

Klinisch-Pathologische Konferenz

24.6.2009, 12.15 Uhr

Hörsaal D, Hörsaalzentrum im Innenhof zwischen Chir. Univ.-Klinik und Univ.-Klinik f. Inn. Medizin

Fall 137: 69jähriger Schalenzimmerer mit Colonstenose

Bei dem aus einem anderen Bundesland stammenden 69jährigen pensionierten Schalenzimmerer und Vater von 12 Kindern wurde 18 Monate vor der Aufnahme bei einem Routineblutbild (Gesundenuntersuchung) eine Anaemie festgestellt. Erst bei Befragung gab er auch Schmerzen im rechten Unterbauch an. Bei der folgenden Abklärung zeigte sich im Colon transversum eine Stenose, die mit dem Colonoskop nicht passiert werden konnte. Eine abdominelle CT-Untersuchung ergab eine Wandverdickung im Ileum und im Coecum sowie vergrößerte Lymphknoten in der Umgebung. Bei einer im anderen Bundesland durchgeführten Laparotomie fand man vergrößerte Lymphknoten im Bereich der Vasa ileocolica aber keine Colonstenose, es erfolgte noch eine Gelegenheitsresektion eines Meckel'schen Divertikels. Die histologische Untersuchung der Lymphknoten erbrachte nur eine unspezifische reaktive Lymphadenitis. Postoperativ bestand weiterhin die Anaemie. Unter der Diagnose Morbus Crohn erhielt der Patient 5-ASA und Corticosteroide. Es folgten mehrere stationäre Aufnahmen, einmal wegen Subileus, die Beschwerden besserten sich aber unter konservativer Therapie. Sechs Monate vor der Aufnahme am Klinikum erfolgte die Operation einer Inguinalhernie mit unauffälligem postoperativen Verlauf. Eine Colonoskopie mit Zuweisungsdiagnose "Verdacht auf Carcinom" zeigte dann abermals eine Colonstenose aber kein Malignom, weiterhin Anaemie. Zuweisung in unsere Ambulanz für chronische entzündliche Darmerkrankungen und folglich stationäre Aufnahme. Der Patient gibt gelegentliche Blähungen, rezidivierende Bauchschmerzen, 0 bis 3 Stuhlgänge pro Tag und manchmal sichtbares Blut im Stuhl an. An Vorerkrankungen finden sich eine Hypertonie, eine KHK und ein Anteroseptalinfarkt, Z.n. Appendektomie und Z.n. Helicobacter pylori-Eradikation. Medikamente: Pentasa 500 (4x2), Budosan 3mg (3-0-0), Lefaxin 2x1, Nexium 20mg, Ferretab 2x1, Cal-D-Vita 1x1, Deflamat seit Jahren wegen Knieschmerzen bei Gonarthrosen, Novalgin bei Bedarf.

Physikalischer Status: 69jähriger Mann, 72kg bei 168cm, afebril, Blutdruck 135/80mm Hg, Puls 70/min., Herztöne rein, keine Geräusche, Vesikuläratmen, Abdomen: Bauchdecke weich, Narben nach Laparotomie, Appendektomie und Herniotomie, lebhaftes Darmgeräusche, keine Resistenzen. Neurologisch unauffällig, Gonarthrose beidseits.

Labor bei Aufnahme: Leukozyten 18 370 (4.4.-11.3), 87% Neutrophilie, später Leuko 11 160, Ery 3.40 (4.5-5.9), Hb 7.5 (13.0-17.5), Hkt 25% (40-50), MCV 82 fl (80-98), Serumelektrolyte unauffällig, normale Nierenwerte, ALT 58 U/l (bis 45), sonst alle Leberwerte im Normbereich, LDH 130 U/l (120-240), CRP 28 mg/l, später 8 (bis 8), Gesamtcholesterin 139 mg/dl (bis 200), Triglyceride 152 mg/dl (bis 150), Serumeisen 14 µg/dl (50-160), Ferritin 7 ng/ml (4-665)

Weitere Untersuchungen: Colonoskopie: Bei 70cm kurzstreckige Stenose mit circulärem Ulcus und blutiger Schleimhaut, mit Gerät nicht passierbar, Biopsien: unspezifische Entzündung, fokale Kryptenartrophie und Fibrose, kein Hinweis auf Morbus Crohn, Dünndarm-MR: keine weitere Stenose

Eine Diagnose wurde aufgrund der Befundsynopsis erstellt

Lösung Fall 137

Diagnose: Diaphragmatische Colonstenose durch NSAR-Colopathie

Therapie: 6 Ballondilatationen, Umstellen von Diclofenac auf Lumiracoxib

Diskutant: ao.Univ.-Prof. Dr. Gottfried Novacek, AKH Wien