

Gastroösophageales Prolapssyndrom

Ilaria Jermini^a, Annelies Schnider^b, Urs Metzger^b, Stefan Hartmeier^c

Eine 83jährige Patientin leidet seit zwei Tagen an Schmerzen im Oberbauch beim Bücken, an Übelkeit und rezidivierendem Erbrechen. Zudem ist in den letzten 24 Stunden eine komplette Dysphagie sowohl für Flüssigkeit wie für feste Speisen aufgetreten.

Die Patientin leidet seit 45 Jahren an Schluckbeschwerden. Vor 40 Jahren wurde radiologisch der Verdacht auf eine Achalasie bei fehlendem Nachweis einer propulsiven Peristaltik geäussert. Therapeutisch wurde damals eine Kardiasprengung und anschliessend wiederholte Bougierungen durchgeführt. In den folgenden Jahren wurden neben den Dysphagiebeschwerden auch abdominale Symptome wie Meteorismus, Obstipation wechselnd mit Durchfällen, Aufstossen und Magenbrennen festgestellt. Immer wieder traten Episoden mit paralytischem Ileus auf. Radiologisch bestand eine weite Dilatation sowohl des Dün- wie des Dickdarms. Aufgrund der Familienanamnese mit gleichen Beschwerden bei der Mutter und einem Bruder der Patientin wurde die Diagnose einer Motilitätsstörung vom Typ der neuronalen intestinalen Dysplasie gestellt, ohne dass dies je histologisch bewiesen wurde. Therapieversuche mit Domperidone und Metoclopramide, sowie mit Nifedipine und Mestimon blieben erfolglos. Aus eigenem Antrieb praktizierte die Patientin in der Folge Selbstsondierungen des Magens mit einem Magenspüschlauch

(Durchmesser 12 mm). Dies führte sie jeden Abend durch, was zu einer subjektiven Entlastung führte. Darunter gab die Patientin eine sehr gute Lebensqualität an und sie fühlte sich in ihren Aktivitäten in keiner Weise eingeschränkt. Die klinische Untersuchung zeigte eine Patientin in recht gutem Allgemeinzustand, jedoch reduziertem BMI von 17 kg/m². Sie war afebril. Das Abdomen war weich, zeigte eine epigastrische Druckdolenz ohne Peritonitiszeichen. Darmgeräusche liessen sich keine nachweisen. Ein Röntgenbild des Abdomens ergab eine ausgeprägte Dilatation von Dün- und Dickdarmschlingen mit Spiegelbildungen. Das Thoraxröntgenbild (Abb. 1) zeigte eine Doppelspiegelbildung im Thoraxraum. In der Computertomographie (Abb. 2) fand sich zudem ein stark dilatierter Ösophagus (Durchmesser 3,5 cm). Im distalen Ösophagus kam eine grosse Raumforderung von 8 × 5 cm zur Darstellung. Diese zeigt eine Doppelkontur, was bereits die Radiologen zum Verdacht auf ein Invaginat führte. Mit der oberen Panendoskopie stiess man nach Passage des weit dilatierten proximalen Ösophagus distal auf einen livid verfärbten Tumor (Abb. 3). Erst nach langer Suche war es möglich, durch eine schlitzförmig stenosierte Öffnung nach distal ins Antrum zu gelangen. Mindestens 2/3 des Magens waren somit nach proximal in den Ösophagus prolapiert. Eine endoskopische Reposition der Invaginate blieb erfolglos. Somit wurde die Indikation zur Durchführung einer laparoskopischen Desinvagination und Gastropexie gestellt. Postoperativ erholte sich die Patientin sehr schnell, die Dysphagie war beseitigt. In der Kontrollgastroskopie persistierte erwartungsgemäss der dilatierete Ösophagus, der Magen war jedoch wieder in richtiger Position.

Im Jahre 1903 berichtete Enderlen [1] über einen Fall einer «Invagination» der vorderen Magenwand in den Ösophagus. Mehrere Mitteilungen über den radiologischen und endoskopischen Nachweis eines gastroösophagealen Prolapses stammen von amerikanischen Autoren aus der Zeit zwischen 1950 und 1970. 1955 veröffentlichte Palmer [2] die erste Beschreibung mehrerer Fälle von ruckartig in die Speiseröhre hinaufgleitender Magenschleimhaut während der endoskopischen Untersuchung in Folge einer intraabdominalen Druckerhöhung, durch Würgen oder Brechreiz, die in einzelnen Fällen mit dem Endoskop reponiert werden mussten. Als Risikofaktoren für die Transmigration der gut verschieblichen Magen-

^a Medizinische Klinik, Stadtpital Triemli Zürich

^b Chirurgische Klinik, Stadtpital Triemli Zürich

^c Abteilung Gastroenterologie, Stadtpital Triemli Zürich

Korrespondenz:

Dr. med. Ilaria Jermini-Gianinazzi
Medizinische Klinik
Stadtpital Triemli
Birmensdorferstrasse 497
CH-8038 Zürich

ilaria.jermini@triemli.stzh.ch

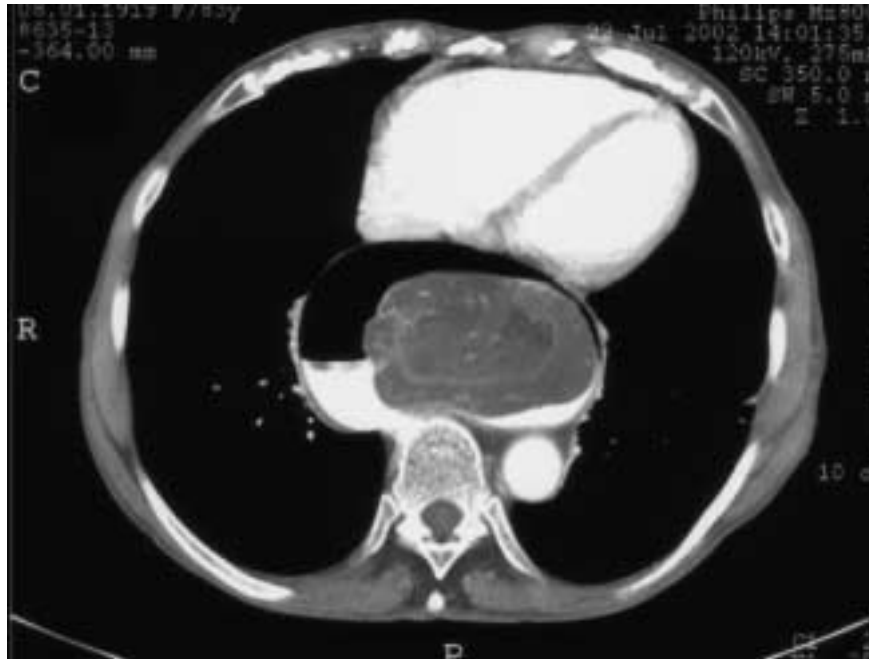
Abbildung 1.

Thorax p.a.: Rundliche Verdichtung mit Doppelspiegelbildung, die sich medial des linken Hilus über den Abgang des Oberlappenbronchus projiziert.

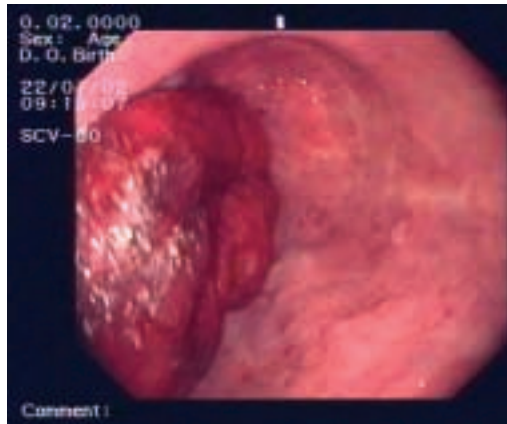


Abbildung 2.

CT-Abdomen: Megaösophagus mit einem Durchmesser von 5,5 cm. In diesem hat sich der Magen prolapiert, umgeben von Fettgewebe des grossen Netzes, das eine «Plombe» von etwa 8,5 × 5 cm bildet. In dieser Fettplombe liegt der schmale Magen, der lediglich 8 bis 13 mm Gesamtbreite aufweist.

**Abbildung 3.**

Ösophagoskopie: Livid verfärbte Läsion im Ösophagus, teils auch erosiv verändert. Der Ösophagus ist massiv dilatiert.



schleimhaut in den Ösophagus gelten die Insuffizienz des unteren Ösophagussphinkters (beispielsweise bei Vorliegen einer Hiatushernie oder nach Ballonsprengung des Sphinkters wie bei unserer Patientin) sowie eine erhöhte thorakoabdominale Druckdifferenz beim Husten, beim Erbrechen oder bei Anstrengungen [3]. Ödematöse Schleimhautveränderungen mit lokalisierten oder diffusen Blutungen im Bereiche der Fundusschleimhaut des Magens wurden oft bei Patienten mit gastroösophagealer «Invagination» festgestellt [4]. Selten führt das wiederholte Prolabieren der Schleimhaut zur Ausbildung einer chronischen Eisenmangelanämie. Dies darf jedoch erst als Erklärung für die Anämie herangezogen werden, wenn endoskopisch andere Ursachen – insbesondere auch im unteren Gastrointestinaltrakt – ausgeschlossen worden sind. Als mechanische Folge des Prolapses wurden sowohl oberflächliche Schleimhautblutungen als auch tiefe Einrisse mit massiven Blutungen (Mallory-Weiss-Syn-

drom) beschrieben [5]. Kommt es zu einer vorübergehenden Inkarceration des Prolapses, so entsteht eine ödematös-hämorrhagische Durchtränkung der Vorderwand und der grossen Kurvatur des Magens. Durch das sich ausbildende Schleimhautödem kann es zu einer fixierten Inkarceration kommen, die sich nicht mehr spontan löst [6]. Die Inzidenz der gastroösophagealen Prolabierung ist unbekannt. Akute Dysphagie, Übelkeit, Erbrechen, Hämatemesis, substernale Schmerzen charakterisieren das klinische Erscheinungsbild der betroffenen Patienten. Die radiologisch-bildgebenden Verfahren weisen eine hernienartige Einstülpung des Magens nach. Der gastroösophageale Prolaps zeigte sich endoskopisch meist bei Einführen des Instruments in den mittleren und unteren Ösophagus mit einem pilzförmigen empor gleiten von Magenschleimhaut. Die Schleimhaut ist zum Teil rot bis livid verfärbt, zum Teil blutig imbibiert. Die Magen-falten sind aufgequollen und sehen teilweise hämorrhagisch infarziert aus. Miller [4] hat aufgrund des klinischen und der ösophagoskopischen Befunde eine Einteilung in drei Schweregrade vorgenommen:

- beim Valsalva-Versuch pilzförmiges Hervorquellen der Magenschleimhaut in den Ösophagus mit intakter Schleimhaut,
- ausgeprägter Prolaps mit Aufsteigen von Magenschleimhaut in den Ösophagus, Blutungen der Kardiaschleimhaut, oft Dysphagie,
- ausgeprägter Prolaps mit episodisch auftretenden Schluckstörungen als Zeichen der Inkarceration und Blutungen der Magenschleimhaut.

Die Therapie des gastroösophagealen Prolapses mit Inkarzeration ist eine Reposition mit dem Endoskop. Da in solchen Situationen ein Rezidiv zu erwarten ist, sollte eine chirurgische

(offene oder laparoskopische) Gastropexie durchgeführt werden, genauso wie in Fällen, in denen die endoskopische Reposition nicht gelingt.

Literatur

- 1 Enderlen M. Invagination der vorderen Magenwand in den Ösophagus. Dtsch Z Chir 1903;69:60-7.
- 2 Palmer ED. Mucosal prolapse of the esophago-gastric junction. Am J Gastroenterol 1955;23:530-7.
- 3 Savary M. Aspect endoscopique de la portion gastrique intrathoracique dans la hernie hiatale. Pract Otorhinolaryngol 1966;28:176-89.
- 4 Miller G, Savary M, Gloor F. Der gastro-ösophageale Prolaps als Ursache traumatischer Schleimhautveränderungen im Magenfundus und Ösophagus. Dtsch med Wochenschr 1974;99:553-6.
- 5 Mallory GK, Weiss S. Hemorrhages from lacerations of the cardiac orifice of the stomach due to vomiting. Am J med Sci 1929;178:506-12.
- 6 Chen YL. Mechanical gastritis as cause of upper gastrointestinal hemorrhage. Scand J Gastroenterol 1993;28:512-4.