

Endokrine Störung: Erst bei schwerer Ophthalmopathie erkannt

Der vorliegende Fall ist ein Beispiel für die beim alten Menschen häufig nicht oder erst spät gestellte Diagnose der Hyperthyreose (siehe dazu auch im Schwerpunkt Stoffwechsel S. 35). Ein Morbus Basedow, wie hier bei einer 86jährigen Patientin beschrieben, ist nur selten zu beobachten.

Eine 86jährige Patientin klagte über Schmerzen im Augenbereich, Gewichtsverlust, Schwäche und Belastungsdyspnoe. Eine Schilddrüsenvergrößerung sei seit 1981 bekannt. Seit 1970 besteht ein Diabetes mellitus, der seit sechs Jahren mit Insulin behandelt wird. Ihr Hauptproblem sieht die Patientin, die noch weitgehend selbständig im Altersheim lebt, darin, daß sie sich durch den drohenden Sehverlust ihr Insulin nicht mehr selbst injizieren kann.

Klinische Untersuchung

Patientin im mäßig reduzierten Allgemeinzustand und gutem Ernährungszustand (61 kg, Größe 158 cm), bewußtseinsklar, zeitlich und räumlich voll orientiert. Keine akuten kardio-pulmonalen Dekompensationszeichen. Auffällige Befunde: Blasses Hautkolorit, beidseitig Ulcera corneae, Lidschwellungen, konjunktivale Einblutungen, Exophthalmometrie nach Hertel li. 19 mm, re. 18 mm, Basis 100 mm (unauffällig), Cor rhythmisch, HF 104, RR 150/85 bei beidseits gespaltenen HT, 2/6 Holosystolikum mit p.m. im 4-5 ICR parasternal, Schluckverschiebliche Struma nodosa I-II, Klopf- und Druckschmerz im Bereich LWK 4/5, schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit in beiden Kniegelenken, strumpfförmige Sensibilitätsstörung im Bereich beider Beine mit eingeschränktem Vibrationsempfinden bis in Höhe der Oberschenkel.

Labor

Schilddrüse: TSH: 0,05 mIE/ml, T4: 288 nmol/l, T3: 6,1 nmol/l, FT4: 61,8 pmol/l, TSH-Rezeptor-Antikörper: 75,7 U/l (negativ < 9 U/l), Schilddrüsenperoxidase-Antikörper (TPO-AK): 615 U/ml (negativ < 100).

Weitere auffällige Laborparameter:

Hämoglobin 6,9 mmol/l (NB: 7,4-11,2) bei hypochromer Mikrozytose und Serumeisen: 7,0 mmol/l (NB 8,8-27,0), Glukose: 6,93 mmol/l (126 mg/dl), BSG 35/72 mm.

Unauffällige Laborparameter: Elektrolyte, Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure, ALAT (GPT), ASAT (GOT), AP, gGT, Triglyzeride, Cholesteroll, CRP, PTT und Quick.

Technische Befunde

EKG: IT, SR, HF 83/min (unter Propranolol), vereinzelt SVES, ascendierende ST-Strecke in V2-V5, links Sokolov-Index 4,8 als Zeichen der Linksherzbelastung.

R-Thorax: Zwerchfell-Gleichstand mit li. eingetrübten Sinus, Herz mittelständig, nicht verbreitert oder typisch fehlkonfiguriert mit sklerotischem Gefäßband,

Pulmonalisektasie und Bild des Lungenemphysems. Großbogige Vermehrung der BWS-Kyphose sowie flachbogige re. konvexe BWS-Skoliose mit degenerativen Veränderungen.

Schilddrüsen-Sonographie: Rechtsbetonte Struma colli. Volumen li 10 ml, re 18 ml (gesamt 28 ml) mit diffuser Echoarmut. Nachweis mehrerer kleiner echoarmer Herde. Rechts kaudal findet sich ein echoarmer Bezirk, rundlich 1,5 cm mit Halo.

Schilddrüsen-Scintigraphie: (unter Thiamazol-Therapie) siehe Abbildung 2. Peritheat-Uptake der Schilddrüse 8,6% (NB 0,7-3,5) ohne umschriebene Mehr- oder Minderanreicherungen. Beurteilung: zervikale, asymmetrische Schilddrüse mit deutlich erhöhter Jodavidität.

CT-Orbita: Darstellung einer spindelförmigen Verdickung des Musculus rectus medialis beidseits: 0,7 cm Durchmesser, die mit einer endokrinen Ophthalmopathie vereinbar ist.

Echokardiographie: Normalgroßer und normokinetischer linker Ventrikel bei regelrechter globaler Funktion. Geringe linksventrikuläre Hypertrophie. Aortenklappe fibrosiert, Dopplersonographischer Klappengradient: 16 mm-Hg, Mitralklappe verkalkt, deutlich separationsgestört, Mitralsuffizienz II°, Mitralsenose 0-I°, Trikuspidalinsuffizienz II°, kein Perikarderguß.

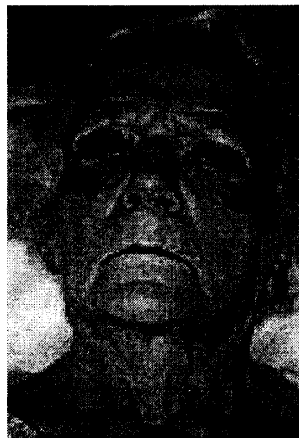


Abb. 1: Patientin 86 Jahre, endokrine Ophthalmopathie Stad. V°, Kompl. bakt.-myk. Konjunktivitis. (Konjunktivalblutung u. Hämatome sind Operationsfolge).

Diagnose

Hyperthyreose bei M. Basedow mit Endokriner Ophthalmopathie Stadium V. Desweiteren: Insulinbehandelter Diabetes mel-

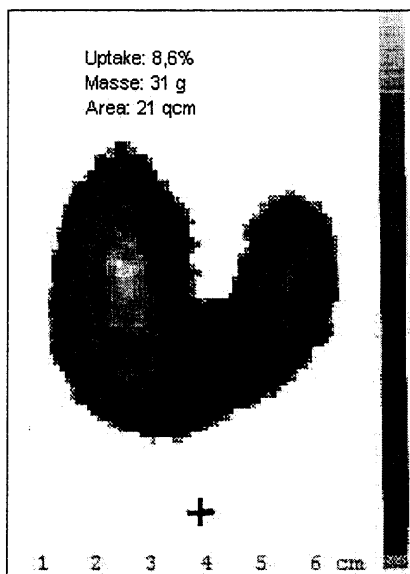


Abb. 2: Schilddrüsenzintigraphie mit Technetium 99-Pertechnat. Beurteilung: zervikale, asymmetrische Schilddrüse mit deutlich erhöhter Jodavidität ohne umschriebene Mehr- oder Minderanreicherungen.

litus Typ IIa (Erstdiagnose vor 25 Jahren) mit peripherer Neuropathie. Die oben aufgeführten Herzviten, stabile Impressionsfrakturen TH12 und LWK 1-3 bei seniler Osteoporose sowie eine Gonarthrose beidseits.

Weiterer Verlauf und Therapie

Nach Übernahme der Patientin aus der Augenklinik behandelten wir die Hyperthyreose initial mit 2 x 40 mg Thiamazol i.v. und 3 x 25 mg Propranolol. Bei dann rückläufigen SD-Werten wurde die Patientin auf Thiamazol 3 x 20 mg per os eingestellt. Es erfolgte nach erfolgreicher Therapie des lokalen infektiösen Geschehens eine retrobulbäre Photonenbestrahlung mit 10 MeV und einer Gesamtdosis von 13 Gy sowie eine Kortikoidtherapie mit 50 mg Prednisolon in absteigender Dosis. Bei der Entlassung nach insgesamt zweimonatigem Krankenhausaufenthalt war

das Befinden der Patientin deutlich gebessert. Die entzündliche Aktivität im Orbitabereich - Chemosis und periorbitale Schwellung - waren deutlich rückläufig. Ulzerationen der Konjunktiven lagen nicht mehr vor. Bei einer Dosis von 10 mg Thiamazol bestand eine periphere Euthyreose mit normalen FT4 bei supprimierten TSH.

Bei unserer Patientin war eine Kombination der Kortikosteroidbehandlung mit retroorbitaler Bestrahlung aufgrund der Vorerkrankungen, der lokalen Infektion und des Diabetes mit einem erhöhten Risiko verbunden.

Danksagung:

Herr Dr. med. L. Otto, Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin der Universität Leipzig, für die Überlassung der Szintigraphie. Frau Dr. med. I. Sterker, Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde der Universität Leipzig.

GERIATRIE PRAXIS - HINWEISE FÜR AUTOREN

Adresse:

Redaktion GERIATRIE PRAXIS
- Journal für Altersmedizin -
MMV Medizin Verlag GmbH München
Neumarkter Straße 18
D-81673 München
Tel.: 089/4372-2579
Fax: 089/4372-2726
E-mail: 100130.1171@Compuserve.com

Die Arbeiten müssen den Anforderungen moderner wissenschaftlicher Informationsverbreitung entsprechen und sollten nicht an anderer Stelle bereits veröffentlicht oder zur Veröffentlichung eingereicht sein.

Sie sollten nicht länger als 4 bis 5 Schreibmaschinenseiten, inklusive Abbildungen und Literaturverzeichnis sein.

Manuskript

Manuskripte sollen auf einseitig mit Maschine beschriebenen Blättern (1,5-zeilig, 30 Zeilen à 50 Anschläge) eingesandt werden. Für die deutsche Schreibweise ist die neueste Ausgabe des "Duden, Rechtschreibung" für die Schreibung von Fachausdrücken der "Duden, Medizinische Fachausdrücke" verbindlich.

Es werden Disketten der Größe 3,5" (MS-DOS oder Mac) akzeptiert. Betriebssystem, Format und Name des Textverarbeitungsprogramms sind auf der Diskette anzugeben. Bemerkt ist der Diskette ein gültiger Ausdruck beizulegen. Folgende Textverarbeitungsprogramme werden akzeptiert:

- Macintosh, Mac Write, Microsoft Word

- PC, MS-Word, MS-Word for Windows, MS-Works, Window-Write

Manuskripte, die mit anderen Programmen erstellt wurden, müssen als ASCII-Datei gespeichert sein.

Abbildungen und Tabellen sind dem Manuskript gesondert beizufügen. Sie müssen reproduktionsfähige Qualität haben, nummeriert und mit dem Namen des Autors versehen sein. Ihre Anzahl ist auf das notwendige Maß zu beschränken. Doppelte Darstellung in Abbildungen und Tabellen ist zu vermeiden. Die Legenden sind mit den Nummern der Abbildungen auf einem eigenen Blatt zusammenzufassen.

Die volle Anschrift des Autors sowie der Co-Autoren (mit ausgeschriebenen Vornamen und vollständigen Titeln) soll am Schluß des Manuskripts ge-

nannt werden. Bei Autoren und Co-Autoren in nachgeordneter Stellung ist der zuständige Leiter des Hauses/des Instituts/der Abteilung in Klammern anzuführen.

Über die endgültige Annahme von Manuskripten entscheiden letztendlich die Herausgeber nach Beurteilung.

Literatur

Bitte maximal 10 Literaturstellen angeben. Im laufenden Text sind die Nummern der Beiträge aus dem Literaturverzeichnis in runden Klammern zu zitieren. Ein alphabetisch geordnetes und fortlaufend nummeriertes Verzeichnis soll beigefügt werden. Literaturangaben sind auf solche zu beschränken, die auch im Text erkennbar verwendet werden.

a) Bei *Büchern* sind im Literaturverzeichnis anzugeben: Name und Initialen der Vornamen aller Autoren bzw. des oder der Herausgeber (Hrsg.), Titel, Verlag, Verlagsort und Erscheinungsjahr.

b) Bei *Zeitschriftenaufätzen* sind im Literaturverzeichnis anzugeben: Name und Initialen der Vornamen der ersten zwei Autoren (für weitere Autoren: et al.), Titel der Zeitschrift (abgekürzt entsprechend World Medical Periodicals), Bandnummer, Erscheinungsjahr (in Klammern) und Seitenzahlangebe mit erster und letzter Seite.

Beispiele:

a) J. Meier-Baumgartner H.P. (Hrsg.): Psychosoziale Dimensionen der Geriatrie. MMV Medizin Verlag, Vieweg, München-Wiesbaden 1991.

b) Z. Berghöfer, A. Linden-M. Schmerz bei psychiatrischen Krankheiten. Münch. med. Wschr. 134 (1992) 43-45.

Korrekturen

Größere Korrekturen in Form von Streichungen oder Zusätze, die den Umfang verändern, sind in der Autorenkorrektur nicht mehr möglich.

Sonderdruck

Sonderdruckwünsche bitte bei Einreichung des Manuskriptes anmelden. Die Kosten für die Sonderdrucke übernimmt der Autor.

Hinweis

Mit der Annahme des Manuskriptes geht das ausschließliche Recht der Veröffentlichung, Übersetzung in fremde Sprachen und Vervielfältigung innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist auf den Verlag über.