

H06

→ 5.62 Welche der folgenden Vorgehensweisen zur Restitution des Gerinnungspotenzials vor der explorativen Laparotomie bei Herrn M. kommt am wenigsten in Betracht?

- (A) sofortiger Abbruch der Lyse-Therapie
- (B) Gabe von Aprotinin
- (C) Antagonisierung der begleitenden Heparinisierung mit Protaminchlorid unter PTT-Kontrolle
- (D) Transfusion von Gefrierplasma
- (E) Gabe von Clopidogrel

Fallstudie Nr. IX

Die nachfolgende Fallbeschreibung gehört zu den Aufgaben 5.63 bis 5.75.

Eine 59-jährige Patientin, Frau R., kommt im Oktober 2003 zur stationären Aufnahme in eine Hautklinik: Seit vielen Jahren besteht bei ihr eine Psoriasis, die im Mittel ein- bis zweimal jährlich eine stationäre Behandlung für mehrere Wochen erforderlich macht. Eine beim letzten Klinikaufenthalt begonnene orale Methotrexatbehandlung wurde wegen anhaltender Knochenmarksdepression abgesetzt. Jetzt ist es – bei unregelmäßiger häuslicher Therapie mit einem topischen Glukokortikoid – wieder zu einer Exazerbation der Hauterscheinungen mit erheblichem Juckreiz gekommen. Die Patientin erwähnt zudem zeitweilige Schmerzen der Fingergelenke sowie tiefsitzende Kreuzschmerzen. Gegen den Juckreiz hat der Hausarzt ihr ein Clemastin-Präparat verschrieben.

Anamnestisch sind bei Frau R. außerdem ein Diabetes mellitus Typ 2 mit Fettleber und eine chronisch-obstruktive Bronchitis bekannt. Sie raucht 10–20 Zigaretten pro Tag.

Aus der Krankenakte ist ferner ersichtlich, dass bei der Patientin der HLA-Typ B 27 nachgewiesen wurde. Frau R. wird zum Aufnahmezeitpunkt internistisch behandelt mit Glibenclamid, retardiertem Theophyllin, Ipratropiumbromid (Dosieraerosol) sowie Hydrochlorothiazid.

Bei der dermatologischen Untersuchung zeigt sich der auf Abbildung Nr. 49 und Nr. 50 des Bildanhangs dargestellte Befund an der Körperhaut; aus der Nähe wird dabei abschnittsweise eine lamellöse Schuppung deutlich. Nach dem Ablegen der Kleidung klagt die Patientin sofort über Frieren. Submammär und zwischen den Zehen finden sich Mazerationen. Axillär und inguinal sind leicht vergrößerte Lymphknoten von gummiartiger Konsistenz tastbar. Die Kopfhaut weist bei spärlicher Behaarung eine erheblich verstärkte groblamellose Schuppung auf. Der Nagelbefund ist auf Abbildung Nr. 51 des Bildanhangs dargestellt. An den Fingern bestehen derbe Schwellungen und Druckschmerzhaftigkeit mehrerer, vorwiegend distaler Interphalangealgelenke in asymmetrischer Verteilung. Das Mennell-Zeichen ist positiv, rechts erheblich stärker als links. Die sichtbaren Skeletteile der Sternokostoklavikular-Region sind unauffällig.

Bei der orientierenden Allgemeinuntersuchung von Frau R. werden über beiden Lungen mäßig ausgeprägte grobblasige Rasselgeräusche festgestellt. Es bestehen beidseitige Unterschenkelödeme. Der Blutdruck wird

mit 135/85 mmHg gemessen. Die Patientin wiegt 93,5 kg bei einer Körpergröße von 164 cm. Ansonsten wird kein pathologischer Befund erhoben.

Die Blutuntersuchung unmittelbar nach Aufnahme der Patientin ergibt u. a. folgende Werte:

„Klinische Chemie“:
 Natrium 144 mmol/L
 Kalium 3,9 mmol/L
 Kalzium (gesamt) 2,38 mmol/L
 Kreatinin 0,9 mg/dL
 Harnsäure 12,8 mg/dL
 Phosphat 3,2 mg/dL
 ALT (GPT) 13 U/L
 AST (GOT) 19 U/L
 GGT 92 U/L
 CRP 20 mg/L
 Glukose (nüchtern) 141 mg/dL
 Gesamtprotein 75 g/L
 Cholesterin (gesamt) 225 mg/dL
 Triglyzeride 250 mg/dL

Gerinnung:
 Quick-Wert 115%; INR 1,0
 PTT 28 s

Hämatologie:
 Leukozyten 9600/μL; davon:
 Neutrophile Granulozyten (Segmentkernige) 71,1%
 Lymphozyten 20%
 Monozyten 4,8%
 Eosinophile 3,5%
 Basophile 0,6%
 Erythrozyten 4,14/pL
 Hämoglobin 126 g/L
 Hämatokrit 0,37
 Thrombozyten 218/nL.

Die systemische Behandlung von Frau R. wird zu Beginn des stationären Aufenthaltes ergänzt um die Gabe von Allopurinol zur Bekämpfung der Hyperurikämie; das u. a. durch die entzündliche Erkrankung und die Adipositas-bedingte Immobilität erhöhte Thrombose-risiko der Patientin gibt Anlass zur Verordnung von Enoxaparin zur Thromboseprophylaxe. Frau R. erhält eine Diabetesdiät mit 1800 kcal/Tag, die im Laufe des Krankenhausaufenthaltes zu einer deutlichen Besserung der anfangs unbefriedigenden Stoffwechselein-stellung führt.

Es wird eine differenzierte Lokalthherapie der Psoriasis eingeleitet: Dabei wird – nach einer sorgfältigen Nutzen-Risiko-Abwägung – anfangs Clobetasol (0,05%) eingesetzt, außerdem Cignolin (0,0625%) und eine Kopfsalbe mit Salicylsäure (3%). Zum sog. Zwischenfetten erhält Frau R. Urea pura (5%) in Ungt. leniens. In den Intertrigines kommen Gentianaviolett-Lösungen, eine blande Lotio und Leinenlappchen zum Trockenhalten zum Einsatz. Außerdem erhält die Patientin eine PUVA-Creme-Therapie nach typischem Anwendungsschema. Unter dieser Behandlung zeichnet sich eine langsame Besserung der Hauterscheinungen ab. Eine mykologische Untersuchung von Kopfschuppen ergibt einen negativen Befund.

Bei einer Röntgenuntersuchung der Hände findet sich eine Verschmälerung der Gelenkspalten einzelner Fingergelenke, bevorzugt an den distalen Interphalangealgelenken; die angrenzenden Knochenabschnitte zeigen marginale Erosionen und Usuren neben osteophytischen Proliferationen mit Protuberanzen und Ausbildung sog. Kolbenphalangen. Eine internistisch-rheumatologische Konsiliaruntersuchung bestätigt die gewonnene Einschätzung der Gelenkbefunde.

5.62 (E)

Bevor die vom Internisten angeregte Entscheidung über eine sog. basistherapeutische Behandlung getroffen wird, fällt bei Frau R. eine Temperaturerhöhung auf: Innerhalb der nächsten beiden Tage entwickeln sich Fieber (bis 38,8°C bukkal), Husten und Dyspnoe. Die PUVA-Therapie wird daraufhin abgebrochen. Bei einer Kontrolluntersuchung des Blutes finden sich folgende pathologischen Befunde: CRP 195 mg/L, Leukozyten 14800/μL, davon 80,1% neutrophile Granulozyten. Nach Röntgendiagnostik des Thorax und einer internistischen Konsiliaruntersuchung wird aufgrund hausinterner Erfahrungen und Gewohnheit eine Therapie mit Cefprozidim begonnen.

Die angesetzten Blutkulturen erbringen keinen Keimnachweis. Wegen mangelhaften Ansprechens auf das Cephalosporin erfolgt nach einigen Tagen eine Umstellung auf Piperacillin + Tazobactam (als Kombinationspräparat). Unter dieser Behandlung kommt es zu einer raschen und kontinuierlichen Besserung der pulmonalen Symptomatik. Unmittelbar nach Beendigung der antibiotischen Behandlung tritt eine mäßig schwere, wässrige Diarrhö mit Blut- und Schleimbeimengungen sowie krampfartigen Bauchschmerzen und erneutem Temperaturanstieg auf, die durch angemessene Diagnostik und Therapie beherrscht werden kann. Eine anschließende weitere Blutkontrolle ergibt folgende Werte: CRP 18 mg/L, Leukozyten 8900/μL, davon 71,5% neutrophile Granulozyten; Harnsäure 5,9 mg/dL.

Da die Entwicklung der Psoriasis trotz intensiver externer Therapie auch nach dem Abklingen der interkurrenten Erkrankungen insgesamt unbefriedigend verläuft, entschließt man sich im weiteren Behandlungsverlauf trotz erheblicher Bedenken zu einer oralen Ciclosporintherapie in niedriger Dosierung. Hierunter kommt es zu einer guten Rückbildung der psoriatischen Symptome. In der Lokalbehandlung wird Clobetasol durch Prednicarbat (0,25%) in gleicher Applikationsweise ersetzt. Cignolin wird zuletzt in einer Konzentration von 0,5% angewandt. Die Kopfsalbe kann nach zeitweiliger okklusiver Anwendung abgesetzt werden.

Bei der Entlassung von Frau R. wird zur ambulanten externen Weiterbehandlung der Haut (nach einem Rotationsprinzip) u. a. ein bisher bei der Patientin noch nicht verwendeter Wirkstoff empfohlen. Frau R. wird auf die Notwendigkeit einer engmaschigen weiteren Betreuung hingewiesen, wobei auch radiologische Kontrolluntersuchungen des Thorax angeraten werden (vgl. Abbildungen Nr. 52 und Nr. 53 des Bildanhangs).

- H06
→ 5.63 Der bei der stationären Aufnahme von Frau R. im Oktober 2003 erhobene, auf den Abbildungen Nr. 49 und Nr. 50 des Bildanhangs dargestellte Hautbefund ist insgesamt (unter der Voraussetzung, dass die Abbildungen den Zustand des ganzen Integuments repräsentieren) im Zusammenhang mit den klinischen Angaben am ehesten zu interpretieren als:
- (A) Auspitz-Phänomen
 - (B) inkomplette Erythrodermie
 - (C) Psoriasis guttata
 - (D) Psoriasis inversa
 - (E) SAPHO-Syndrom

- H06
→ 5.64 Nagelveränderungen wie auf Abbildung Nr. 51 des Bildanhangs dargestellt sind bei der geschilderten Aufnahmeuntersuchung an beiden Händen der Patientin zu finden. (Bei den distalen weißlichen Längsstreifen handelt es sich um Lichtreflexe.) Welche der Angaben zur diagnostischen Einordnung dieser Läsionen trifft am wahrscheinlichsten zu?
- (A) Sie beruhen auf einem im Rahmen der Psoriasis bestehenden Eisenmangel.
 - (B) Sie sind charakteristisch für eine nebenbefundlich bestehende, subunguale Onychomykose (Tinea unguium).
 - (C) Sie sind beweisend für eine gleichzeitig bestehende Alopecia areata.
 - (D) Sie sind charakteristische Folgen der vorausgegangenen systemischen immunsuppressiven Behandlung.
 - (E) Sie sind durch Nagelmatrixpsoriasis mit mangelhafter Keratinisierung bedingt.

- H06
→ 5.65 Von welcher der folgenden Erkrankungen/Störungen ist die engste Assoziation mit dem bei Frau R. festgestellten HLA-Befund bekannt?
- (A) Adipositas
 - (B) Arthritiden des Achsenskeletts
 - (C) chronisch-obstruktive Bronchitis (COPD)
 - (D) Fettleber
 - (E) Hyperurikämie

- H06
→ 5.66 Welcher der folgenden Umstände trägt bei dieser Patientin am wenigsten wahrscheinlich zur Entstehung der Hyperurikämie bei?
- (A) genetische Disposition
 - (B) Ernährungsgewohnheiten
 - (C) bestehende Psoriasis
 - (D) Glukokortikoidbehandlung
 - (E) diuretische Behandlung

- H06
→ 5.67 Welcher der folgenden weiteren Laborbefunde würde am ehesten zur Symptom- und Befundkonstellation bei der beschriebenen stationären Aufnahme von Frau R. passen?
- (A) erniedrigte Konzentration der alkalischen Phosphatase (Gesamt-AP) im Serum
 - (B) erniedrigte Fibrinogen-Konzentration im Blut
 - (C) klassischer Rheumafaktor im Serum negativ
 - (D) Nachweis von antineutrophilen zytoplasmatischen Antikörpern (cANCA) im Serum
 - (E) Nachweis von hochtitrigen Antikörpern gegen Histone (Histon-Ak) im Serum