Patientin mit Hämatemesis

Unerwartete Blutungsquelle im Magen

Wegen blutigen Erbrechens wird bei einer 72-jährigen Patientin eine Magenspiegelung durchgeführt. Dabei entdeckt der Gastroenterologe einen submukösen Tumor mit Kuppennekrose. Ist es Krebs? Trotz intensiver diagnostischer Bemühungen mittels Endosonografie und CT lässt sich die Dignität des Befunds nicht eindeutig beurteilen. Klarheit bringt erst die Histologie.

Gastroskopie: Submuköser Tumor mit Kuppennekrose.

Oberbauchsonografie: Echoarmer Tumor an der Vorderwand des Magens.

— Die Patientin wird mit Hämatemesis notfallmäßig stationär aufgenommen. Weil sie angibt, wegen rezidivierender Gelenksbeschwerden öfter ein NSAR einzunehmen, wird zunächst der Verdacht auf eine NSAR-Läsion als Ursache der Magenblutung geäußert.

Überraschung bei der Gastroskopie

Die sofort durchgeführte Gastroskopie ergibt jedoch einen unerwarteten Befund im Magenantrum: An der Vorderwand kleinkurvaturseitig findet sich ein ca. 2,5 cm großer submuköser Tumor. Er ist von harter Konsistenz und zentral ulzeriert. Bei weiterbestehender Sickerblutung wird die Ulzeration mit Suprarenin unterspritzt, woraufhin die Blutung sistiert. Bei einer Kontrollgastroskopie nach drei Tagen findet sich der submuköse Tumor mit der Kuppennekrose unverändert. Jetzt werden mehrere Biopsien entnommen. Die histologische Untersuchung ergibt jedoch keine eindeutige Diagnose. Bei der nun durchgeführten Endosonografie zeigt sich, dass der Tumor aus der Muscula-

ris propria hervorgeht und ein echoarmes bzw. echoinhomogenes Muster hat. Ein die Magenwand überschreitendes Wachstum kann ausgeschlossen werden. Auch sind keine vergrößerten Lymphknoten darstellbar.

Sowohl in der abdominalen Sonografie als auch in der Computertomografie stellt sich der Tumor ohne Nachweis eines wandüberschreitenden Wachstums oder von Metastasen spekter Lymphknoten dar.

Indikation zur Operation

Da eine interventionelle Therapie mittels Schlingenpolypektomie nicht möglich ist, wird die Indikation zur Operation gestellt. Die histologische Untersuchung des entfernten Tumors ergibt als Diagnose einen gastrointestinalen Stromatumor (GIST).

Seltene mesenchymale Tumoren

GIST sind seltene Tumoren des Gastrointestinaltrakts, die aus mesenchymalen Stammzellen (Nervengewebe, glatte Muskulatur) entstehen. Sie unterschei-

den sich histologisch und immunchemisch von Leiomyomen und Neurinomen. Häufigste Lokalisation ist der Magen. Sie können aber grundsätzlich ubiquitär im Gastrointestinaltrakt und in der Harnblase auftreten. Magen-GIST haben eine signifikant bessere Prognose als extragastrische GIST. In der Regel wachsen GIST verdrängend und nicht lokal infiltrierend, jedoch findet sich bei ca. einem Drittel der Fälle eine primäre Metastasierung, wobei Lymphknotenmetastasen eher selten, Leber- und Peritonealmetastasen öfter beschrieben werden. Lungen- und Knochenmetastasen treten erst spät im Krankheitsverlauf auf. Tumoren mit einer Größe > 5 cm sind immer maligne.

Eine häufige und gefürchtete Komplikation ist die zentrale Nekrose, die zu lebensbedrohlichen Blutungen führen kann. Oft klagen die Patienten über unspezifische abdominale Beschwerden. Ein Drittel aller GIST wird jedoch zufällig bei Endoskopien oder Operationen entdeckt.

Die einzige kurative Therapie ist die vollständige operative Resektion. Trotz kompletter Resektion liegt das krankheitsfreie 5-Jahresüberleben aber nur bei etwa 50%. Auf eine Strahlen- bzw. Chemotherapie mit klassischen Zytostatika sprechen GIST nicht an. Für inoperable Patienten stellt der Tyrosinkinase-Inhibitor Imatinib (Glivec®) heute eine wirksame Therapieoption dar.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

Fabula docet

GIST sind eine seltene Ursache für eine obere gastrointestinale Blutung. Dabei handelt es sich um submuköse Tumoren, die nicht immer, aber häufig maligne sind. Soweit möglich sollte die operative Entfernung angestrebt werden.