

# Fallbericht Innere Medizin□

Männlich, 33 Jahre alt

## Anamnese

Rascher Gewichtsverlust von 20 kg vor 2 Jahren, dabei Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Abgeschlagenheit.

Alle 2 Monate Laboruntersuchung mit kontinuierlich erhöhtem CRP-Spiegel von 50-70 mg/L. Mehrmals durchgeführte sonographische Untersuchungen blieben ohne Befund.

Nach auffälligen Laborwerten (IgG, Kappa-LK, Gesamtprotein) erfolgte eine Knochenmarkspunktion im Januar 2016 zum Ausschluss einer hämatologischen Erkrankung. Diese ergab lediglich eine leicht veränderte Erythropoese, jedoch keinen Hinweis auf eine monoklonale Gammopathie.

Bei den Grossmüttern väterlicherseits und mütterlicherseits waren Schilddrüsenerkrankungen bekannt.

Zusätzlich klagt der Patient über Schulter und Rückenschmerzen und Morgensteifigkeit.

Die seit nun 2 Jahren anhaltende Beschwerdesymptomatik belastet den Patienten zunehmend.

## Aktuell

Der Patient kam wegen anhaltender Abgeschlagenheit, Gewichtsverlust und Krankheitsgefühl zur Abklärung einer möglichen onkologischen Erkrankung.

Die körperliche Untersuchung blieb ohne Auffälligkeiten.

Eine Magnetresonanztomographie fand keine vergrößerten Lymphknoten, aber Wirbelsäulenveränderungen im Sinne eines Morbus Bechterew. Dies würde zu seinen Rückenbeschwerden passen. Schober- und Ott-Zeichen waren ebenfalls leicht vermindert. Eine HLA-B27 Diagnostik wurde daraufhin eingeleitet.

Laborchemisch zeigte sich eine manifeste Hyperthyreose mit erhöhten fT3, fT4 und vermindertem TSH. Erhöhte Thyreoglobulin Antikörper, thyreoidalen Peroxidase Antikörper und TSH-Rezeptor Antikörper deuten auf eine autoimmune Genese. Eine Schilddrüsenszintigraphie wurde daher angemeldet, um zwischen einem Morbus Basedow und einer Hashimoto-Tyreoiditis differenzieren zu können. Bis dahin wird keine thyreostatische Therapie begonnen.

Zusammenfassend konnte weiterhin keine maligne Neoplasie festgestellt werden. Die bestehende Symptomatik würde zu einem Morbus Basedow passen. Die weitere Diagnostik bezüglich Basedow/Hashimoto sowie Morbus Bechterew ist ausstehend. Bis dahin wird keine Therapie eingeleitet.

## Körperliche Untersuchung

Größe 1,85m, Gewicht 70kg.

Pupillen isokor und seitengleich lichtreagibel.

Mundschleimhaut und Rachenring reizlos.

Lymphknoten nicht palpabel vergrößert.

Herztöne rein und rhythmisch, keine pathologischen Geräusche.

Vesikuläres Atemgeräusch und seitengleiche Belüftung der Lunge, keine Rasselgeräusche.

Abdominell keine Resistenzen und kein Druckschmerz, normale Darmgeräusche über allen Quadranten.

Kein Klopfschmerz über Wirbelsäule oder Nierenlager.

## EKG

Normofrequenter Sinusrhythmus, Indifferenztyp, Herzfrequenz 90/min, leicht überhöhte T-Welle wie bei Hypertrophie, keine Akutpathologica

## Echokardiographie

Aufgrund der Hypertrophie-Zeichen im EKG wurde eine Sonographie durchgeführt, die jedoch ohne pathologischen Befund blieb. Insbesondere konnte keine Hypertrophie oder Dilatation verifiziert werden.

## MRT

Wegen der auffälligen Anamnese und Laborwerte wurde eine MRT-Untersuchung von Thorax und Abdomen durchgeführt.

Es fanden sich jedoch keine vergrößerten Lymphknoten, jedoch

Wirbelsäulenveränderungen im Sinne eines Morbus Bechterew.

Insgesamt fanden sich keine Hinweise auf eine maligne Neoplasie.

## Labor

Hämoglobin	12,4	mg/dL	leicht erniedrigt
Hämatokrit	36,4	%	leicht erniedrigt
MCH	27,3	pg	leicht erniedrigt
MCV	80,2	fl	unterer Normbereich
Neutrophile G.	75,6	%	leicht erhöht
Lymphozyten	16,4	%	leicht erniedrigt
CRP	46,7	mg/L	erhöht
TSH	0,01	mU/L	vermindert
fT3	4,8	ng/L	erhöht
fT4	19,8	ng/L	erhöht
Tyreoglobulin AK	230,9	IU/mL	erhöht
TPO AK	394,3	U/mL	erhöht
TSH Rezeptor AK	1,9	U/L	erhöht
IgG	19,8	g/L	leicht erhöht, nicht monoklonaler Genese
Kappa Leichtketten	38,9	mg/L	leicht erhöht
Gesamt Protein	83,8	g/L	leicht erhöht

## Morbus Basedow

Der Laborbefund ist vereinbar mit einem Morbus Basedow. Insbesondere die TSH-Rezeptor Antikörper, vermindertes TSH und erhöhten Schilddrüsenhormone sprechen dafür. Weiterhin passen die Symptome Leistungsabfall, Gewichtsabnahme und erhöhte Pulsfrequenz (90/min) zu dieser Verdachtsdiagnose. Auch die familiäre Belastung (beide Grossmütter) und das Erkrankungsalter (20-40) passt hierzu. Weiterhin besteht ein Zusammenhang mit Arthritiden, was eventuell die Schulter- und Rückenbeschwerden, sowie das erhöhte CRP erklären könnten.

Eine sonographische Untersuchung würde sich anbieten, um die für den Morbus Basedow typischen Veränderungen, eine echoarme, homogene und stark vaskularisierte Schilddrüse, zu beurteilen.

Eine Szintigraphie würde eine verstärkt aktive Schilddrüse zeigen.

## Hashimoto Tyreoiditis

Die Laborwerte würden auch zu einer Hashimoto Tyreoiditis passen.

Die Differentialdiagnostik zwischen Basedow und Hashimoto kann jedoch insbesondere in der Anfangsphase schwierig sein.

Die Sonographie würde hier im Gegensatz zum Morbus Basedow ein inhomogenes Schilddrüsenparenchym zeigen. In der Szintigraphie wäre der Technetium-Uptake beim Hashimoto vermindert.