

Verlegenheitsdiagnose Pharyngitis

Quandary Diagnosis Pharyngitis

Florian Heidrich¹, Julia Schuenemann¹, Mathias Lindstedt¹

Zusammenfassung: Wir berichten über die Kasuistik einer subakuten Thyreoiditis de Quervain, die zunächst als unspezifischer Infekt imponierte und erst durch typische Ultraschall-Befunde gesichert werden konnte. Trotz des gutartigen Verlaufs ist eine Steroidbehandlung sinnvoll, weil sich darunter die erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität in der Regel schlagartig bessert. Die Beschwerdesymptomatik sowie Fehldiagnosen im ambulanten und stationären Bereich werden detailliert dargestellt.

Schlüsselwörter: Schilddrüse; Thyreoiditis de Quervain; grippler Infekt; Allgemeinmedizin

Summary: Here we report a worthwhile case of a thyroiditis de quervain presented as unspecific infection. Only a typical ultrasound image of the thyroid gland lead to the correct diagnosis. Despite the benign course of this disease, treatment with steroids is recommended to quickly improve quality of life. We give some more detailed information about symptoms and diagnostic errors in ambulatory and hospital care.

Keywords: Thyroid Gland; Thyreoiditis de Quervain; Common Cold Infection; Family Medicine

Anamnese / Subjective

Eine 42-jährige Patientin stellte sich mit Müdigkeit, Mattigkeit sowie zunehmender Abgeschlagenheit in der Sprechstunde vor. Im Wesentlichen war das Beschwerdebild von progredienten sowie persistierenden Halsschmerzen und von Schluckstörungen geprägt. Des Weiteren beschrieb die Patientin ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl mit starken Kopf-, Ohren-, Glieder- und Muskelschmerzen. Hinzu kamen Fieber (38,2°C–39,4°C) und Schüttelfrost. Darüber hinaus gab die Patientin eine übermäßige Schmerzempfindlichkeit an. In Anbetracht dessen berichtete die Patientin von einem noch nie da gewesenen Krankheitsgefühl, welches mit einer auffälligen Reduktion der Lebensqualität verbunden war. Die selbstständige Therapie bestand aus Salbeitee, Lutschtabletten sowie Paracetamol (2 x 400 mg). Anamnestisch war ein grippler Infekt, ca. 4–8 Wochen zurückliegend eruierbar. Die Familienanamnese war in Bezug auf Schilddrüsenerkrankungen oder Erkrankungen onkologischer Genese leer.

Untersuchung / Objective

Körperlicher Untersuchungsbe- fund: Cor: Herztöne rein und rhythmisch, HF 85/min, RR135/80 mmHg, Pulsstatus regelrecht. Pulmo: vesikuläres Atemgeräusch, sonorer Klopfeschall, seitengleich belüftet. Abdomen: weich, ubiquitäre Druckdolenz, keine Resistenzen, regelmäßige Darmgeräusche über allen 4 Quadranten. Nierenlager bds. frei.

Das Hautkolorit war blass. Körpertemperatur 39,2°C (axillär). Es zeigten sich gerötete Konjunktiven, ein Klopfeschmerz im Bereich der Nasennebenhöhlen sowie ein Druckschmerz an den Austrittsstellen des Nervus trigeminus. Meningismus-Zeichen negativ.

Der Pharynx war reizlos und die Tonsillen unauffällig. Die Lymphknoten submandibulär, zervikal, supra- und infraclavikulär waren nicht vergrößert oder druckschmerzhaft palpabel. In diesem Rahmen wurde die Schilddrüse initial nicht detailliert untersucht. Eine durchgeführte Otoskopie ergab eine physiologische Trommelfellkonfiguration sowie keinen Anhalt für eine Otitis

media. Eine orientierende neurologische Untersuchung war ebenfalls ohne pathologischen Befund.

Im Rahmen der Anamnese sowie der Untersuchung gab es folgende differenzialdiagnostische Überlegungen: Pharyngitis, Tonsillitis, Otitis media, Sinusitis oder Meningitis. Jedoch ließ sich kein klassischer Infektfokus im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich finden. Darüber hinaus beeindruckte dieses ungewöhnlich starke Krankheitsgefühl.

Verlauf / Assessment

Nach einer Blutentnahme erfolgte eine schmerzadaptierte Analgesie sowie Verordnung von körperlicher Ruhe, Schonung und eine Wiedervorstellung am darauffolgenden Tag. Die erneute Vorstellung ergab einen unveränderten Befund. Es zeigte sich keine Beschwerdebesserung. Bis zu diesem Zeitpunkt waren die erhobenen Befunde nicht richtungweisend, das Beschwerdebild war diffus und konnte keiner konkreten Differenzialdiagnose zugeordnet werden. Das Blutbild zeigte eine diskrete CRP-Er-

¹ Abteilung Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen, Praxis Lindstedt (Lehrpraxis)

Peer reviewed article eingereicht: 23.06.2011, akzeptiert: 31.08.2011

DOI 10.3238/zfa.2011.0422

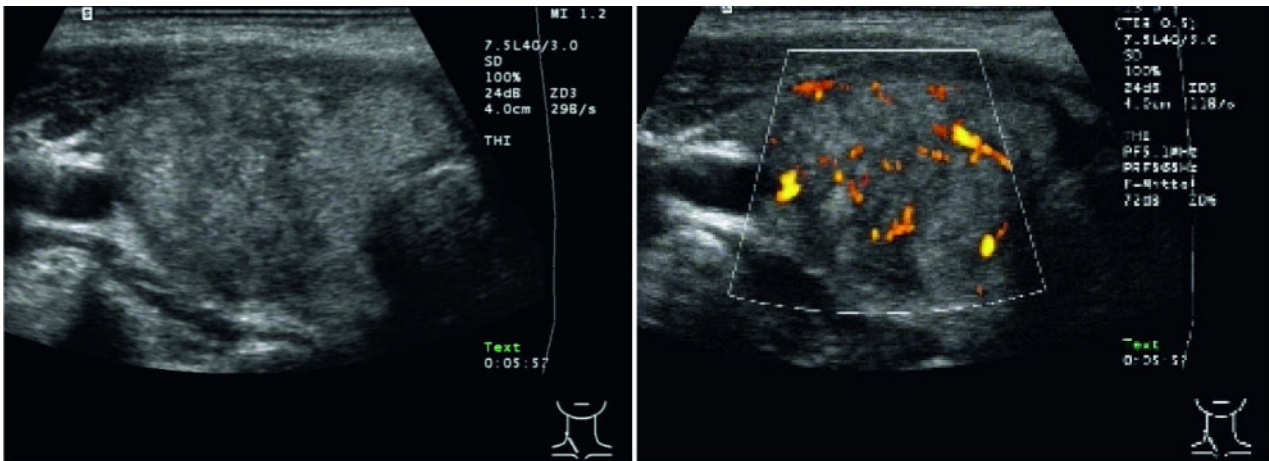


Abbildung 1 und 2 Echoarme, inhomogene Schilddrüsenareale bei einer Thyreoiditis de Quervain. Die Abbildungen wurden freundlicherweise von Herrn Dr. med. J. Guntau, Medizinische Klinik 2 des Albertinen-Krankenhauses Hamburg zur Verfügung gestellt.

höhung und Leukozytose sowie eine Lymphopenie und Neutrophilie. Die Blutsenkungsgeschwindigkeit war erhöht (s. Tab. 1).

An dieser Stelle wurden die Differenzialdiagnosen reevaluiert und verworfen. Bei einer erneuten körperlichen Untersuchung fiel zufällig bei der Palpation zervikaler Lymphknoten eine ausgeprägte Druckdolenz der Schilddrüse auf. Die Untersuchung der Schilddrüse beschrieb die Patientin als äußerst schmerzhaft. Eine Prüfung der Schluckverschieblichkeit war schmerzbedingt nicht möglich.

In diesem Rahmen wurde eine neue Differenzialdiagnose erarbeitet: unspe-

zifische Thyreoiditis. Es erfolgte die Überweisung der Patientin an die Universitätsmedizin Göttingen.

Retrospektiv berichtete die Patientin, dass man sie mit der Diagnose „unspezifische Pharyngitis“ sowie einer kalkulierten antibiotischen und analgetischen Therapie von der Tages- und Nachtaufnahme entlassen wollte. Die Arbeitsdiagnose „unspezifische Thyreoiditis“ wurde zunächst verworfen. Die Patientin intervenierte und zeigte sich mit der Therapieentscheidung unzufrieden, trotz der Begutachtung durch zwei unabhängige Ärzte. Auf Drängen der Patientin wurde ein internistischer Oberarzt hinzugezogen.

Dieser bestätigte und spezifizierte die Diagnose als subakute granulomatöse Thyreoiditis de Quervain durch eine Sonografie der Schilddrüse (echoarme, teils konfluierende landkartenartige Schilddrüsenareale, Schilddrüsenvolumen 10 ml) (s. Abb. 1 und Abb. 2) und Analyse von TSH, ft3 sowie ft4.

Die Patientin wurde anschließend mit folgender Empfehlung zur weiteren Medikation entlassen: Prednisolon (1 mg Prednisolon/kg KG), Thiamazol (5 mg) aufgrund einer Hyperthyreose sowie Ibuprofen (600 mg) bei Bedarf. Am darauf folgenden Tag stellte sich Patientin weitestgehend beschwerdefrei in der Sprechstunde vor. Sie berichtete, dass

Laborparameter		Referenzbereich
CRP	2,5 ↑	<0,5 mg/dl
BSG	25 ↑	<20 mm
Leukozyten	10,6 ↑	4,0–9,0 G/l
Lymphozyten	12,8 ↓	20–45 %
Monozyten	1,4 ↓	3–13 %
Eosinophile	0,2	<8 %
Basophile	0,3	<2 %
Neutrophile	85,3 ↑	40–76 %
Thrombozyten	260	150–400 T/l
Erythrozyten	4,68	3,9–5,3 T/l
Hämoglobin	13,9	12,0–16,0 g/dl
TSH	0,01 ↓	0,27–4,20 mU/l
ft3	3,8	1,9–5,1 ng/l
ft4	1,7	0,9–1,7 ng/dl

Tabelle 1 Laborwerte
(ausgewählte Parameter).

Laborparameter	23.08.10	30.08.10	09.09.10	25.10.11	10.11.10	04.01.11	Referenzbereich
TSH	0,01	0,17	1,69	10,25	3,20	1,57	0,27–4,20mU/l
ft3	3,8	2,7	2,4	–	2,99	–	1,9–5,1ng/l
ft4	1,7	1,2	0,9	–	1,6	–	0,9–1,7ng/dl

Tabelle 2TSH, ft3 und ft4
im Verlauf.

sich die Beschwerden schlagartig nach Einnahme der Kortison-Tabletten gebessert haben.

In diesem Zusammenhang unterstrich die Patientin die massive Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität und zeigte sich sehr erfreut über den Verlauf. Nach schrittweiser Reduktion der Prednisolon-Dosis (alle 4 Tage 2,5 mg) ist die Patientin mittlerweile beschwerdefrei und der TSH-Wert normwertig (s. Tab. 2).

Diskussion / kritische Epikrise

Bei retrospektiver Betrachtung aller erhobenen Befunde sowie dem klinischen Verlauf konnte die Diagnose erhärtet werden. Eine subakute granulomatöse Thyreoiditis de Quervain betrifft bevorzugt Frauen (5:1) im 3.–5. Lebensjahrzehnt. Die Inzidenz liegt bei 5/100.000. Im allgemeinmedizinischen Bereich wird diese Erkrankung selten beobachtet und ist oftmals eine klinische Diagnose. Darüber hinaus tritt diese Erkrankung gehäuft und mit einer Latenz von 4–8 Wochen im Anschluss an einen viralen Infekt auf. Saisonale Häufungen z.B. im Frühjahr und Herbst konnten beobachtet werden [1, 2].

Die Patientin zeigte die typische, lehrbuchartige klinische Symptomatik:

Abgeschlagenheit, ausgeprägtes, nie da gewesenes Krankheitsgefühl, Druckdolenz der Schilddrüse sowie kein nachweisbarer Infektfokus. Zudem sind bei dieser Erkrankung die Entzündungsparameter stark erhöht. Die Schilddrüsenfunktion kann hypo-, eu- oder hyperthyreot sein. Sonografisch imponiert diese Form der Thyreoiditis durch echoarme, teils konfluierende landkartenartige Schilddrüsenareale [3, 4].

Charakteristisch für diese Erkrankung ist die schlagartige Besserung der Symptomatik nach der Gabe von Kortison (1 mg Prednisolon/kg KG). Dem schließt sich eine Kontrolle der Schilddrüsenfunktion sowie eine eventuelle Korrektur einer Hypothyreose an [5–7].

Die Schilddrüsenwerte der Patientin wurden im Verlauf regelmäßig kontrolliert, zeigten zu Beginn eine Hyperthyreose, welche mit Thiamazol behandelt wurde und im Anschluss eine Normalisierung der Werte (s. Tab. 2).

Trotz der Zerstörung von Schilddrüsengewebe heilt die Thyreoiditis de Quervain auch unbehandelt meist ohne Folgeschäden aus. Milde Verläufe können mit NSAR oder ASS behandelt werden [7, 8].

Zusammenfassend ist zu sagen, dass dieses Krankheitsbild eine seltene, aber wichtige Differenzialdiagnose bei Halsschmerzen sowie Schluckstörungen dar-

stellt, da Fehldiagnosen die Lebensqualität stark reduzieren können.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Florian Heidrich
Königsallee 46
37081 Göttingen
Telefon 0551 4899739
E-Mail: florianheidrich@gmx.de

Literatur

1. Nishihara E, Ohye H, Amino N et al. Clinical characteristics of 852 patients with subacute thyroiditis before treatment. *Intern Med* 2008; 47: 725–729
2. Fatourehchi V, Aniszewski JP, Fatourehchi GZ, Atkinson EJ, Jacobsen SJ. Clinical features and outcome of subacute thyroiditis in an incidence cohort: Olmsted County, Minnesota, study. *J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88: 2100–2105
3. Gianakos D, Nelson-Madison LA. Is the thyroid to blame? *J Fam Pract* 2010; 59: 1–3
4. Mönig H, Harbeck B. Thyroiditis. *Dtsch Med Wochenschr* 2008; 133: 301–304. Review. German
5. Engkakul P, Mahachoklertwattana P, Poomthavorn P. Eponym: de Quervain thyroiditis. *Eur J Pediatr* 2011; 170: 427–431
6. Janssen OE. Atypical presentation of subacute thyroiditis. *Dtsch Med Wochenschr* 2011; 136: 519–522. German
7. Tsai CH, Lee JJ, Liu CL, Tzen CY, Cheng SP. Atypical subacute thyroiditis. *Surgery* 2010; 147: 461–462
8. Karachalios GN, Amantos K, Kanakis KV, Deliousis A, Karachaliou IG, Zacharof AK. Subacute thyroiditis presenting as fever of unknown origin. *Int J Clin Pract* 2010; 64: 97–98. Review

Cand. med. Florian Heidrich ...



... ist PJ-Student im zweiten Tertial (Wahlfach: Allgemeinmedizin). Er hat von 2006–2008 den vorklinischen Studienabschnitt an der Universitätsmedizin Göttingen absolviert und wurde 2008 in die Studienstiftung des deutschen Volkes aufgenommen. Anschließend durchlief er von 2008–2011 den klinischen Studienabschnitt an der Universitätsmedizin Göttingen. Parallel arbeitet er als Tutor für Pharmakologie und Toxikologie und besuchte 2010 den Workshop „clinical teaching“ (Dr. med. Matthias Hofer, MME) an der Universität Düsseldorf.