

Gastrointestinale Symptome – Psyche oder Soma?

Dennis Jürgens^a, Stefan Frei^b, Christof Geigerseder^a

^a Medizinische Klinik, Spital Wil, Spitalregion Fürstenland Toggenburg

^b Institut für Radiologie, Kantonsspital, St. Gallen

Fallbeschreibung

Eine 63-jährige Patientin wurde im Februar 2010 von ihrem Hausarzt stationär zugewiesen. Dieser beschrieb eine seit drei Tagen zunehmende Verschlechterung einer seit längerem bestehenden gastrointestinalen Symptomatik mit Appetitlosigkeit, Übelkeit sowie einer Gewichtsreduktion auf 33 kg bei allerdings schon immer sehr schlankem Ernährungszustand. Zusätzlich liege eine psychiatrische Erkrankung vor. Ambulant seien bereits eine bis auf eine Sklerosierung und leichte Erweiterung der Bauchaorta unauffällige Abdomensonographie und eine Gastroskopie durchgeführt worden, in der Antrum-Ulzera und eine Soor-Ösophagitis diagnostiziert wurden. Die daraufhin begonnene Behandlung mit Prokinetika, Protonenpumpen-Inhibitoren und Antimykotika habe keine Besserung gebracht. Bei Aufnahme beschrieb die Patientin den Beginn der gastrointestinalen Symptomatik ca. sechs Monate zuvor mit initialer Appetitlosigkeit, Völlegefühl, postprandialer Übelkeit, Brechreiz sowie epigastrischen, gürtelförmigen und von der Nahrungsaufnahme unabhängigen Krämpfen. Zusätzlich kam es zuerst nach der Nahrungsaufnahme, in den letzten Tagen vor Spitaleintritt auch nach dem Trinken, zu Erbrechen. Des Weiteren litt sie auch unter Stuhlunregelmässigkeiten, fühlte sich abgeschlagen und hatte Schlafstörungen sowie Kopfschmerzen. Das Körpergewicht war um 5 kg in sechs Monaten gesunken. Sie hatte mittlerweile Angst vor dem Essen.

Die erweiterte Anamnese lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Die Patientin wuchs in schwierigen familiären Verhältnissen auf und arbeitete als Hilfsarbeiterin in mehreren Fabriken. Sie heiratete mit 20 Jahren und brachte mit 21 Jahren eine Tochter zur Welt. Im Verlauf der Ehe entwickelten sich finanzielle Probleme und in diesem Kontext eine Alkoholkrankheit des Ehemannes, welche letztendlich 2004 in einem Suizid mündete. In dieser Zeit erfolgten mehrere psychische Dekompensationen der Patientin mit ambulanter und stationärer psychiatrischer Behandlung. Eine stationäre Behandlung erfolgte 1998 unter der Diagnose «Anpassungsstörung bei Problemen in der Beziehung zum Ehepartner und abhängige Persönlichkeitsstörung». In den Jahren 1997 und 1998 traten auch vermehrt somatische Beschwerden in Form einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) bei langjährigem Zigarettenrauchen, lumbalen Rückenschmerzen sowie auch erstmals Oberbauchbeschwerden auf. Die zu dieser Zeit durchgeführte Gastroskopie zeigte einen Normalbefund. Ebenso war

eine totale Koloskopie 2002 unauffällig. Als Erstmanifestation einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) kam es 2003 zu einer signifikanten Stenose der A. iliaca externa links, welche interventionell mittels Dilatation behandelt wurde. Im Rahmen dieser Angiographie fielen auch bereits deutliche arteriosklerotische Wandveränderungen der distalen Aorta abdominalis auf, und der Verdacht eines wandständig thrombosierten Aortenaneurysmas wurde gestellt.

In einer Diagnoseliste aus dem Jahr 2000 fand sich als Interpretation der gastrointestinalen Beschwerden erstmals die Diagnose «Histrionische Persönlichkeitsstörung mit multipler Somatisierungsstörung in langandauernder Belastungssituation». In den folgenden Jahren verschlechterte sich die Situation der Patientin weiter, zum einen psychisch mit Freudlosigkeit und sozialem Rückzug, zum anderen somatisch mit Verschlechterung der COPD aufgrund des persistierenden Zigarettenrauchens, zunehmenden gastrointestinalen Beschwerden und progredientem Gewichtsverlust von 47 kg im Jahr 2000 auf 38 kg im November 2009.

Eintrittsstatus

Kachektische 63-jährige Patientin in reduziertem Allgemeinzustand. Gewicht 33,6 kg, Grösse 156 cm, BMI: 13,8 kg/m². Gedrückte, dysphorische Stimmungslage, etwas eingengtes Denken. In der körperlichen Untersuchung fanden sich altersentsprechend normale Befunde bis auf ein verlängertes Expirium, pulmonal basal beidseits trockene Rasselgeräusche, eine Atemfrequenz von 16/min, abdominal spärliche Darmgeräusche, ein epigastrisches Strömungsgeräusch sowie ein fehlender Puls der A. dorsalis pedis links.

Im EKG fand sich ein normokarder Sinusrhythmus mit muldenförmigen ST-Strecken-Senkungen inferior. Der Röntgenthorax zeigte eine deutliche Überblähung der Lunge. Laborchemisch fand sich lediglich eine INR von 1,17 (Differentialblutbild, Transaminasen, Bilirubin, Albumin, Cholestaseparameter, Kreatinin, Schilddrüsenfunktion normwertig). Die arterielle Blutgasanalyse ergab eine leichte chronische Hyperventilation mit einem pH von 7,44 sowie einem pCO₂ von 4,1 kPa (31 mm Hg), das Laktat war mit 2,3 mmol/l leicht erhöht. Der Urinstatus zeigte eine Harnwegsinfektion.

Verlauf

Differentialdiagnostisch wurde neben einem konsumierenden Leiden (rheumatisch, neoplastisch) eine pulmonale Kachexie bei fortgeschrittener COPD in Betracht gezogen. Aufgrund der Vorgeschichte, der rezidivierenden psychischen Dekompensationen und des depres-

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

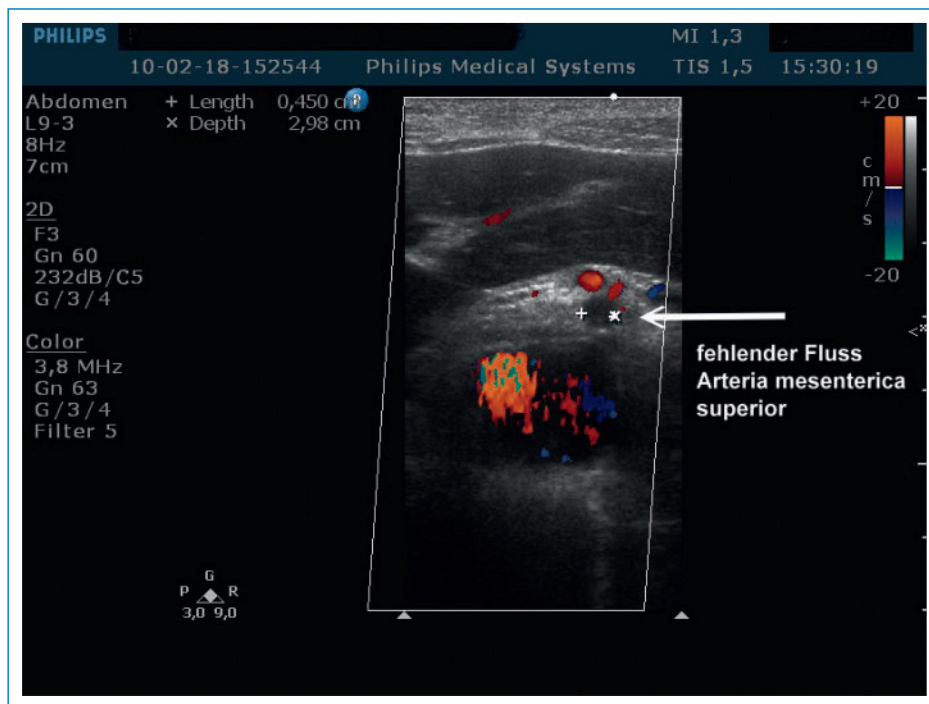




Abbildung 1
Duplexsonographische Darstellung des fehlenden Blutflusses im Bereich der proximalen A. mesenterica superior.

siven Erscheinungsbildes der Patientin drängte es sich allerdings auf, die Ursache in diesem Kontext zu suchen.

Zur Abklärung wurden folgende Untersuchungen veranlasst und die Patientin symptomatisch behandelt. Die obere Panendoskopie lieferte einen Normalbefund, die Abdomensonographie zeigte altersentsprechend unauffällige Organbefunde, allerdings eine deutliche abdominelle Aortensklerose und -ektasie mit echoreichen Plaques im Bereich der Abgänge des Truncus coeliacus (TC) und der A. mesenterica superior (AMS). Duplexsonographisch und computertomographisch wurde eine filiforme Stenose des TC und eine verschlossene AMS nachgewiesen (Abb. 1 ). Am Folgetag wurde im Zentrumsspital eine Angiographie der Bauchgefäße und aufgrund einer fehlenden Perfusion aller drei das Intestinum versorgenden Arterien eine Angioplastie der AMS inklusive Stenteinlage durchgeführt (Abb. 2 ). Die Intervention verlief komplikationslos, bereits postinterventionell konnten auskultatorisch deutlich vermehrte Darmgeräusche wahrgenommen werden, und die Patientin war praktisch sofort beschwerdefrei. Noch im weiteren stationären Aufenthalt wurde eine Gewichtszunahme von 1,5 kg in drei Tagen verzeichnet. Es wurden Esomeprazol, Azetylsalizylsäure, Atorvastatin und vorübergehend Clopidogrel verordnet sowie der absolute Verzicht auf Nikotin empfohlen. Ein psychiatrisches Konsil ergab als führende Diagnose eine depressive Störung mit sozialem Rückzug sowie den Verdacht auf eine posttraumatische bzw. gemischte Persönlichkeitsstörung; es wurde Mirtazapin eingeleitet und eine ambulante psychiatrische Behandlung empfohlen.

Die Verlaufskontrollen beim Hausarzt verliefen erfreulich. Bereits drei Monate nach der Hospitalisation hatte sich das Körpergewicht wieder auf 47 kg erhöht und die psychische Situation stabilisiert. Auch in den fol-

genden 18 Monaten traten die gastrointestinalen Beschwerden nicht wieder auf.

Kommentar

In diesem Fall befindet sich der behandelnde Arzt in dem diagnostischen Dilemma, einerseits eine Patientin mit einer vermuteten psychosomatischen Erkrankung nicht mit unnötigen, kostenintensiven und möglicherweise komplikationsreichen Abklärungen zu «plagen» und andererseits einen Symptomenkomplex nicht fälschlicherweise einer psychiatrischen Diagnose zuzuordnen, obwohl eine somatische Ursache zugrunde liegt.

Der bei dieser Patientin gewählte und aus unserer Sicht gute Weg aus dem Dilemma, weitere Abklärungen bezüglich einer somatischen Ursache aufgrund des schlechten Allgemeinzustandes (sehr niedriges Körpergewicht) und der Schwere der Symptomatik durchzuführen, erbrachte die beschriebene somatische Diagnose.

Für alle in diesen Fall involvierten Ärzte war es allerdings eine überraschende und auch nachdenklich stimmende Diagnose, litt die Patientin doch seit mindestens zehn Jahren unter diesem gastrointestinalen Symptomenkomplex. Der angiographische Befund mit komplett fehlender Perfusion der regulären arteriellen intestinalen Blutgefäße ist dazu noch sehr ausgeprägt und eher selten. Der Fall zeigt aber auch wieder einmal die hohe Kompensationsfähigkeit unseres Organismus bei langsamer Progredienz einer Erkrankung durch die Bildung von Kollateralkreisläufen im arteriellen Stromgebiet.

Die chronisch intestinale Ischämie ist eine seltene, aber zunehmend diagnostizierte Erkrankung, vor allem aufgrund der verbesserten diagnostischen Methoden

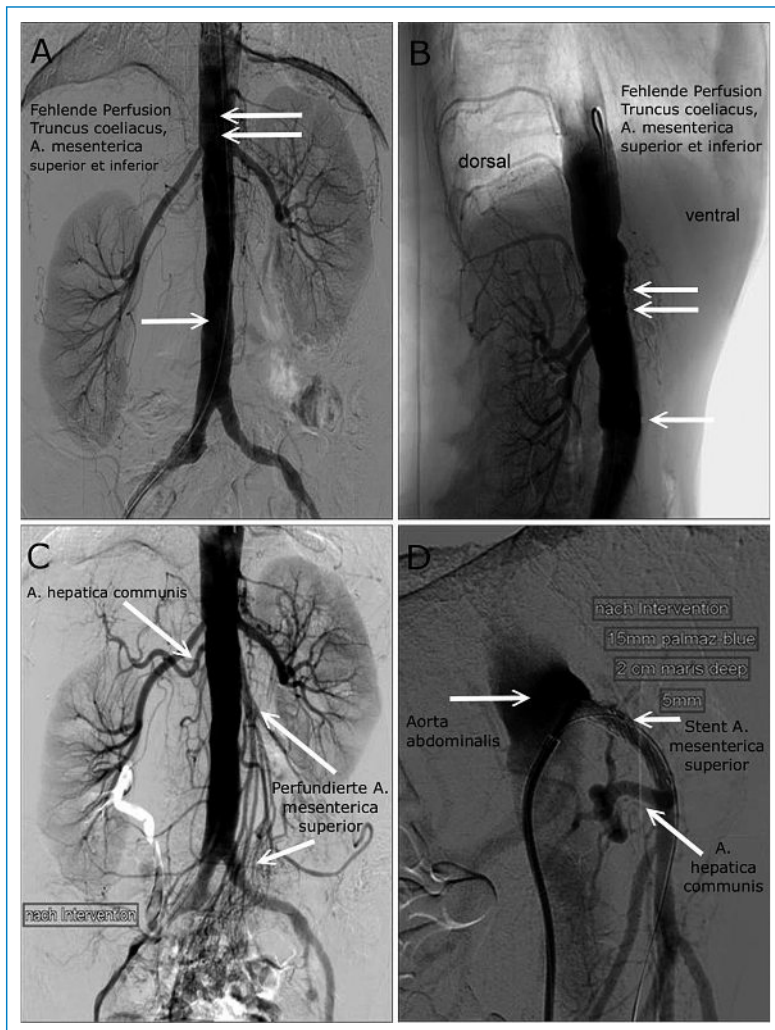


Abbildung 2
A Abdomenübersichtsaufblick: keine Perfusion in der A. mesenterica superior, gleichzeitiger Verschluss des Truncus coeliacus und der A. mesenterica inferior.
B Seitliche Angiographie: Nur die Nierenarterien sind zu erkennen, Verschluss des Truncus coeliacus und der A. mesenterica superior et inferior.
C Nach der Intervention: guter Flow über die A. mesenterica superior.
D Seitliche Angiographie: Die beiden eingesetzten Stents halten das Ostium der A. mesenterica superior offen.

(Duplexsonographie, Angiographie) [1]. In den meisten Fällen liegt der Erkrankung eine Arteriosklerose zugrunde mit den bekannten Risikofaktoren [2]. Bei jedem zweiten Patienten liegen bereits periphere oder koronare arteriosklerotisch bedingte Erkrankungen vor [1]. Typische Beschwerden sind krampfartige abdominale Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen, vorwiegend postprandial, Gewichtsverlust und eine Nahrungsmittelaversion [2, 3].

Die Intervention mittels Angioplastie und Stenteinlage als therapeutische Alternative zur operativen Behandlung ist mittlerweile eine sichere, und vor allem bei Patienten mit einem hohen operativen Risiko, erfolgversprechende Methode [4, 5].

Danksagung

Wir danken ausdrücklich dem Hausarzt Dr. med. Philipp Hengstler für die freundliche Unterstützung und seine Daten, Herrn Dr. med. Harald Städele (Radiologische Abteilung, Spital Wil) für die Befundung und Überlassung des radiologischen Bildmaterials sowie Dr. med. Urs Trümpler und Dr. med. Marc Looser für den medizinischen Input und das menschliche Vorbild.

Korrespondenz:

Dennis Jürgens, med. pract.
 Medizinische Klinik
 Spital Wil
 Fürstenlandstrasse 32
 CH-9500 Wil
dennis.juergens@gmx.ch

Literatur

- 1 Moawad J, Gewertz BL. Chronic mesenteric ischemia. Clinical presentation and diagnosis. Review. Surg Clin North Am. 1997;77(2):357-69.
- 2 Hohenwarter EJ. Chronic mesenteric ischemia: diagnosis and treatment. Semin Intervent Radiol. 2009;26(4):345-51.
- 3 Loffroy R, Steinmetz E, Guiu B, Molin V, Kretz B, Gagnaire A, et al. Role for endovascular therapy in chronic mesenteric ischemia. Review. Can J Gastroenterol. 2009;23(5):365-73.
- 4 Kougiaris P, El Sayed HF, Zhou W, Lin PH. Management of chronic mesenteric ischemia. The role of endovascular therapy. Review. J Endovasc Ther. 2007;14(3):395-405.
- 5 Allen RC, Martin GH, Rees CR, Rivera FJ, Talkington CM, Garrett WV, et al. Mesenteric angioplasty in the treatment of chronic intestinal ischemia. J Vasc Surg. 1996;24(3):415-23.