


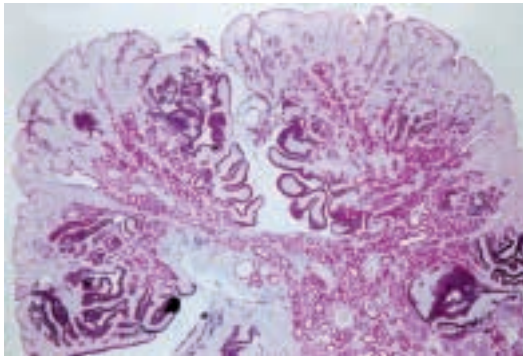
Meläna bei Duodenalpolyp

Claudia Hirschi^a, Jan-Olaf Gebbers^b, Dominique Criblez^a

^a Gastroenterologische Abteilung, Medizinische Klinik und ^b Pathologisches Institut, Kantonsspital Luzern

Ein 83jähriger Mann wurde im April 2003 wegen anämisierender Gastrointestinalblutung (Meläna, Hb 102 g/l) unter oraler Antikoagulation bei Status nach Aortenklappenersatz und chronischem Vorhofflimmern zugewiesen. Endoskopisch fanden wir einen 1,5 cm grossen blutenden, gestielten Polypen im Bulbus duodeni (Abb. 1 ) , der nach Aufhebung der Antikoagulation am folgenden Tag mit der Schlinge reseziert wurde. Es kam zu keinem Blutungsrezidiv in den nächsten 3 Monaten. Die endoskopische Kontrolle nach dreimonatiger Therapie mit Esomeprazol 40 mg täglich ergab einen unauffälligen Befund.

Histologisch handelte es sich um einen hyperplastischen Polypen metaplastischer Magen-

schleimhaut der Dünndarmmukosa ohne *Helicobacter pylori* (Abb. 2 ). Die *Helicobacter pylori*-Serologie war negativ.

Kommentar


Meläna (Teerstuhl) tritt auf bei einem Blutverlust von mindestens 100 ml im oberen Gastrointestinaltrakt. Die häufigsten Ursachen der oberen Gastrointestinalblutung finden sich in Tabelle 1 .

Tabelle 1 [12].

Ätiologie der oberen GI-Blutung	Häufigkeit %
Peptische Ulzera	55
Ösophagusvarizen	14
Arteriovenöse Malformation	6
Mallory-Weiss-Läsion	5
Tumoren, Erosionen	4
Dieulafoy-Läsionen	1

Seltener ist Meläna die Folge einer unteren gastrointestinalen Blutung mit einer Quelle proximal der rechten Flexur, z.B. bei Angiodysplasien des Zökums oder bei Neoplasmen.

Polypen sind selten die Ursache für eine obere gastrointestinale Blutung. Bei unserem Patienten bestand eine erhöhte Blutungsneigung infolge oraler Antikoagulation.

Abhängig von der Grösse können sich Polypen mit weiteren Symptomen wie uncharakteristischen Bauchschmerzen, postprandialer Nausea oder unter dem Bild einer Passagestörung präsentieren. Bei periampullären Polypen (häufig tubuläre oder villöse Adenome) kommen die Symptome der biliären und pankreatischen Obstruktion hinzu.

Duodenale Polypen werden in 4,6% der Endoskopien angetroffen [1]. Liegen die Läsionen im Bulbus, so bestehen sie meist aus *metaplastischer Magenschleimhaut* [2] in Form von multiplen kleinen Polypen. Solitäre, gestielte hyperplastische Magenschleimhaut-Polypen – wie bei unserem Patienten – sind im Duodenum selten [3].

Die Pathogenese ist unklar. Als Grundlage wird eine gastrische Metaplasie angenommen. *Helicobacter pylori* könnte eine Rolle spielen [4], da eine Rückbildung der Polypen nach *Helicobacter*-Eradikation beschrieben wurde [5, 6].

Adenomatöse Polypen werden überwiegend in Pars II duodeni gefunden. Ihre prognostische

Abbildung 1.
Endoskopischer Befund des gestielten Polypen im Bulbus duodeni.

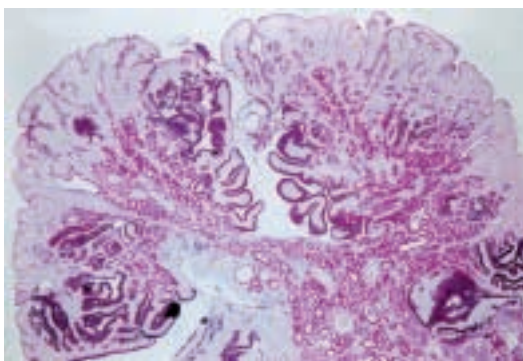


Abbildung 2.
Histologie des seltenen Duodenalpolypen. Stark aufgefaltete hyperplastische Magenschleimhaut mit typischem PAS-positivem apikalen Mukus im Epithel. PAS-Reaktion.

Bedeutung liegt im malignen Transformationspotential, insbesondere wenn sie als Manifestation eines hereditären Polyposis-Syndroms auftreten. Bei der familiären adenomatösen Polyposis (FAP) ist das Risiko für duodenale und periampulläre Karzinome massiv erhöht, so dass endoskopische Screening-Untersuchungen unumgänglich sind. Aufgrund dieser Assoziation erfordert die primäre Diagnose eines Adenoms im Duodenum zusätzlich eine Koloskopie mit der Frage nach Kolonadenomen.

Ob bei den nicht adenomatösen Polypen (wie bei unserem Patienten) ein Risiko der neoplastischen Umwandlung vorliegt, kann nicht beantwortet werden. Derlei Untersuchungen liegen nur für hyperplastische Polypen im Magen vor, wobei in diesen die Prävalenz von In-situ-Karzinomen in Polypen bis 2 cm mit 2,1% gering ist [7, 8], jedoch mit der Grösse der Polypen zunimmt. In-situ-Karzinome wurden hier aber auch schon in Polypen von 0,5 cm gefunden. Invasive Karzinome sind hingegen selten [9]. Ob diese Ergebnisse auf das Duodenum übertragbar sind, bleibt offen.

In Analogie zum Magen ist es vermutlich empfehlenswert, auch zufällig entdeckte Polypen >5 mm endoskopisch zu reseziieren. Die Biopsie allein ist zum Ausschluss einer Malignität ungenügend. In 2,7% fand sich nach Polypektomie von hyperplastischen Magenpolypen Karzinom-

gewebe, das in vorherigen Biopsien nicht erfasst worden war [10]. Ein Abwägen des Nutzens gegenüber den nicht seltenen Polypektomie-Komplikationen ist jedoch angebracht. Bei *Helicobacter pylori* positiven Polypen <5 mm kann zunächst die Wirkung einer Eradikationstherapie abgewartet werden.

Einen Algorithmus für die Abklärung und Therapie der benignen Duodenalpolypen haben Perez et al. [11] entwickelt. Er basiert auf einer retrospektiven Analyse von 62 Patienten mit gutartigen Duodenalpolypen, darunter 36 Adenome. Polypen von <1 cm Grösse sollen endoskopisch reseziert werden; eine vorgängige Endosonographie wird bei einer Polypengrösse von 1,5 bis 2 cm empfohlen, gefolgt von einer endoskopischen Resektion, wenn der Polyp auf die Mukosa beschränkt ist – beziehungsweise von einer chirurgischen Resektion im Falle einer Ausdehnung in die Submukosa. Für Polypen von <2 cm Grösse wird die chirurgische Resektion empfohlen.

Bei unserem Patienten war die Indikation zur raschen endoskopischen Resektion angesichts der dokumentierten Blutungsneigung gegeben, weshalb auf eine vorgängige Endosonographie verzichtet wurde, zumal mit der langgestielten Polypenkonfiguration günstige Voraussetzungen für die Polypektomie gegeben waren.

Literatur

- Jepsen JM, Persson M, Jakobsen NO, et al. Prospective study of prevalence and endoscopic and histopathologic characteristics of duodenal polyps in patients submitted to upper endoscopy. *Scand J Gastroenterol* 1994;29:483–7.
- Matsui K, Kitagawa M. Biopsy study of polyps in the duodenal bulb. *Am J Gastroenterol* 1993;88:253–7.
- Couvelard A, Schweizer-Lapeyre L, Carle JP, et al. Hyperplastic polyps arising in islands of gastric mucosa in the duodenum. *Ann Pathol* 1997;17:203–5.
- Ohkusa T. Disappearance of hyperplastic polyps in the stomach after eradication of *Helicobacter pylori*. *Ann Intern Med* 1998;129:712–5.
- Yousfi MM, el Zimaity HM, Cole RA, Genta RM, Graham DY. Resolution of a metaplastic duodenal polyp after cure of *Helicobacter pylori* infection. *J Clin Gastroenterol* 1996;23:53–4.
- Khulusi S, Mendall MA, Badve S, Patel, P, Finlayson C, Northfield T. Effect of *Helicobacter pylori* eradication on gastric metaplasia of the duodenum. *Gut* 1995;36:193–7.
- Orlowska J, Jarosz D, Pachlewski J, Butruk E. Malignant transformation of benign epithelia gastric polyps. *Am J Gastroenterol* 1995;90:2152–9.
- Daibo M, Itabashi M, Hirota T. Malignant transformation of gastric hyperplastic polyps. *Am J Gastroenterol* 1987;82:116–25.
- Antonioli DA. Precursors of gastric carcinomas. *Hum Pathol* 1994;25:994–1005.
- Muehldorfer SM, Stolte M, Martus P. Diagnostic accuracy of forceps biopsy versus polypectomy for gastric polyps: a prospective multicentre study. *Gut* 2002;50:465–70.
- Perez A, Saltzman JR, David L, et al. Benign nonampullary duodenal neoplasms. *J Gastrointestinal Surg* 2003;7:536–41.
- Jutabha R, Jensen DM. Management of upper gastrointestinal bleeding in the patient with chronic liver disease. *Med Clin North Am* 1996;80:1035–68.

Korrespondenz:

Dr. med. Claudia Hirschi
Abteilung für
Gastroenterologie
Kantonsspital
CH-6000 Luzern 16
claudia.hirschi@ksl.ch