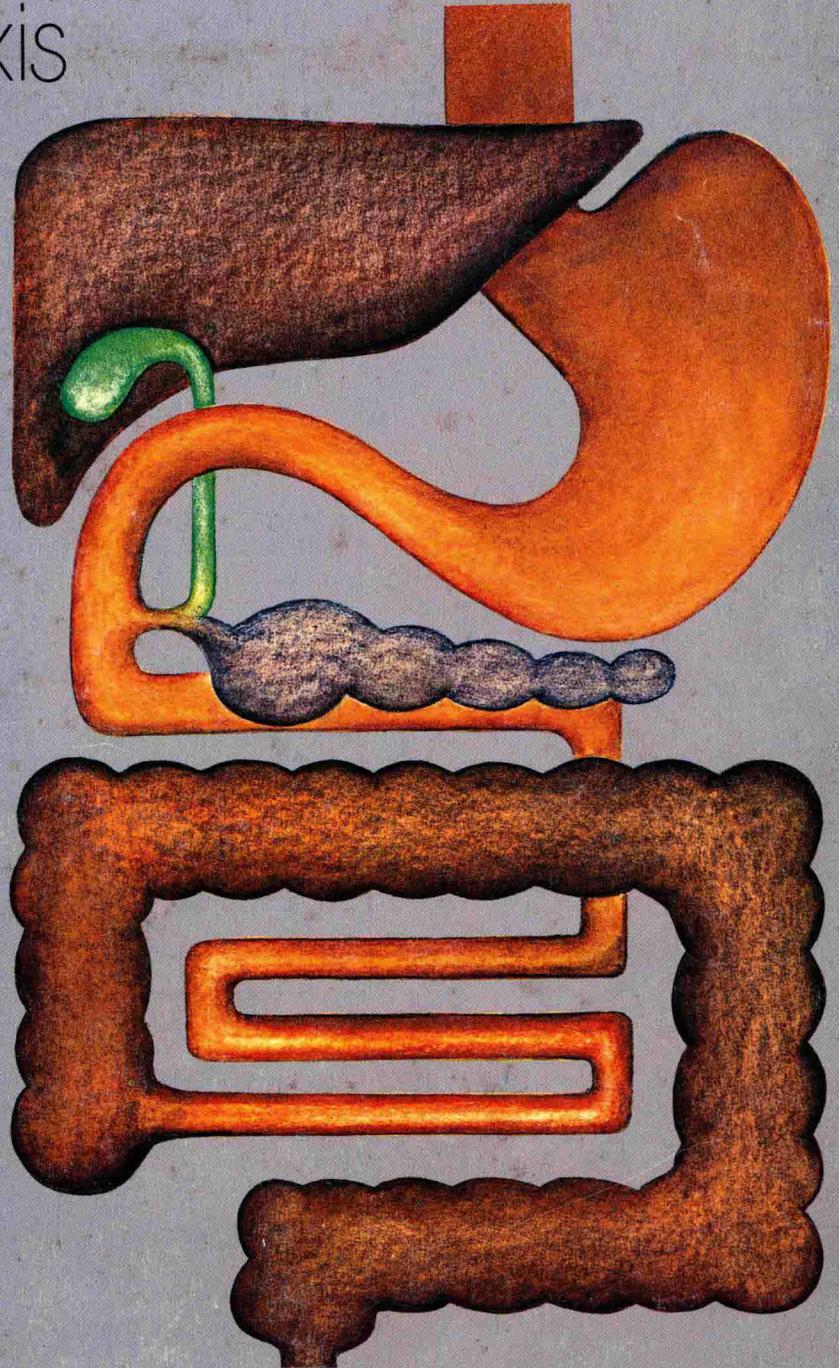


Aus der
Gastroenterologischen Klinik
für die Praxis



Aus der Gastroenterologischen Klinik für die Praxis

Ein Beitrag
zur ärztlichen
Fortbildung



NÜRNBERG

Aus der Gastroenterologischen Klinik für die Praxis

Ein Beitrag
zur ärztlichen
Fortbildung



NÜRNBERG

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des jeweiligen Autors vervielfältigt werden.

Satz und Druck: Frankendruck GmbH, Nürnberg

Autoren

- 1** Priv. Doz. Dr. med. W. Berges
Prof. Dr. med. M. Wienbeck
II. Med. Klinik und Poliklinik
Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5
4000 Düsseldorf 1

Priv. Doz. Dr. med. H.G. Rohner
Innere Abteilung
St. Barbara Hospital Gladbeck
Barbarastr. 1
4390 Gladbeck
- 2** Dr. med. G. Brandstätter
Univ. Doz. Dr. med. P. Kratochvil
II. Medizinische Abteilung
Landeskrankenhaus Graz
8036 Graz

Univ. Doz. Dr. med. H. Höfler
Pathol. Anatom. Institut
Universität Graz
8036 Graz
- 3** Prof. Dr. med. E. Ewe
Facharzt für Innere Medizin
Gastroenterologie
Med. Klinik u. Poliklinik
Universität Mainz
Naunynweg 1
6500 Mainz 1
- 4** Dr. med. habil. U.v. Gaisberg
Oberarzt
Medizinische Klinik
Prießnitzweg 24
7000 Stuttgart-Bad Cannstatt
- 5** Dr. med. H.D. Kuntz
Prof. Dr. med. B. May
Medizinische Universitätsklinik u. Poliklinik
BG-Krankenanstalten
„Bergmannsheil Bochum“
Abtlg. f. Gastroenterologie u. Hepatologie
Hunscheidtstr. 1
4630 Bochum 1
- 6** Prof. Dr. med. F. Paul
Zentrum für Innere Medizin
Justus-Liebig-Universität Gießen
Rodthohl 6
6300 Gießen
- 7** Priv. Doz. Dr. med. J. Phillip
Oberarzt
Abtlg. f. Gastroenterologie
Joh.-Wolfg.-Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
6000 Frankfurt/M. 70
- 8** Prof. Dr. med. W. Rösch
Chefarzt der Med. Klinik
Krankenhaus Nordwest
Steinbacher Hohl 2–26
6000 Frankfurt/M. 90
- 9** Dr. med. F. Trux
Oberarzt
Medizinische Klinik
Leopoldina-Krankenhaus
Gustav-Adolf-Str. 8
8720 Schweinfurt
- 10**

- 11** Dr. med. J. Weingart
1. Med. Abtlg.
Städt. Krankenhaus
München-Neuperlach
Oskar-Maria-Graf Ring 51
8000 München 83
- 12** Priv. Doz. Dr. med. L. Witzel
Chefarzt der II. Inneren Abteilung
DRK-Krankenhaus Mark Brandenburg
Dronheimer Str. 39
1000 Berlin 65

Inhalt

	Seite		Seite
1 W. Berges, H.G. Rohner, M. Wienbeck Medikamentös bedingte Ösophagusläsion	6	10 F. Trux Primäres Leberzellkarzinom	62
2 G. Brandstätter, P. Kratochvil, H. Höfler Ulcus duodeni und Magenfrühkarzinom	12	11 J. Weingart Syndrom der dysontogenetischen hamartomatösen gastrointestinalen Polypose	70
3 E. Ewe Morbus Crohn	18	12 L. Witzel Achalasie	76
4 U. v. Gaisberg Chronische Gastritis	24		
5 H.D. Kuntz, B. May Neurofibrom des Magens	30		
6 F. Paul Barrett-Syndrom	36		
7 J. Phillip Pankreaskarzinom	44		
8 W. Rösch Malignes Ulkus	48		
9 F. Trux Malignes Lymphom mit gleichzeitigem sekundärem Befall von Magen und Rektum	56		

1

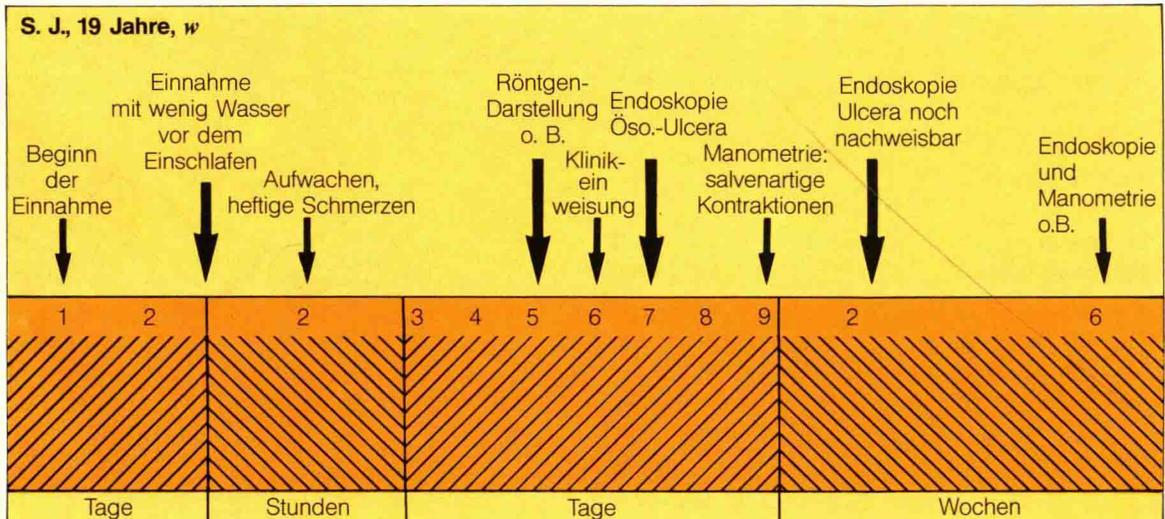
Medikamentös bedingte Ösophagusläsion

W. Berges
H. G. Rohner
M. Wienbeck

Fallbeschreibung

Eine 19jährige Patientin nimmt wegen einer „Reizblase“ mittags und abends je 1 Tabl. Emepromiumbromid (Uro-Ripirin®). Am 2. Tag vergißt sie die Einnahme des Medikamentes, erinnert sich aber unmittelbar vor dem Schlafengehen daran und nimmt 1 Tabl. ohne Wasser im Bett ein. Beim Einschlafen hat sie die Empfindung, daß ihr die Tablette im Hals steckenbleibe. 2 Stunden später wacht sie mit heftigen brennenden retrosternalen Schmerzen auf. Sie trinkt deshalb etwas Wasser und verspürt dabei Schluckschmerzen, die auch in den nächsten Tagen noch anhalten. Der weitere Verlauf ist aus Abb. 1 ersichtlich.

Abb. 1: Schematische Darstellung des Krankheitsverlaufes bei einer 19jährigen Patientin nach Einnahme von Emepromiumbromid



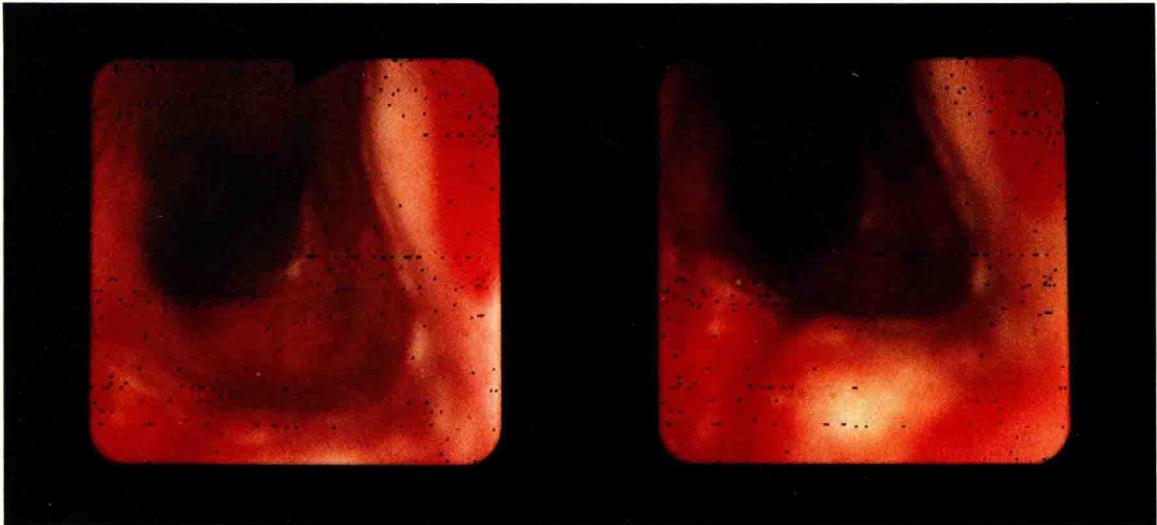
Befunde

Die Patientin geht zunächst zum Hausarzt, der eine Röntgenuntersuchung veranlaßt. Röntgenologisch ergibt sich keine Erklärung für die retrosternalen Schmerzen. Deswegen erfolgt Einweisung in die Klinik. Die dort durchgeführte Ösophagoskopie zeigt großflächige, fast zirkuläre Ulzera im proximalen Speiseröhrenabschnitt (Abb. 2).

Bei der manometrischen Untersuchung fallen zahlreiche repetitive, fast salvenartige Kontraktionen in der proximalen Speiseröhre auf. Die Kontraktionsamplituden sind mit etwa 30 mm Hg deutlich vermindert (Abb. 3). 2 Wochen später haben die Beschwerden deutlich nachgelassen; endoskopisch sind noch kleine Ulzera nachweisbar. Die abschließende Untersuchung nach

6 Wochen zeigt eine vollständige Ausheilung, die manometrische Verlaufskontrolle eine normale Motorik (Abb. 4).

Abb. 2: Ulkus im proximalen Ösophagus bei einer 19jährigen Patientin 7 Tage nach Einnahme von Emeproniumbromid.



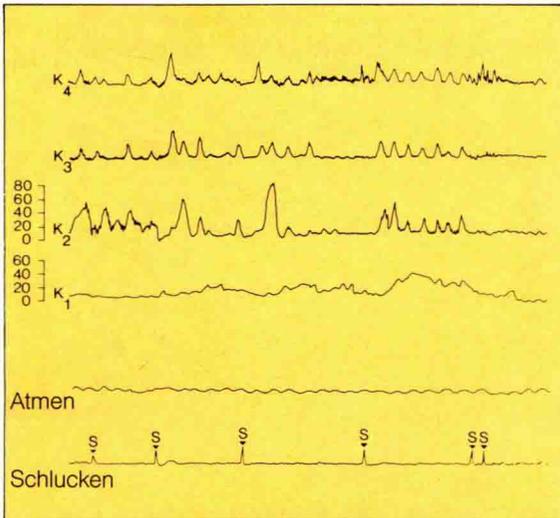


Abb. 3: Ösophagusmanometrie 9 Tage nach Beginn der retrosternalen Schmerzen: zahlreiche repetitive, fast salvenartige Kontraktionen der Speiseröhre nach Schlucken (die Ableitungspunkte K₁, K₂, K₃, K₄ sind jeweils 5 cm entfernt).

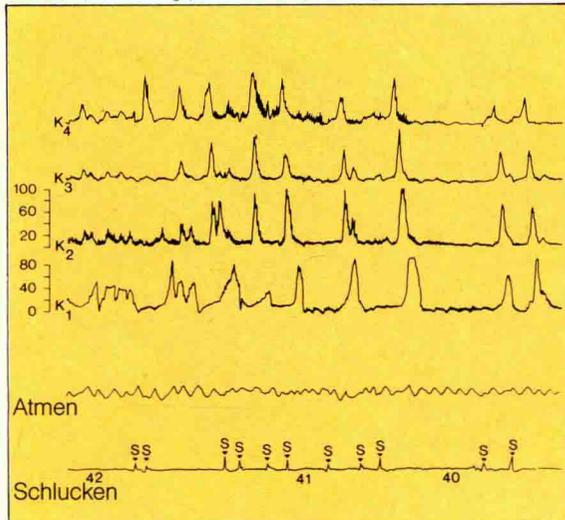


Abb. 4: Ösophagusmanometrie-Verlaufskontrolle: Normale peristaltische Motorik mit normal kräftigen Kontraktionsamplituden.

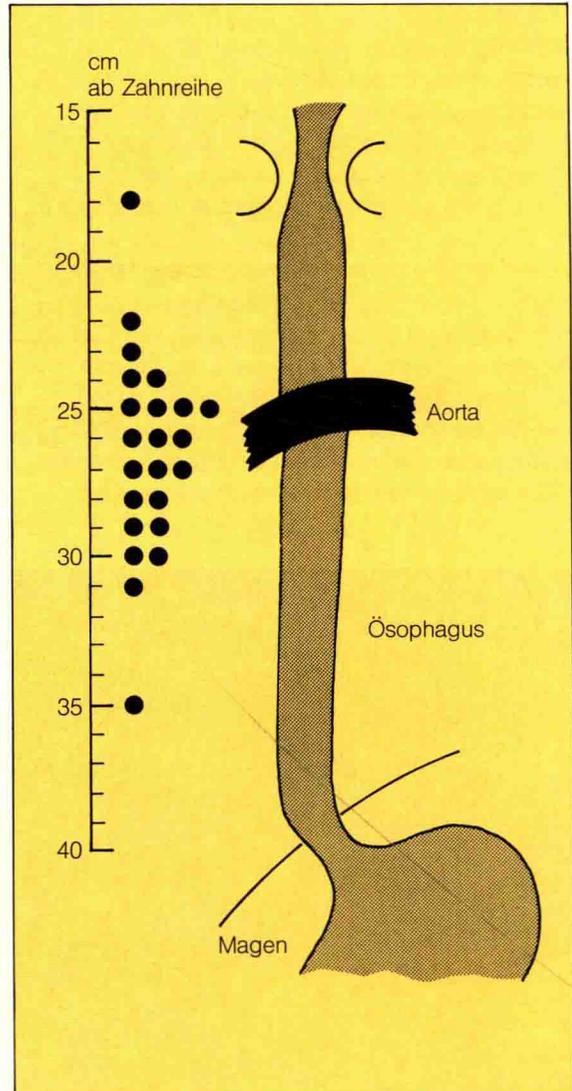


Abb. 5: Schematische Darstellung der Lokalisation der Geschwüre im Ösophagus. Die Lage jedes diagnostizierten Ulkus ist mit ● gekennzeichnet.

Differentialdiagnose

Der unmittelbare Zusammenhang von retrosternalen Beschwerden mit einer Tabletteneinnahme spricht für eine medikamentös bedingte Ösophagusläsion. Medikamentengeschwüre sind im allgemeinen in der mittleren Speiseröhre gelegen, wie eigene Beobachtungen bei 12 weiteren Patienten zeigen (Tab. 1). Ulzera bei schwer verlaufender Refluxösophagitis

hingegen finden sich überwiegend in der terminalen Speiseröhre. Eine lange Anamnese von Sodbrennen und retrosternalen Schmerzen erleichtert die Diagnose einer Refluxösophagitis, die sich durch Ösophagusmanometrie und Langzeit-pH-Metrie weiter sichern läßt.

Patient	Medikament	Einnahme	Symptomatik
19 J. ♀	Emeproniumbromid (Ripirin 200)	abends, wenig Wasser	nach 2 h Erwachen mit Retrosternalschmerz
22 J. ♀	Emeproniumbromid (Ripirin 200)	nachts, wenig Wasser	nach 4 h Erwachen mit Retrosternalschmerz
45 J. ♀	Emeproniumbromid (Ripirin 200)	abends, wenig Wasser	nach 3 h Erwachen mit Retrosternalschmerz
37 J. ♀	Emeproniumbromid (Uro-Ripirin)	abends, wenig Wasser	beim Zubettgehen brenn. Retrosternalschmerz
30 J. ♂	Emeproniumbromid (Uro-Ripirin)	abends, wenig Wasser	nach 7 h Erwachen mit Retrosternalschmerz
22 J. ♂	Thioridazin (Melleril retard)	abends, kein Wasser	am nächsten Morgen Retrosternalschmerz
35 J. ♂	Pivampicillin (Maxifen)	abends, wenig Wasser	am nächsten Morgen Retrosternalschmerz
20 J. ♀	Ampicillin (Binotal)	abends, wenig Wasser	am nächsten Morgen Retrosternalschmerz
82 J. ♀	Glibenclamid (Euglucon 5)	im Liegen	am nächsten Morgen Hals-Schluck-Schmerz
37 J. ♀	Doxycyclin (Vibramycin Kaps.)	abends,	nach 4 h Retrosternalschmerz
39 J. ♂	Doxycyclin (Vibramycin Kaps.)	abends, wenig Wasser	nachts und am Morgen Retrosternalschmerz
41 J. ♂	Doxycyclin (Vibramycin Kaps.)	abends, wenig Wasser	am nächsten Morgen Retrosternalschmerz
54 J. ♂	Doxycyclin (Vibramycin Kaps.)	abends, wenig Wasser	am nächsten Morgen Retrosternalschmerz
18 J. ♀	Distraneurin Tbl.	abends, wenig Wasser	am nächsten Morgen Retrosternalschmerz

Tab. 1: Medikamentös bedingte Geschwüre der Speiseröhre: Aufstellung der Patienten, der schädigenden Medikamente und des zeitlichen Verlaufs bis zum Auftreten der Symptome.

Kritische Betrachtung

Zahlreiche Medikamente unterschiedlicher Art können ein Geschwür der Speiseröhre vor allem dann verursachen, wenn sie unmittelbar vor dem Einschlafen und ohne Wasser eingenommen werden. Im Liegen ist die Selbstreinigungsfähigkeit der Speiseröhre eingeschränkt. Verantwortlich für diese Selbstreinigung sind die Schwerkraft, der Speichel und die Ösophagusperistaltik. Im Schlaf ist die Schwerkraft unwirksam, die Speichelproduktion vermindert und die Anzahl der Ösophaguskontraktionen herabgesetzt. Damit ist die Passage durch die Speiseröhre erheblich verzögert. Selbst bei aufrechter Körperhaltung können Tabletten zwischen 20–45 Minuten in der Speiseröhre, insbesondere in Höhe des Aortenbogens, verweilen. Eine hygroskopische Substanz wie Emeproniumbromid entzieht in dieser Zeit der Schleimhautauflagefläche Wasser und führt über eine Nekrose zum Ulkus. Die beobachteten Motilitätsstörungen zeigen, daß auch tiefere Wandschichten geschädigt werden. Die wichtigste Therapie ist das rasche Erkennen des kausalen Zusammenhanges und das Vermeiden weiterer Tabletteneinnahme. Antazida (z.B. Solugastril®) können symptomatisch wirksam sein. Die Ausheilung erfolgt im allgemeinen rasch und ohne Folgen.

Zusammenfassung

1. Retrosternal auftretende Schmerzen im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Tabletteneinnahme müssen an ein Medikamentenulkus der Speiseröhre denken lassen.

2. Tabletten sollten immer mit Wasser und nicht vor dem Einschlafen eingenommen werden.

3. Diese Vorsichtsmaßnahmen sollten auf den Beipackzetteln von Medikamenten generell empfohlen werden.

2

Ulcus duodeni und Magen- frühkarzinom

**G. Brandstätter,
P. Kratochvil,
H. Höfler**

Fallbeschreibung

Die Familienanamnese der 60jährigen Patientin war unauffällig, in der Eigenanamnese fand sich seit 34 Jahren ein Ulcus-duodeni-Leiden mit typischen Exazerbationen im Frühjahr und Herbst.

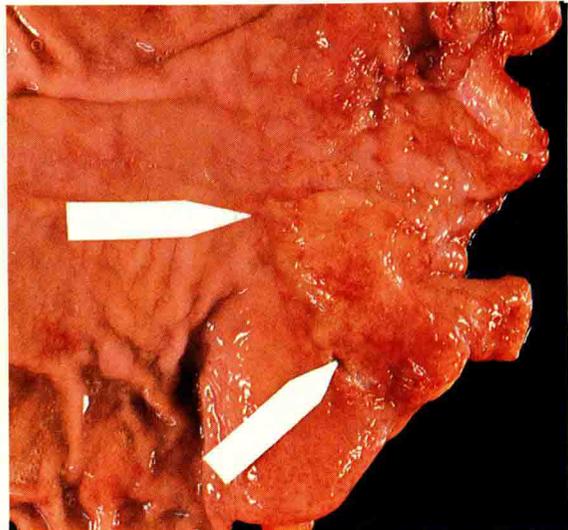
Seit 14 Tagen Schmerzen im Oberbauch, Schweißausbrüche und 4 kg Gewichtsverlust, weshalb die Patientin im Juni 1978 im Landeskrankenhaus Graz aufgenommen wurde. Die pentagastrinstimulierte Magensäurebestimmung ergab eine Hyperchlorhydrie. Wegen der bestehenden Oberbauchsymptomatik wurde die Patientin gastroskopiert.

Differentialdiagnose durch Endoskopie und Histologie

Bei der Endoskopie fand sich ein Narbenbulbus und ein lineares Ulcus duodeni an der Vorderwand. Im Antrum ventriculi an der großen Kurvatur sahen wir eine fingernagelgroße, unregelmäßig begrenzte „Erosion“.

Makroskopischer Befund: Im Magenantrum, bis unmittelbar an den Pylorus heranreichend, ein 3x5 cm großer, landkartenartig unregelmäßig begrenzter, flach vertiefter Herd mit leicht aufgeworfenem Rand und mit kleinen, flachen Erosionen. Die Grenzen zur unverdächtigen Schleimhaut sind nicht überall scharf (Abb. 1).

Abb. 1: Magenmanschette, die ovalen Grenzen des flach vertieften Frühkarzinoms Typ IIc mit Pfeilen markiert



Mikroskopischer Befund: Im Korpus herdförmige, im Antrum ausgeprägte atrophisierende progressive Umbaugastritis mit Intestinalisation und kleinen inkompletten Erosionen. An mehreren Stellen präpylorisch atypische Proliferation des Epithels, Aufsplitterung der Drüsen und Übergang in herdförmige, teils solide Wucherung von Siegelringzellen. Daneben ist die Schleimhaut von rasenartig wachsenden Siegelringkarzinomen ersetzt (Abb. 2). An keiner Stelle wird die Lamina muscularis mucosae vom Krebsgewebe durchwachsen. In der Submukosa dichte kleinrundzellige Infiltrationen, vor allem im Bereich der verkrebtsten Schleimhaut. Die Lymphknoten ohne Metastasen.

Die Diagnose lautete: Atrophisierende, progressive Umbaugastritis; multifokales Schleimhautkarzinom vom Typ des Siegelringkrebses präpylorisch (T₁ nach UICC, IIc nach der japanischen Klassifikation). Aufgrund dieses Befundes wurde eine Magenresektion nach B II durchgeführt.

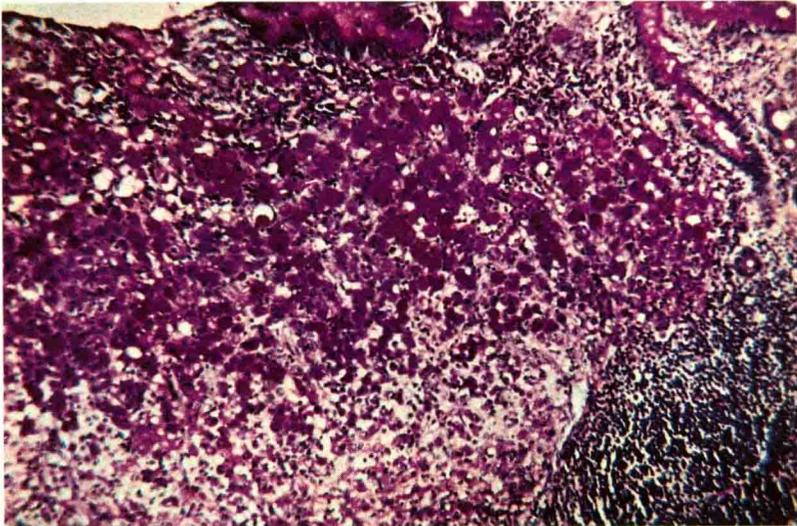


Abb. 2: Progressive Umbaugastritis (rechts) und intramuköses Siegelringkarzinom (links und Mitte). Die Lam. muc. im Bild nicht erfaßt. Magenantrum; PAS, 150 x.

Kritische Betrachtung

Bei der Durchsicht unserer endoskopischen Untersuchungsergebnisse der letzten Jahre fiel uns auf, daß Magenkarzinome fast nie in Kombination mit Ulcus duodeni-Leiden angetroffen werden. Der Fall einer 60jährigen Patientin mit linearem Ulcus duodeni und präpylorischem Magenfrühkarzinom war der Anlaß, zu diskutieren, warum Ulcera duodeni und Magenkarzinome so selten zusammen vorkommen.

Drei Möglichkeiten scheinen denkbar zu sein:

1. Der histologische Magenschleimhautbefund beim Ulcus duodeni.
2. Das verminderte Säuresekreptionsvermögen beim Magenkarzinom.
3. Das unterschiedliche Durchschnittsalter der Patienten mit Ulcus duodeni und Magenkarzinom.

Zu 1. Beim Ulcus-duodeni-Leiden findet sich überwiegend eine normale Schleimhaut und nur in wenigen Fällen eine mehr oder weniger ausgeprägte atrophische Gastritis. Unter der Annahme, die atrophische Gastritis sei ein Risikofaktor des Magenkarzinoms, würde dies bedeuten, daß beim Ulcus duodeni die Voraussetzungen für die Entstehung eines Magenkarzinoms fehlen bzw. vermindert sind. Die Bedeutung der chronisch atrophischen Gastritis als Risikofaktor darf allerdings nicht überschätzt werden, da immerhin 10% der Magenfrühkarzinome mit einer normalen Schleimhaut einhergehen.

Zu 2. Ursache des Ulcus duodeni ist immer eine Hyperchlorhydrie. Ulcera duodeni bei Achlorhydrie beruhen auf ungenügender Stimulation und sind bei maximaler Stimulation noch nie beobachtet worden.

Magenkarzinome gehen nun überwiegend mit einer Hypo- bzw. Achlorhydrie einher, so daß die Chance, ein Ulcus duodeni dabei zu entwickeln, vermindert ist.

Zu 3. Das Durchschnittsalter beim Ulcus duodeni liegt bei 40,2 Jahren, beim fortgeschrittenen Magenkarzinom nach unseren Ergebnissen jedoch bei 66 Jahren und beim Magenfrühkarzinom nach ELSTER bei 61 Jahren. Das bedeutet also, daß das Ulcus-duodeni-Leiden durchschnittlich 20 Jahre früher als das Magenkarzinom zur Beobachtung kommt, so daß sich damit eine weitere Erklärung für das seltene gemeinsame Vorkommen von Ulcus duodeni und Magenkarzinom ergibt.