

Tuberkulose als seltene Ursache einer schockierenden gastrointestinalen Blutung

Annina Studer Brüngger^a, Alois Haller^b, Adrian Zehnder^c, Pius Wigger^d, Dieter Erdin^e, Peter E. Ballmer^b

Kantonsspital Winterthur

^a Departement Medizin, Klinik für Innere Medizin; ^b Zentrum für Intensivmedizin; ^c Departement Chirurgie, Klinik für Viszeral- und Thoraxchirurgie;

^d Departement Chirurgie, Klinik für Gefässchirurgie; ^e Institut für Pathologie

Fallpräsentation

Eine 74-jährige Patientin stellte sich wegen rezidivierender Synkopen und Diarrhoe seit dem Vortag auf der Notfallstation vor. Wegen einer tiefen Venenthrombose war sie oral antikoaguliert. Zudem war aufgrund einer tuberkulösen Mastitis drei Monate zuvor eine tuberkulostatische Therapie begonnen worden. Während des Aufenthaltes auf der Notfallstation kam es wiederholt zu Hämatemesis sowie Hämatochezie bei ausgeprägter Kreislaufinstabilität.

Die notfallmässig durchgeführte obere Panendoskopie zeigte eine arteriell spritzende, endoskopisch nicht zu stillende Blutung in Pars III/IV des Duodenum. Die Indikation zur notfallmässigen Laparotomie wurde gestellt. Intraoperativ zeigte sich eine aortoduodenale Fistel bei ansonsten unauffälliger Aorta abdominalis, insbesondere ohne Nachweis eines Bauchaortenaneurysmas. Der Bereich der Darmwand an der Stelle der Läsion war derb mit der Aortenwand verwachsen, ebenso fiel ein vergrößerter Lymphknoten in unmittelbarer Nähe auf. Die Aortenwand war von guter Qualität und konnte durch Direktnaht verschlossen werden. Zudem wurde eine Duodenumteilresektion (Pars III/IV) mit End-zu-End-Duodenojejunostomie durchgeführt.

Histologisch fanden sich in dem an die duodenale Läsion angrenzenden Lymphknoten nekrotisierende epitheloidzellige Granulome, welche zusammen mit der seit drei Monaten behandelten tuberkulösen Mastitis Ausdruck

einer disseminierten Tuberkulose mit Lymphknotenbefall waren (Abb. 1 und 2 .

Postoperativ kam es aufgrund eines zerebrovaskulären Insults im Rahmen der Hypotonie und Anämie sowie einer Aspirationspneumonie zu einem protrahierten Verlauf, so dass die Patientin erst nach fünfwöchiger Hospitalisation in die Rehabilitation entlassen werden konnte. Die tuberkulostatische Therapie wurde weitergeführt. Die Patientin lebt heute, gut ein Jahr nach der Spitalentlassung, selbständig zu Hause.

Diskussion

Die primäre aortoenterale Fistel ist eine sehr seltene Ursache einer oberen gastrointestinalen Blutung; die Inzidenz liegt bei 0,04–0,07% [1]. Die Literatursuche liefert bis 2010 nur 403 Fälle [2]. Die häufigste Ursache ist ein arteriosklerotisches Aortenaneurysma, welches zu einer aortoduodenalen Fistel führt (72–87%) [1, 2]. Die in Reviews erfasste Mortalität von 20 bis 50% [2] dürfte zu tief liegen, da viele Fälle gar nicht erkannt werden.

Primäre aortoduodenale Fisteln ohne Vorliegen eines Aortenaneurysmas sind extrem selten. Farber et al. publizierten einen Reviewartikel über 19 Fallbeschreibungen in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts [3]. Ursache waren metastasierende Tumore, Fremdkörper, eine Radiatio oder Infektionen. Alle Patienten stellten sich mit einer gastrointestinalen Blutung vor. Endoskopisch und computertomographisch konnte die Diagnose nur in wenigen Fällen gestellt werden, 84% der Patienten wurden ohne vorliegende Diagnose bei Kreislaufinstabilität laparotomiert. Die Mortalität in dieser Fallserie lag bei 67%. Bei zwei Patienten konnte eine tuberkulöse Aortitis als Ursache nachgewiesen werden. Zusätzlich liegt die Fallbeschreibung eines Patienten vor, bei welchem autoptisch nach massiver gastrointestinaler Blutung als Ursache eine duodenale Tuberkulose nachgewiesen wurde (ohne Hinweise auf aktive Lungentuberkulose) [4]. In einem weiteren Fall konnte, ähnlich wie bei unserer Patientin, ein fistulierender tuberkulöser Lymphknoten zwischen der Pars III duodeni und einem arteriosklerotischen Aortenaneurysma als Ursache einer gastrointestinalen Blutung nachgewiesen werden [5].

Zusammenfassend ist eine aortoduodenale Fistel ohne Nachweis eines Aortenaneurysmas eine absolute Rarität, der Nachweis einer Lymphknotentuberkulose als Ursache derselben wurde bisher nur ganz vereinzelt beschrieben.

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag haben.

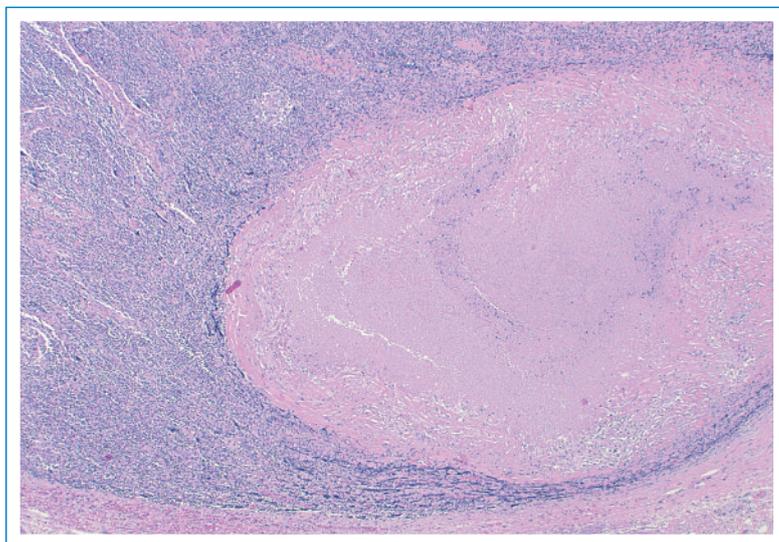


Abbildung 1

Lymphknoten mit nekrotisierendem Epitheloidzellgranulom (HE-Färbung, Originalvergrößerung 50×).

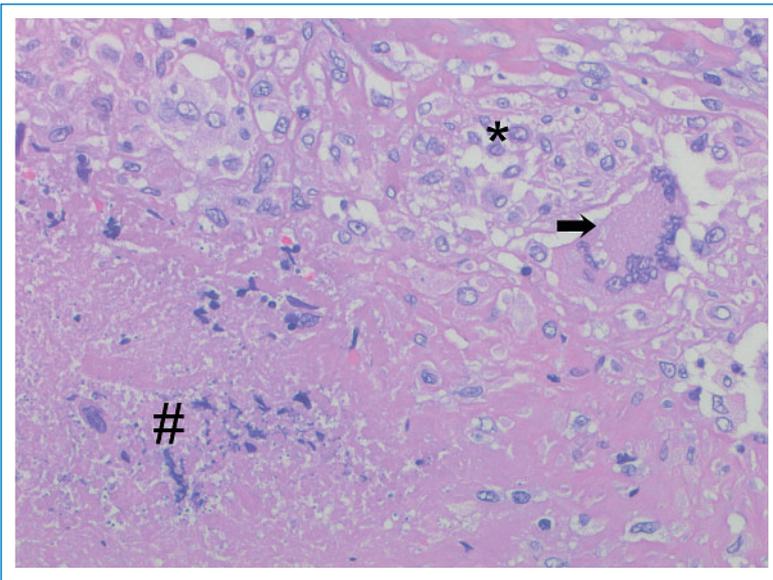


Abbildung 2

Detail aus dem Granulom mit Epitheloidzellen (*), mehrkerniger Riesenzelle (→) und Nekrose (#) (HE-Färbung, Originalvergrößerung 400x).

Korrespondenz:

Annina Studer Brüngger
 Departement Medizin
 Klinik für Innere Medizin
 Kantonsspital Winterthur
 CH-8401 Winterthur
annina.studer@gmx.net

Literatur

- 1 Saers SJ, Scheltinga MR. Primary aortoenteric fistula. *Br J Surg.* 2005;92:143–52.
- 2 Lozano FS, Muñoz-Bellvis L, San Norberto E, Garcia-Plaza A, Gonzales-Porras JR. Primary aortoduodenal fistula: new case reports and a review of the literature. *J Gastrointest Surg.* 2008;12:1561–5.
- 3 Farber A, Grigoryants V, Palac DM, Chapman T, Cronenwett JL, Powell RJ. Primary aortoduodenal fistula in a patient with a history of intravesical therapy for bladder cancer with Bacillus Calmette-Guérin: review of primary aortoduodenal fistula without abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg.* 2001;33:868–73.
- 4 Kodaira Y, Shibuya T, Matsumoto K, Uchiyama K, Tenjin T, Yamada N, et al. Primary aortoduodenal fistula caused by duodenal tuberculosis without an abdominal aortic aneurysm: report of a case. *Surg Today.* 1997;27:745–8.
- 5 Simelière T, Chevalier JM, Enon B, Lescalie F, Simard C, Lhoste P, et al. Primary aortoduodenal fistula of tuberculous origin. *J Chir.* 1987; 124:464–6.