

Schleimhautulzera und Niereninsuffizienz

Zur stationären Aufnahme kam eine 48-jährige türkische Patientin, bei der im Rahmen einer ambulanten Untersuchung zuvor im Mittelstrahlurin ein pathologischer Harnstatus sowie ein erhöhtes Serumkreatinin von 1,64 mg/dl mit progressiver Tendenz entdeckt wurde. Parallel fanden sich Polyarthralgien wechselnder Lokalisation und eine Visuseinschränkung. Die Patientin berichtete über eine vorübergehende Beinschwellung mit einer lokalen Rötung beider Unterschenkel, offensichtlich einem Erythema nodosum.

Diagnostik

Klinisch fanden sich leichte Beinödeme ohne Rötung, freie Nierenlager und ein grenzwertig erhöhter Blutdruck (145/95 mmHg). Bei genauer oraler Inspektion unter Anheben der Lippen mit einem Spatel zeigten sich an deren Innenseite sowie den Zungenrändern weißliche kleinulzeröse Beläge (Abbildung 1), eine überwiegend tubuläre Proteinurie mit Albumin (Sticks: Spur +); quantitativ turbidimetrisch Albumin 250 mg/g Kreatinin und stark erhöhte alpha-1-Mikroglobulin Ausscheidung (387 mg/g Kreatinin), eine Mikrohämaturie (Sticks-Test ++++) sowie eine normoglykämische Glukosurie (Abbildung 2 a). Im Harnsediment waren im Phasenkontrastmikroskop vermehrt dysmorphe Erythrozyten (Abbildung 2 b) und mehrere Zellzytinder nachweisbar, zudem serologisch niedrigtitrige antinukleäre Antikörper bei normalem Complement C3 und C4. Die glomeruläre Filtrationsrate (eGFR nach MDRD) war mit 53 ml/min/1,73 qm erniedrigt. Mikrobiologische und virologische Diagnostik negativ. Sonografisch fanden sich normal große Nieren mit verwaschener Rinden-Mark-Differenzierung und leicht verdichtetem Parenchym. Ein Augenkonsil ergab eine Iridozyklitis mit beginnendem Hypopyon.

Im Zusammenhang mit dem oralen Schleimhautbefall, der Nieren-, Augen- und Gelenketeiligung stellte sich die Diagnose eines Morbus Behçet, was durch die Seropositivität auf HLA-B51 Antigen (HLA-B27 negativ) in ambulanter Nachkontrolle bestätigt wurde.

Differenzialdiagnose: Unter anderem aphthöse Stomatitis, Gingivostomatitis herpetica, Morbus Reiter (HLA-B27 positiv), Mischkollagenosen.



Abbildung 1: Orale Schleimhautulzera auf der Innenseite der oberen Lippe.

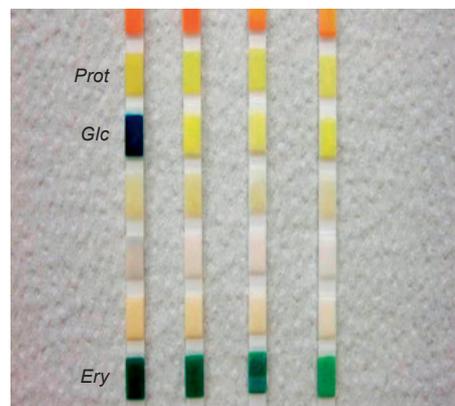


Abbildung 2 a: Unter Therapie verschwand die Glukosurie (Glc) und die Mikrohämaturie (Ery) besserte sich (b).

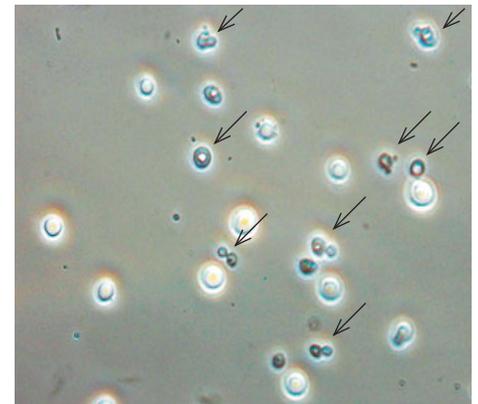


Abbildung 2 b: Im Harnsediment dysmorphe Erythrozyten (Pfeile).

Therapie

Bei steigendem Serumkreatinin erfolgte empirisch eine Glukokortikoidtherapie (60 mg oral in absteigender Dosierung), da die Patientin eine Nierenbiopsie ablehnte. Darunter verbesserte sich die eGFR über die nächsten Wochen bei ambulanten Kontrollen auf 84 ml/min/1,73 qm, die oralen Ulzera gingen langsam zurück. Die Sehstörungen, die Arthralgien, die Glukosurie und tubuläre Proteinurie verschwanden bis auf eine verbliebene geringe Mikrohämaturie (Abbildung 2 a).

Der Morbus Behçet ist, als chronisch inflammatorische Systemerkrankung, ethiologisch unklar (genetische Disposition nach Infekten?); er betrifft jüngere Personen in familiärer Häufung aus Südosteuropa, der Türkei bis nach Korea und Japan.

Autor

Professor Dr. Jürgen E. Scherberich,
KfN, Seybothstraße 65, 81545 München,
E-Mail: j.scherberich@web.de