Überraschende Ursache für Übelkeit und Beinödeme „Hirngyri“ unterm Gastroskop

Übelkeit mit Brechreiz und Beinödemen führten einen 54-jährigen Patienten zum Arzt. Dieser stellte eine Hypoproteinämie bei gesunden Nieren fest. Der endoskopische Blick in den Magen ergab einen ungewöhnlichen Befund, der den Eiweißverlust schließlich erklärte.

Ein 54-jähriger adipöser Patient ohne bekannte ernsthafte Vorerkrankungen klagte über seit Wochen anhaltende Übelkeit mit gelegentlichem Brechreiz. Eine Gewichtsabnahme wurde verneint. Die Stuhlkonsistenz beschrieb der Patient als „breiig“.

Bei der körperlichen Untersuchung fanden sich diskrete Unterschenkel- und Knöchelödeme beidseits. Die Magenproblematik wurde zunächst als funktionelle Dyspepsie und die Beinödeme als Ausdruck einer chronisch venösen Insuffizienz gedeutet. Die probatorische Gabe eines Protonenpumpenhemmers brachte jedoch keine wesentliche Besserung.

Weshalb verlor der Patient Eiweiß?

Die weiterführende Diagnostik von Seiten des Herzens (EKG, Farbdopplerechokardiografie) ergab keinerlei Hinweise für eine kardiale Erkrankung. Bei den Laboruntersuchungen zeigte sich eine Hypoproteinämie mit Hypalbuminämie. Somit musste von einem chronischen Eiweißverlust ausgegangen werden, wobei die Niere und der Magen-Darm-Trakt in Betracht kamen. Der Urinstatus war jedoch unauffällig, d. h. ein nephrotisches Syndrom konnte ausgeschlossen werden. Somit blieb nur der Magen-Darm-Trakt als mögliche Ursache des Eiweißverlusts.

Hyperplastische Magenschleimhautfalten

Zur weiteren Abklärung wurde eine Ösophagogastroduodenoskopie durchgeführt. Beim Blick in den Magen zeigten sich stark hyperplastische Schleimhautfalten, v. a. im Korpusbe-

Abb. 1 Hirnwindungen? Nein, Magenfalten!

reich, die auch nach reichlich Luftinsufflation nicht verstrichen. Die Magenfalten ähnelten Hirngyri (Abb. 1). Nun stand die Diagnose fest: es handelte sich um eine Riesenfaltengastritis, auch Morbus Ménétrier genannt.

Weniger Säure und mehr Schleim

Bei der Riesenfaltengastritis kommt es zu einer erheblichen Vergrößerung der Schleimhautfalten (10–20 mm) mit Verbreiterung des schleimbildenden Epithels. Dabei bilden sich die Haupt- und Belegzellen zurück, was zu einer Hypobis Anazidität führt. Gleichzeitig wird vermehrt Schleim produziert, was den Eiweißverlust im Sinne einer exsudativen Gastroenteropathie erklärt. Histologisch findet sich eine foveoläre Hyperplasie.

Auch wenn die eigentliche Ursache der Erkrankung nicht bekannt ist, so wird ein Zusammenhang mit einer Helicobacter-pylori-Infektion vermutet. Typische Symptome sind Oberbauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und evtl. Diarrhöen, die durch den hohen Eiweißgehalt des Darminhalts hervorgerufen werden. Darüber hinaus führt der ente-

rale Eiweißverlust zu einer Hypoproteinämie mit sekundären Ödemen.

Therapie der Wahl: H.p.-Eradikation

Die empfohlene Therapie bei der Riesenfaltengastritis ist bei Nachweis von Helicobacter pylori die Eradikation des Keims. Darunter kommt es allerdings nur bei einem Teil der betroffenen Patienten zur Rückbildung der Riesenfalten.

Da es sich beim Morbus Ménétrier um eine prä maligne Erkrankung handelt (in ca. 10% der Fälle kommt es zu einer malignen Entartung), sind bei der Gastroskopie Biopsien unverzichtbar. Auch empfehlen sich endoskopische Kontrollen in einjährigen Abständen.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

Fabula docet

Bei Patienten mit Übelkeit mit Erbrechen und Hinweisen für einen Eiweißmangel muss immer an eine gastrale Ursache, nämlich die Riesenfaltengastritis, auch Morbus Ménétrier genannt, gedacht werden. Bei Nachweis von Helicobacter pylori ist die Eradikation des Keims indiziert.