

## Rektale Magenschleimhautheterotopie

# Begegnung mit dem Magen im Rektum

Nadja Fischer<sup>a</sup>, Jakob Brunner<sup>b</sup>, Sabine Iselin Holmes<sup>a</sup>, Barbara Padberg Sgier<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Institut für Pathologie, Kantonsspital Graubünden

<sup>b</sup> Medizinische Klinik, Gastroenterologie, Kantonsspital Glarus

Vier Wochen vor einer Kolonoskopie erleidet der 56-jährige Patient erstmalig über drei bis vier Tage andauernde Schmerzen im rechten Unterbauch mit spontaner Besserung und Beschwerdefreiheit zum Zeitpunkt der Untersuchung. Es besteht ein Status nach Prostatektomie 2009 wegen eines Karzinoms mit seither normalem PSA-Wert. Familiäre Erkrankungen sind nicht bekannt.

Bei unauffälligem Endoskopiebefund des Kolons zeigt sich im mittleren/distalen Rektum links lateral eine 3 cm grosse Schleimhautläsion mit polypoidem Randwall und zentraler Delle (Abb. 1). Zur histologischen Untersuchung gelangen mehrere bis 2,0 × 1,0 × 0,8 cm grosse Exzisate aus dem Rand und Zentrum des Mukosabezirks. Histologisch handelt es sich um eine rektale Magenschleimhautheterotopie. Heterotope Magenschleimhaut kann im gesamten Gastrointestinaltrakt beobachtet werden. Im Rektum wurden seit der Erstbeschreibung 1939 [1] weniger als 50 Fälle mitgeteilt [2, 3]. Typischerweise findet man – wie im vorliegenden Fall – bei den überwiegend männlichen Patienten Magenmukosa vom Korpus-/Fundustyp (Abb. 2) [3]. Eine Besiedelung durch *Helicobacter pylori* [4] und die Entstehung

eines Adenoms mit Low-grade-Dysplasie sind beschrieben [5]. Die Parietalzellen in der ektopen Mukosa können Salzsäure produzieren und damit zu Ulzera mit Hämatochezie oder Melaena führen. Seltener Symptome sind Tenesmen, Diarrhoen und abdominelle/ anale Schmerzen [6]. Aufgrund der nicht auszuschliessenden malignen Transformation ist eine vollständige (endoskopische) Resektion anzustreben.

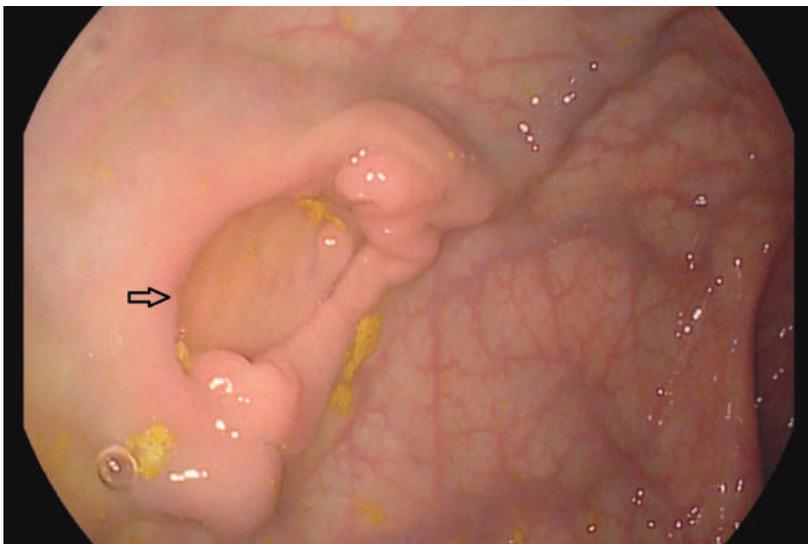
#### Disclosure statement

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

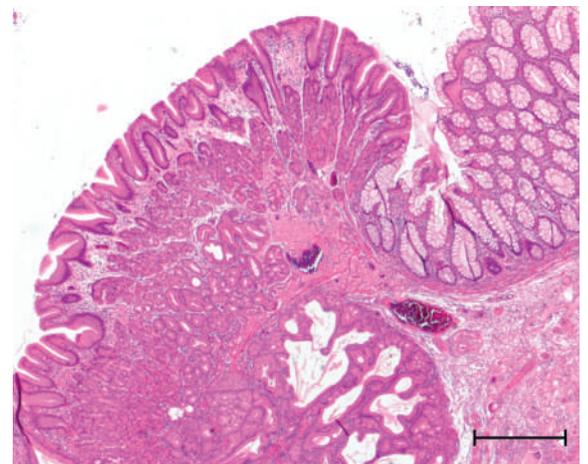
#### Literatur

- 1 Ewell G, Jackson R. Aberrant gastric mucosa in the rectum with ulceration and hemorrhage. *Wis Med J* 1939;38:641–3
- 2 Sauer CG, Bickston SJ, Borowitz SM. Gastric heterotopia of the rectum. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;50:329–33
- 3 Reis H, Kerker J, Schaefer A, Budde T, Schmid KW, Metz KA. Rektale Magenschleimhautheterotopie. *Pathologe* 2011;32:521–4
- 4 Corrigan MA, Shields CJ, Keohane C, Kirwan WO. The immunohistochemical demonstration of *Helicobacter pylori* in rectal ectopia. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2009;19:e146–8
- 5 Vieth M, Kushima R, de Jonge JP, Borchard F, Oellig F, Stolte M. Adenoma with gastric differentiation (so-called pyloric gland adenoma) in a heterotopic gastric corpus mucosa in the rectum. *Virchows Arch*. 2005;446:542–5
- 6 Assimakopoulos SF, Kourea HP, Gogos CA, Thomopoulos KC. Gastrointestinal: a rare cause of anal pain: gastric heterotopia of the rectum. *J Gastroenterol Hepatol*. 2013;28:1432

Korrespondenz:  
Dr. Nadja Fischer  
Institut für Pathologie  
Kantonsspital Graubünden  
Loëstrasse 170  
CH-7000 Chur  
nadja.fischer[at]ksg.ch



**Abbildung 1:** Endoskopisches Bild des rektalen Mukosabezirks mit zentraler Delle und polypoidem Randwall.



**Abbildung 2:** Histologisches Bild (HE, ×200) der Magenschleimhautheterotopie vom Korpus-/Fundustyp mit scharfem Übergang zwischen entzündungsfreier Magenmukosa (linke Bildhälfte) und unauffälliger Dickdarmschleimhaut (rechte Bildhälfte). Der Messbalken entspricht 0,55 mm.