeln. Trotzdem gilt es, die breite Differentialdiagnose des Delirs auch unter erschwerten Bedingungen zu meistern, und manchmal wird man dafür mit einer internistischen Perle belohnt.

Wenn Sie also das nächste Mal vor einem verwirrten Patienten stehen, denken Sie an die Differentialdiagnose des Delirs. Dieser eindrückliche klinische Fall beschreibt ein klassisches paraneoplastisches Syndrom. Die durchgeführten Abklärungsschritte betreffend Cushing-Syndrom wurden dargelegt.