

Deletäres Zusammentreffen zweier Kolitiden

Bernadette Pampuch^a, Othmar J. Kehl^b

Die 45jährige Patientin wies sich selbst am 17.9.2001 wegen Abdominalschmerzen, Fieber, Diarrhoe und Nausea notfallmässig zu. Sie war bis zwei Wochen zuvor wegen eines Bauchdeckenabszesses bei seit 1979 bekanntem Morbus Crohn und einer im April 2001 nachgewiesenen Substenose der linken Kolonflexur hospitalisiert gewesen. Als Erreger war *S. milleri* nachgewiesen worden, welcher anfangs mit Ciprofloxacin (Ciproxin[®]) und anschliessend resistenzgerecht mit Cefetametum, einem Drittgeneration-Cephalosporin (Globocef[®]), behandelt wurde. Wegen der nachgewiesenen Crohn-Kolitis wurden später Steroide und Infliximab eingesetzt [1]. Die febrile Patientin war in stark reduziertem Allgemeinzustand mit einer walzenförmigen Resistenz im Oberbauch und einer Stuhlfistel im Bereiche des ehemaligen Abszesses. Laborchemisch waren die Entzündungsparameter deutlich erhöht, radiologisch (Abb. 1) zeigte sich eine Spiegelbildung im rechten Mittelbauch mit massiv dilatiertem Kolon, sonographisch (Abb. 2) eine deutliche Erweiterung des rechtsseitigen, wandverdickten Kolons bei

Abb. 1.
Röntgen Abdomen leer: deutlich erweitertes, rechtsseitiges Kolon mit Spiegelbildung.



Abb. 2.
Sonographie des Abdomens: deutlich erweitertes, wandverdicktes rechtsseitiges Kolon.



Abb. 3.
Sonographie des Abdomens: vorbestehende Substenose der linken Kolonflexur.



bekannter Substenose der linken Kolonflexur (Abb. 3). Kurze Zeit nach Eintritt schied die Patientin ein schlauchförmiges Schleimhautstück im Stuhl aus, das histologisch als Granulozyten-durchsetzte Fibrin- und Schleimmasse mit oberflächlicher bakterieller Besiedelung beurteilt wurde. Im Stuhl waren der *C. difficile*- und Toxinnachweis positiv. Somit handelte es sich um eine pseudomem-

^a Stadtsptal Triemli,
Medizinische Klinik,
CH-8000 Zürich

^b Kantonales Spital Heiden,
Medizinische Abteilung,
CH-9410 Heiden

Korrespondenz:
Dr. Othmar J. Kehl
Chefarzt Innere Medizin
Kantonales Spital
CH-9410 Heiden

othmar.kehl@spital.ar.ch

branöse Kolitis bei bekannter Crohn-Kolitis. Sie führte zu einer akuten Zunahme der vorbestehenden Kolonsubstenose mit Ileuszeichen. Als Auslöser der pseudomembranösen Kolitis kommen am ehesten die Antibiotika (Gyrasehemmer, Cephalosporin), allenfalls die Steroide und eher unwahrscheinlich das Infliximab in

Frage [2]. Unter Therapie mit Metronidazol und vorübergehender parenteraler Ernährung ging es der Patientin rasch besser; die Entzündungsparameter sanken und die rechtsseitige, massive Kolondilatation bildete sich zurück [3]. Von einer initial erwogenen Notoperation bei Kolonileus konnte abgesehen werden.

Literatur

1 Katz S. Update in medical therapy in inflammatory bowel disease, *Digestiv Diseases* 1999;17:163–71.

2 Cohen RD, Jennifer MD, Tsang BS, Hanauer SB. Infliximab in Crohn's disease, *The American Journal of Gastroenterology* 2000;95:3470–7.

3 Kyne L, Kelly CP. Recurrent *Clostridium difficile* diarrhea, *GUT* 2001;49:152–3.