

F. Holzinger
M. Schilling
H. U. Baer
M. W. Büchler

Klinik für Viszerale und
Transplantationschirurgie
Inselspital, Bern, Schweiz

Jejunumkarzinom als Ursache einer chronischen Anämie: Ein Fallbericht

Schlüsselwörter

Dünndarmtumoren
Adenokarzinom
Blutungsanämie
Oberbauchschmerzen
Chirurgische Therapie

Key Words

Small-bowel cancer
Adenocarcinoma
Gastrointestinal haemorrhage
Epigastric pain
Surgical treatment

Zusammenfassung

Maligne Dünndarmtumoren sind selten; in über 40% der Fälle handelt es sich um Adenokarzinome. Obwohl diese selten vor dem 50. Lebensjahr auftreten, zeigt unser Fall, daß auch jüngere Patienten davon betroffen sein können. Die Diagnose wird vielfach zu spät gestellt, da die Symptome uncharakteristisch sind. Bei unklaren Abdominalschmerzen, Hinweisen auf gastrointestinalen Blutverlust (meistens okkult), obstruktiven Beschwerden und gelegentlich unklarem Gewichtsverlust sollte an diese mögliche Ursache gedacht werden und mittels Sonographie, selektiver Dünndarmpassage und – wie bei unserem Patienten – bei unklar bleibenden Befunden mittels Computertomographie ein Dünndarmtumor gesucht werden, denn nur eine frühzeitige R0-Resektion kann die Patienten bei sonst schlechter Prognose heilen.

Summary

Primary malignant tumours of the small bowel are rare diseases with adenocarcinoma being the most predominant histology in more than 40% of the cases. The incidence of primary small-bowel adenocarcinoma peaks in the 6th decade, however, occurrence at younger age, as in our case, has been reported infrequently. The symptoms are unspecific so that the diagnosis is usually delayed. The most predominant signs are a combination of abdominal pain, gastrointestinal haemorrhage, symptoms of obstruction and weight loss. In patients presenting with these symptoms the diagnosis should be forced with ultrasound, barium swallow and computer tomography. The prognosis of small-bowel adenocarcinoma is poor, and only early curative resection insures long-term survival.

Einleitung

Maligne Tumoren des Dünndarmes sind selten, und ihre Diagnose gestaltet sich oft schwierig, da die durch diese Tumoren verursachten Symptome meistens vage und unspezifisch sind. Somit überrascht es nicht, daß die mittlere Zeitspanne von den ersten Symptomen bis zur Diagnosestellung zwischen 6 und 12 Monaten liegt [1–3]. Dieser Zeitverlust dürfte mit ein Grund für die sehr schlechte Prognose dieses Tumorleidens sein, da auch heute noch die mittlere 5-Jahres-Überlebensrate zwischen 17 und 40% liegt und nur eine frühzeitige ausgedehnte Tumorresektion Heilungsaussicht bietet [1, 4–6].

Fallbericht

Herr H. S. ist 39 Jahre alt, verheiratet, Techniker von Beruf und in seiner Freizeit aktives Mitglied eines Fußballklubs. Seine persönliche Anamnese ist außer einer Arthroskopie des linken Kniegelenkes bei Meniskusläsion vor 6 Jahren und einer Sterilitätsabklärung vor 3 Jahren bland. Die Familienanamnese bezüglich Eltern und je 2er Brüder und Schwestern ist unauffällig, jedoch gibt der Patient mehrere Krebsleiden unklarer Lokalisation väterlicherseits an.

Das jetzige Leiden beginnt vor gut 13 Monaten: Im *Januar 1993* klagt der Patient über rezidivierende Magenschmerzen und gelegentliches Erbrechen. Er führte diese Symptome auf eine Streßsituation mit Mehrbelastung zurück, da er zu dieser Zeit eine berufsbegleitende Abendschule besuchte. Dennoch konsultiert der Patient seinen Hausarzt, der ihn klinisch untersucht

und eine Sonographie des Abdomens veranlaßt. Bei fehlenden Befunden wird die Verdachtsdiagnose eines Ulkuseidens bzw. einer erosiven Gastritis gestellt und mit Antazida behandelt. In der Folge Besserung der Oberbauchschmerzen.

Im Sommer 1993 fällt dem Patienten und seiner näheren Umgebung sein auffallend blasses Hautkolorit auf. Auch bemerkt der Patient eine Leistungseinbuße und rasche Müdigkeit beim regelmäßigen Training.

Im Oktober 1993 sucht Herr H. S. vor einer geplanten Keniareise einen Arzt für Tropenmedizin zur Gelbfieberimpfung auf. Dieser stellt eine Eisenmangelanämie von 43 g% fest. Sie wird weiter abgeklärt mittels Sonographie des Abdomens, die erneut unauffällig ist, sowie mittels einer Gastroskopie, die eine intakte Schleimhaut bis ins Duodenum Pars II/III ohne Hinweise für eine Blutungsquelle zeigt. Eine Eisensubstitution wird eingeleitet.

Im November 1993 werden 3 Stuhlproben auf Benzidin abgenommen. Resultat: 3x negativ. Eine Koloskopie schließt sich an mit dem Befund eines kleinen Polypen im Zökum, Typ tubulovillöses Mikroadenom. Der Polyp wird in der gleichen Sitzung abgetragen. Um mögliche weitere Polypen im Bereich des Dünndarmes auszuschließen, wird vom Gastroenterologen eine Dünndarmpassage vorgeschlagen, die durchgeführt und als normal beurteilt wird (Abb. 1).

Die Ergebnisse der nochmals wiederholten Labortests sind in Tabelle 1 zusammengestellt. Die substituierte Fe-Mangelanämie sowie der erhöhte CA-19-9-Wert fallen auf.

Da die bis dahin durchgeführte Diagnostik außer dem Zökumpolypen keine pathologischen Befunde ergab, wird auf weitere Untersuchungen verzichtet, und Herr H. S. tritt im Januar 1994 eine 4wöchige Urlaubsreise in gutem Allgemeinzustand an. Seinen Urlaub verbringt der Patient beschwerdefrei, außer daß sich ein leichtes postprandiales Völlegefühl bei ihm einstellt.

Im Februar 1994 persistiert dieses postprandiale Völlegefühl, und der Patient bemerkt beim Duschen eine palpable Resistenz im linken Oberbauch. Die ärztliche Nachkontrolle im März 1994 bestätigt diesen Befund, und in der Laborkontrolle zeigt sich ein deutlich erhöhtes CA 19-9 von 189 U/ml. Ein Computertomogramm des Abdomens wird veranlaßt, welches die Verdachtsdiagnose eines proximalen Dünndarmtumors ergibt (Abb. 2). Am 17.3.1994 wird uns Herr H. S. mit der Verdachtsdiagnose eines proximalen Dünndarmtumors und substituierter Fe-Mangelanämie zugewiesen.

Bei der anschließenden Operation zeigt sich 5 cm distal des Treitzschen Bandes ein etwa 6 cm großer Tumor des proximalen Jejunums mit positiven mesenterialen Lymphknoten (LK) (Abb. 3, 4). Es wird eine Jejunumresektion mit mesenterialer LK-Exstirpation und Anlage einer Duodenojejunostomie durchgeführt.

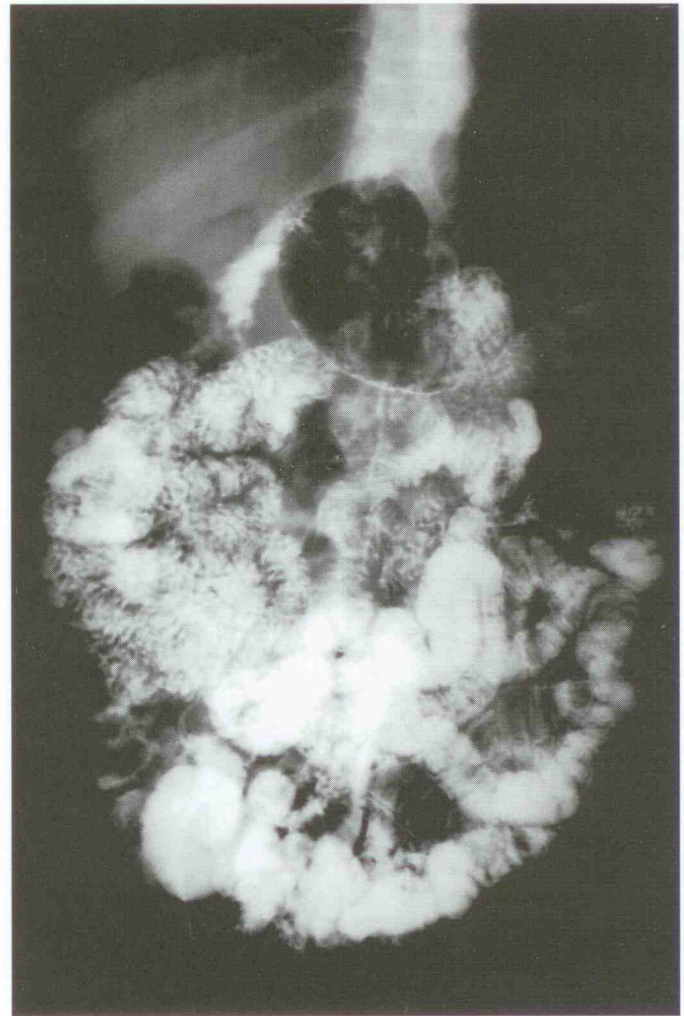


Abb. 1. Normal beurteilte Dünndarmpassage 10 min p.c. am 10.11.1993.

Tab. 1. Laborwerte des Patienten H. S. vom 17. November 1993 unter Eisensubstitution

| Parameter | Laborwert | Referenzbereich |
|--|-----------------------|-----------------|
| Hämoglobin, g/l | 11,1 ↓ | 14,0–18,0 |
| Hämatokrit, % | 40 ↓ | 42–52 |
| MCHC, % | 29 ↓ | 31–36 |
| MCH, pg | 23 ↓ | 27–34 |
| MCV, fl | 77 ↓ | 82–98 |
| Leukozyten, pro mm | 6400 | 4000–9000 |
| Retikulozyten, ‰ | 77 ↑ | 7–15 |
| Blutsenkungsreaktion, mm/h | 10 | |
| Leukozytendifferenzierung | mit 6% Eosinophilen ↑ | 0–5 |
| Eisen, mmol/l | 65,6 ↑ | 10–29 |
| Transferrin, g/l | 3,5 | |
| Totale Eisen-Bindungskapazität, mmol/l | 78,8 ↑ | 48–78 |
| Ferritin, mg/l | 17 ↓ | 30–200 |
| CA 19-9, U/ml | 80 ↑ | –37 |
| Am 4. März 1994 | 189 ↑ ↑ | |
| CEA, ng/ml | 0,8 | –1,5 |

↑ Über normal, ↓ unter normal, ↑ ↑ deutlich über normal.

