

Klinisch-Pathologische Konferenz

21.06.2017

Zeit: 21.06.2017, 12.15 Uhr

Ort: Hörsaal D, Hörsaalzentrum (im Innenhof zwischen den Univ.-Kliniken für Chirurgie und Univ.-Klinik für Innere Medizin, Univ.-Klinikum Graz)

Diskutant: ao.Univ.Prof.Dr. Johann Pfeifer, Klinische Abteilung für Allgemeinchirurgie, Universitätsklinik für Chirurgie, Medizinische Universität Graz

Moderation: o.Univ.Prof. Dr. Günter J. Krejs

Fall 166 82-jährige Frau mit voluminöser Diarrhoe und Gewichtsverlust

Sechs Jahre vor Sechs Jahre vor der stationären Aufnahme wurde die Patientin wegen einer komplizierten Sigmadivertikulitis mit Ausbildung eines entzündlichen Konglomerattumors operiert, dabei wurden 28 cm Dickdarm und 18 cm Dünndarm reseziert. Im Anschluss Wohlergehen und 2 bis 3 Stühle täglich. Sechs Monate vor der Aufnahme zunehmend wässrig breiige Durchfälle mit 15 bis 20 Stuhlgängen pro Tag, diese verstärkt postprandial; die Patientin erkennt im Stuhl unverdaute Nahrungsreste. Es kommt in den nächsten 6 Monaten zu einem Gewichtsverlust von 20 kg, zuletzt 62 kg bei 164 cm (BMI 23 kg/m²). Bauchschmerzen gibt sie keine an.

Eine umfassende Abklärung in einem anderen Zentrum und Lehrkrankenhaus ergab abnorme Atemtests mit Hinweis auf Laktoseintoleranz, Fruktosemalabsorption und intestinale Fehlbesiedelung. Gastroskopie unauffällig, normale Zotten in der Duodenalbiopsie. Bei der Koloskopie wird eine deutliche Entzündung an der kolo-kolischen Anastomose und im eingesehen Ileum beschrieben. Histologisch findet sich an der Anastomose Dünndarmschleimhaut mit geringgradiger aktiver Entzündung, darüber Dünndarmmukosa mit ausgedehnter Exulzeration, hochgradig aktiver Entzündung und Granulationsgewebsbildung.

Bei einer Anämie (RBC 3,5 T/l, Hb 10,0 g/dl, MCV 91 fl, Eisen 42 µg/dl (37-145), Ferritin 240 ng/ml (13-150), Vitamin B12 und Folsäure normal) und lang bekannter Niereninsuffizienz (chronische NINS CKD G4A2 vaskulärer Genese) wurde nach Ausschluss einer gasintestinalen Blutungsquelle mit einer Therapie mit Erythropoietin begonnen. Was die Diarrhoe anlangt, so wurden früher schon Antibiotika und zuletzt Rifaximin gegeben, jedoch ohne deutliche Besserung; Stuhlkulturen negativ. Durch Behandlung mit Loperamid und Budesonid konnte schließlich eine gewisse aber nicht dauernde Besserung erreicht werden. Vorher hatte sie schon 5-ASA bekommen. Ein therapeutischer Versuch mit Quantalan brachte eine Besserung der Diarrhoe. Wegen Übelkeit wurde Quantalan aber abgesetzt, daraufhin wieder Zunahme der Diarrhoe.

Bei der Patienten bestehen viele Comorbiditäten, darunter eine KHK (St.p. Koronarangiographie vor 10 Jahren), eine Hypertonie, ein Diabetes mellitus Typ II, St.p. Strumaresektion, Osteoporose, Hüft-TEP beidseits (links zweimal), Knie-TEP links und osteosynthetische Stabilisation der Lendenwirbelsäule mit Metallimplantaten. Entsprechend lange ist ihre weitere Medikamentenliste: ThromboAss, Thyrex, Dancor, Cosaar, Concor, Zanidip, Agopton und Tolvon.

Bei der jetzigen Aufnahme: Calprotektin im Stuhl 240 mg/kg (normal bis 50), an 4 Tagen zwischen 14 und 22 Stuhlgänge/24 h, bis zu 1,5l breiiger Stuhl/24 h Stuhlkulturen wie zuvor negativ, GFR 21, Kreatinin zuerst 2,8 mg/dl nach Hydrierung 1,8 mg/dl, Serumelektrolyte normal, Albumin 4,0 g/dl, CRP 25,9 mg/dl (normal bis 5). Blutzucker nach der Gewichtsabnahme im Normbereich. Die Koloskopie zeigt einen ähnlichen Befund wie früher, im distalen Kolon wurde der Verdacht auf eine Antibiotika-assoziierte Kolitis gestellt, in der Histologie gering reaktive Dickdarmschleimhaut und mehrmals Dünndarmschleimhaut ohne wesentliche pathologische

Veränderungen. CT-Becken nach rektaler Füllung mit Peritragemisch bis zur Toleranzgrenze der Patientin (knapp über 150 ml): Das kleine Becken bei Auslöschartefakten durch beidseitige Hüft-TEP nahezu nicht beurteilbar. Es zeigt sich Kontrastmittel im Rektum bis auf die Höhe der chirurgischen Anastomose präsakral reichend wobei eine Differenzierung von Dünndarm- bzw. Dickdarmschlingen aufgrund der Artefakte nicht möglich ist.

Ein diagnostischer Test wurde durchgeführt.

Lösung CPC 166

Diagnose: Entero-kolische Fistel (vom proximalen Jejunum zum distalen Kolon) fünf Jahre nach Sigmaresektion wegen komplizierter Divertikulitis

Diagnost. Test: Irrigographie, Neuinterpretation der „Koloskopie“-Befunde basierend auf Dünndarmhistologie

Verlauf: Chirurgische Fistulektomie, 15 kg Gewichtszunahme postoperativ

Diskutant: ao.Univ.Prof.Dr. Johann Pfeifer, Klinische Abteilung für Allgemein Chirurgie, Universitätsklinik für Chirurgie, Medizinische Universität Graz