Rektalulkus: Komplikation eines verheimlichten Ergotismus

Peter Sandera[a], Jörg Wydler[a], Peter Itin[b], Rolf Schlumpf[a]
Chirurgische[a] und Dermatologische[b] Klinik, Kantonsspital Aarau

Einleitung

Ergotamin gehört zur Gruppe der Mutterkornalkaloide (Secale cornutum). Durch spezifische, tonisierende Wirkung auf erweiterte, extrakranielle Arterien beendet Ergotamin Migräneanfälle. Chronischer Gebrauch ergotaminhaltiger Medikamente kann durch Spasmen der klein- und mittelkalibrigen Gefässe Hautreaktionen, Gangrän, aber auch (durch direkte topische Wirkung der Suppositorien) Rektalulzera verursachen [1].

Fallbericht

Wir berichten über eine 39jährige Patientin, die an seit Jahren bestehenden, kleinvolumigen Defäkationen, begleitet von Tenesmen und Gewichtsverlust, leidet. Rektal fanden sich mehrere chronische Schleimhautulzera. Eine medikamentöse Therapie und eine auswärtig durchgeführte, laparoskopische Rektopexie bei V. a. Rektuminvagination als Ursache verbesserten das Grundleiden nicht. Im interdisziplinären Konsens an unserer Klinik führten wir als «ultima ratio» eine «low anterior resection» durch. Im Operationspräparat (Abb. 1 📷) zeigte sich ein zirkuläres Ulkus, begleitet von einem transmuralen, lymphozytären Infiltrat ohne Anhaltspunkte für Malignität. Am 10. postoperativen Tag entwickelte sich eine Anastomoseninsuffizienz und die Patientin musste reoperiert werden. Dabei wurde eine endständige Deszendostomie angelegt. In der Folge wurde die Patientin septisch und entwickelte ein ARDS. Am 2. postoperativen Tag fanden wir plötzlich livid verfärbte Hautareale perianal. Diese, sowie eine Spastizität der Gefässe an der Katheterstelle, wiesen klinisch auf das Vorliegen eines Ergotismus hin. Die Fremdanamnese bestätigte einen langjährigen, geheimgehaltenen Abusus ergotaminhaltiger Suppositorien wegen persistierender Migräneanfälle. Die Patientin konnte am 49. postoperativen Tag mit Stoma in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden. Eine Reanastomosierung wurde vor kurzer Zeit erfolgreich durchgeführt.

Abbildung 1.
Ulkus des Rektums.

Diskussion

In der Literatur wird wiederholt über perineale und rektale Ulzerationen nach langjähriger Anwendung ergotaminhaltiger Suppositorien berichtet [2, 3]. Die Verdachtsdiagnose kann jedoch häufig erst nach Absetzen der Ergotaminmedikation und Besserung des Lokalbefundes bestätigt werden.
Die Anamnese bei Patienten mit Migräneleiden ist oft schwierig. Wohl werden unregelmässige Kopfschmerzen angegeben, der regelmässige Gebrauch von Medikamenten jedoch verschwiegen.

Schlussfolgerung

Bei der Diagnose eines Rektalulkus ist der Ergotismus unbedingt in die Differentialdiagnose (Rektumkarzinom; M. Crohn; solitäres Rektalulkus; Colitis ulcerosa) mit einzubeziehen. Die minutiöse Medikamentenanamnese ist vor der Therapieplanung zwingend erforderlich.

Korrespondenz:
Dr. med. Peter Sandera
Allgemeinchirurgie
Kantonsspital
CH-5000 Aarau
peter.sandera@ksa.ch

Literatur
1 Brandt O, Abeck D, Breitbart E, Ring J. Perinealer Ergotismus gangraenosus. Hautarzt 1997;48:199–202.
2 Lamesch P, Raab R, Meyer HJ. Ergotamin induzierte anorektale Läsionen. Chirurg 1995;66:826–8.
3 Eckardt VF, Kanzler G, Remmele W. Anorectal ergotism: another cause of solitary rectal ulcers. Gastroenterology 1986;91:1123–7.