

Ein unerwarteter Ausgang

Lisa Strahm^a, André Wyss^b, Ute Gick^c, Andreas Frenzer^a

Spital Thun, Thun

^a Medizinische Klinik, ^b Radiologie, ^c Onkologie

Fallbeschreibung

Ein 52-jähriger Patient mit einem zentralen nicht-kleinzelligen Bronchuskarzinom Stadium IIIB (pT4cN3cM0) wird der medizinischen Notfallaufnahme wegen Schwäche, Dyspnoe und Diarrhoe zugewiesen. In den zwei Monaten vor Spitaleintritt erfolgten eine Chemotherapie mit Cisplatin und Vinorelbin sowie eine konkomitierende Radiotherapie. Vier Tage vor Eintritt wurden von der behandelnden Onkologin wegen Diarrhoe eine Kaliumsubstitution und eine Therapie mit Loperamid verordnet. Zusätzlich veranlasste sie wegen der Kachexie eine Ernährungstherapie.

Der Patient berichtet bei Eintritt über eine Allgemeinzustandsverschlechterung seit drei Monaten sowie ein etwa zeitgleiches Auftreten von zwei bis vier hellen, wässrigen und voluminösen Stuhlgängen pro Tag. In den letzten drei Monaten habe er ca. 10 kg an Gewicht verloren. Der Appetit sei gut.

In der Vorgeschichte erwähnt der Patient rezidivierende Ulcera ventriculi, welche 1983 operativ mittels Magenteilresektion nach Billroth II saniert wurden, eine Alkoholabhängigkeit von 1976 bis 1994 mit mehreren Pankreatitiden und eine schwere COPD mit fortgesetztem Tabakkonsum von 60 packyears. Das Körpergewicht hatte bis zur Magenteilresektion ca. 60 kg (BMI 23,4) betragen, danach kam es zu einem raschen Gewichtsverlust von 10 kg (BMI 19,5). Bis vor etwa drei Monaten hatte der Patient ein Gewicht um 50 kg gehalten. Im Status findet sich ein kachektischer und dehydrier-

ter Patient mit einem Gewicht von 41,4 kg, entsprechend einem BMI von 16 kg/m², generalisierten Muskelatrophien und einem gelblich-bräunlichen Hautkolorit. Die Pulsfrequenz liegt bei 120/min. Das Atemgeräusch ist verschärft und das Expirium verlängert. Das Abdomen ist meteoristisch mit regen Darmgeräuschen.

Laborchemisch zeigen sich bei Eintritt eine metabolische Alkalose mit partieller respiratorischer Kompensation sowie ein tiefes Natrium, Kalium Phosphat und Magnesium. Das Albumin ist mit 29,4 g/l ebenfalls deutlich erniedrigt. Das TSH, die Entzündungsparameter, das Ferritin, das Vitamin B₁₂ und die Folsäure liegen im Normbereich. Die Transglutaminase-Antikörper, eine HIV-Serologie und ein Quantiferontest fallen negativ aus. Stuhluntersuchungen auf Bakterien, Parasiten und Clostridium-difficile-Toxin sind normal. Die Pankreaselastase ist mit 41 µg/g (Norm >200 µg/g) deutlich erniedrigt. Da der untersuchte Stuhl aber flüssig war, wurde der Wert als falsch tief interpretiert.

Einziger pathologischer Befund neben dem Elektrolytmangel und dem tiefen Albumin ist eine fast vollständige Depletion des Vitamin D (25-OH-Vitamin-D <5 nmol/l; Norm 75–220 nmol/l).

Im Stuhlprotokoll werden 4–7 Stuhlgänge/Tag dokumentiert. Die Stuhlmenge beträgt 1917 g/d. Im Stuhl beobachtet das Pflegepersonal unverdaute Tabletten. Makroskopisch findet sich keine Steatorrhoe. Die Stuhlfrequenz lässt sich durch die probatorische Gabe von peroralen hochdosierten Pankreasenzymen (Creon®) nicht reduzieren.

Die Gastroskopie bringt schliesslich des Rätsels Lösung: Im Magen findet sich eine sehr grosse reizlose Fistel mit einem Durchmesser von etwa 1,5 cm im Bereich der Anastomose mit Verbindung ins Colon transversum. Die Anastomose ist endoskopisch völlig reizlos, ohne Entzündung und ohne Tumor, so dass auf die Entnahme von Biopsien verzichtet wird (Abb. 1 ). Zwecks Ernährung wurde anlässlich der ersten Gastroskopie eine nasale Sonde ins Jejunum eingelegt. Eine CT-Untersuchung des Abdomens schliesst einen Tumor im Bereich des Magens aus. Eine Bariumpassage bestätigt die Diagnose und zeigt, dass ein erheblicher Teil des Kontrastes nicht in den Dünndarm, sondern ins distale Colon transversum fliesst (Abb. 2 .

Es erfolgt eine Sondenernährung, welche wegen der Gefahr des Refeeding-Syndroms nur langsam gesteigert wird. Da sich der Patient weiterhin zusätzlich peroral ernährt sistieren die Durchfälle zwar nicht; das Gewicht nimmt aber innert zwei Monaten um 3,3 kg zu. In Anbetracht der Komorbiditäten und der infausten

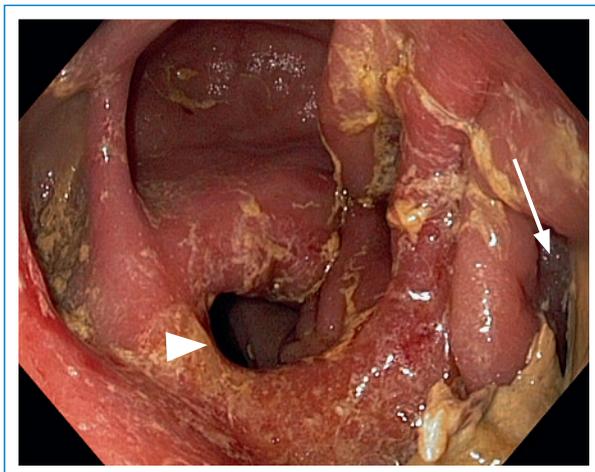


Abbildung 1

Endoskopische Ansicht der Anastomose mit braun gefärbtem Detritus und Schleim. Pfeil: Fistel in das Colon.

Pfeilspitze: abführende Schlinge der Billroth-II-Anastomose.

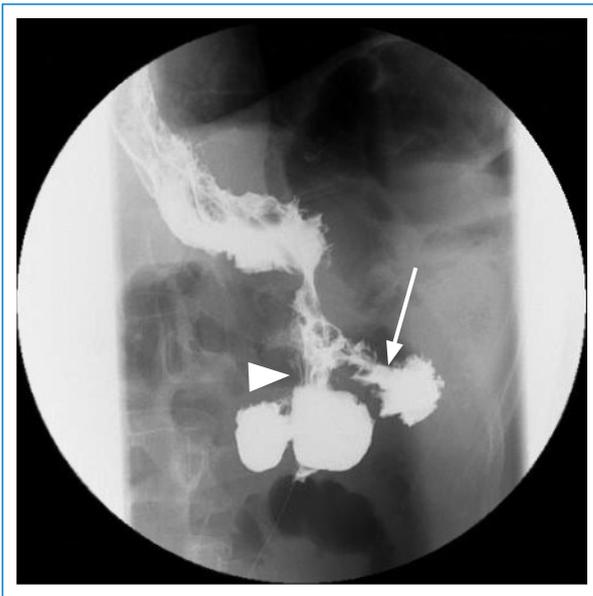


Abbildung 2

Bariumpassage. Darstellung der Fistel mit Füllung des distalen Colon transversum (Pfeil).

Pfeilspitze: abführende Schlinge der Billroth-II-Anastomose.

Prognose des Tumorleidens wird auf die operative Sanierung der Fistel verzichtet. Während der Hospitalisation werden aber endoskopisch eine perkutane endoskopische Jejunostomie (PEJ) angelegt und die nasale Sonde entfernt.

Unter einer Sondenkost mit 1,5 Litern über 18 Stunden (entsprechend 1750 kcal täglich) bleibt das Gewicht während sechs Monaten stabil. Wegen einer lokalen Tumorprogression werden im Verlauf sechs Zyklen einer palliativen Zweitlinienchemotherapie mit Docetaxel verabreicht. Dann tritt eine weitere AZ-Verschlechterung bei Tumorprogression auf, und 14 Monate nach Diagnosestellung der gastrojejunokolischen Fistel verstirbt der Patient.

Kommentar

Der beschriebene Fall ist eine Rarität. Der erste Fall einer gastrojejunokolischen Fistel als Spätkomplikation nach einer Magenoperation wurde aber schon 1943 beschrieben [1]. Trotz der Seltenheit der Pathologie war der Fall für alle beteiligten Ärzte sehr lehrreich: Nicht jede Kachexie oder Diarrhoe bei einem Tumorpatienten ist durch das Grundleiden oder die Chemotherapie bedingt! Initial dachten nämlich alle Beteiligten vor allem an eine Nebenwirkung der Chemotherapie und vernachlässigten die Differentialdiagnosen. Die Diagnose

bei unserem Patienten wurde erst zwölf Tage nach Spitaleintritt gestellt. Erst die Angaben der Ernährungsberaterin und des Pflegepersonals, dass der Patient täglich fast 3000 kcal zu sich nehme und trotzdem weiter an Gewicht verliere, machte die behandelnden Ärzte hellhörig, und es erfolgte die schon längst fällige Gastroskopie.

In der Literatur sind mehrere Fälle beschrieben, wo sich gastrojejunokolische Fisteln 10–26 Jahre nach einer Billroth-Operation manifestierten [2, 3] – in unserem Fall sind es 25 Jahre. Als Ursache denkt man an ein Anastomosenukulus, welches in das Transversum penetriert [2]. Unklar bleibt bei unserem Patienten, ob die Fistel schon seit Jahren bestand oder ob sie sich erst unter der Radio-/Chemotherapie ausbildete. In unserem Fall waren die Anastomose und die Fistel frei von Entzündung und Tumor, so dass von einer schon lange bestehenden Fistel ausgegangen werden muss. Die Anamnese half uns bei der Einschätzung des Auftretens der Fistel nicht weiter, da die Angaben des Patienten diffus waren.

Die Standardtherapie besteht in der einzeitigen chirurgischen Revision. Wir haben wegen der infausten Prognose in Absprache mit dem Patienten auf diesen Eingriff verzichtet. Die adäquate Ernährung und Hydratation konnten durch die endoskopisch eingelegte perkutane Katheterjejunostomie gewährleistet werden.

Obwohl das Auftreten einer gastrojejunokolischen Fistel als Spätkomplikation nach einer Magenoperation aufgrund der Protonenpumpenblocker und der Eradikation des *H. pylori* wahrscheinlich noch seltener wird, sollte bei unklarer Diarrhoe und Gewichtsverlust trotz adäquater Ernährung an die Möglichkeit einer inneren Fistulierung gedacht werden. Wichtig zur Erkennung einer solchen Pathologie sind Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Pflegedienst, Ernährungsberatung und Ärzteschaft.

Korrespondenz:

Dr. med. Andreas Frenzer
Leitender Arzt Gastroenterologie
Medizinische Klinik
Spital Thun
CH-3600 Thun
andreas.frenzer@spitalstsag.ch

Literatur

- 1 Atwater JS, Butt, HR, Priestly JT. Gastrojejunocolic fistulae: with special reference to associated nutritional deficiencies and certain surgical aspects. *Ann Surg.* 1943;117:414–26.
- 2 Forrest EF, McMahon A, Danesh BJ. A man with a leaky drain. *Lancet.* 2000;355:1238.
- 3 Simultaneous gastroscopy and colonoscopy for the diagnosis of gastrojejunocolic fistula. *Gastrointest Endosc.* 2007;66(3):597–8.