

# **Gesellschaft für Innere Medizin an der Universität Graz**

(Vorstand: Univ.Prof. Dr. T. Pieber)

## **Universitätsklinik für Innere Medizin**

(Vorstand: Univ.Prof. Dr. A. Rosenkranz)

## **Universitätsinstitut für Pathologie**

(Vorstand: Univ.Prof. Dr. G. Höfler)

### **KLINISCH-PATHOLOGISCHE KONFERENZ**

**Donnerstag, 6.6.2024, 12.15 Uhr**

**Hörsaal E2, Hörsaalzentrum**

**(im Innenhof zwischen den Univ.-Kliniken für Chirurgie und Innere Medizin, Univ.-Klinikum Graz, Auenbruggerplatz 15)**

**DiskutantIn: Univ.Prof. Dr. Hildegard Greinix,  
Klinische Abteilung für Haematologie,  
Universitätsklinik für Innere Medizin, Graz**

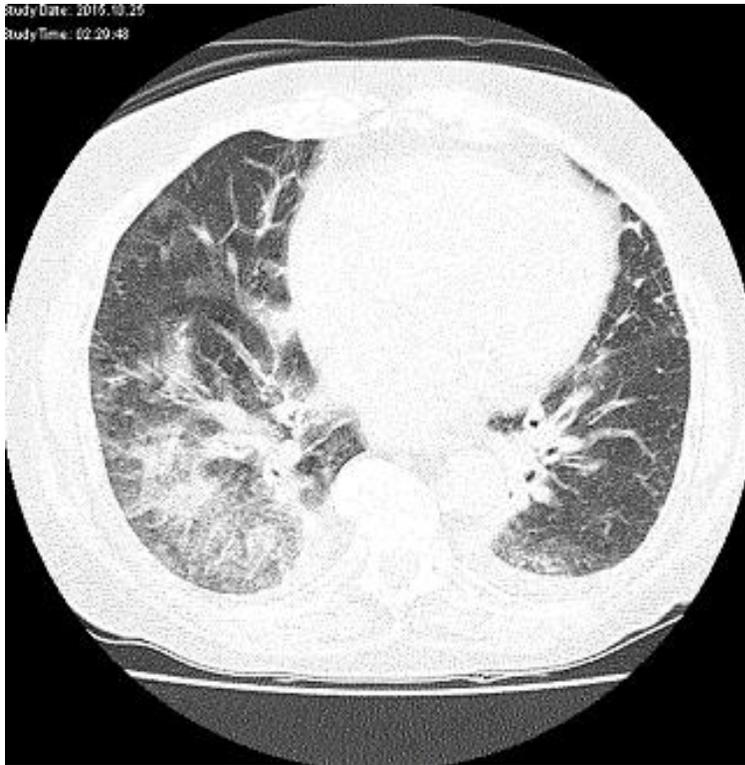
**Moderation: o.Univ.Prof. Dr. Günter J. Krejs**

**Fall 180** 50-jährige Ärztin mit Nasenbluten und Verdacht auf Sklerodermie

Die Patientin, eine Arbeitsmedizinerin, wird seit 3 Jahren wegen Sklerodermie in einem anderen Bundesland betreut. Ein Raynaud Syndrom bestehe seit der Pubertät und tritt vor allem bei Stress auf. Die pulmonalen Veränderungen, die sich vor allem im Mittellappen und den Unterlappen finden, sind im Thorax-CT zu sehen (siehe Abbildung).

Nun wird die Patientin zur Einholung einer Zweitmeinung und Therapieoptimierung in der Sklerodermie-Spezialambulanz der Klinischen Abteilung für Rheumatologie und Immunologie der Universitätsklinik für Innere Medizin Graz vorstellig.

Bei genauer Befragung und klinischer Untersuchung finden sich keine Hinweise für eine Sklerodaktylie, keine digitalen Ulzerationen, keine Zeichen einer pulmonalen Hypertonie und keine Schluckstörung. Körpergewicht 63 kg, Körpergröße 173 cm. In der Auskultation über dem Thorax sind vereinzelt Rasselgeräusche zu hören; die physikalische Untersuchung ist sonst unauffällig. Die Kapillarmikroskopie zeigt weder Megakapillaren noch Einblutungen. Während der Untersuchung kommt es spontan zu Nasenbluten. Die Patientin berichtet, dass es immer wieder gelegentlich zu Nasenbluten komme, der HNO-Arzt habe aber nichts Auffälliges gefunden.



Labor: komplettes Blutbild, C-reaktives Protein, BSG, Nieren- und Leberwerte im Normbereich. Immunpathologisches Labor: ANA 1:5120, ENA-Screening positiv, wobei die CNP-B-AK mit >240 U/mL erhöht sind (normal bis 10 U/mL). Negativ oder normal sind: p-ANCA, c-ANCA, Pr3-ANCA, Ak gegen Doppelstrang-DNA. Gerinnung: PZ 98% (normal: 70-120%), PZ INR 1,02, APTT 28,8 sec (normal: 26,0-36,0 sec), TZ 21,4 sec (normal: bis 22,0 sec), Fibrinogen 357 mg/dL (normal: 210-400 mg/dL), Antithrombin 107% (normal: >75%), Faktor VIII:C 192,3% (normal:

>50%), vWF:Ag >145% (normal: 60-150%), vWF Akt. H 181% (normal: >50), Faktor XIII 140% (normal: >70%), APC-Resist 5,4 (normal: 3,0-9,0), Protein C Akt. >120% (normal: >60%), ProtSAGfr >120% (normal: >59%), Lupus-APTT 26 sec (normal: bis 41 sec), Lupus-LA1 36,6 sec (normal: bis 45 sec).

Ein diagnostischer Test wurde durchgeführt.

CPC online: <https://www.medunigraz.at/klinisch-pathologische-konferenz>

Lösung CPC 179:

Diagnose:	Faktitia: Hypokaliämie durch Diarrhoe bei heimlichen Laxantienabusus
Diagnostischer Test:	Room Search, Bisacodyl im Harn positiv (DC, GC-MS)
DiskutantIn:	Univ.Prof. Dr. Kathrin Eller, Klinische Abteilung für Nephrologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz