

Zu oft verkannt: Cameron-Ulzera

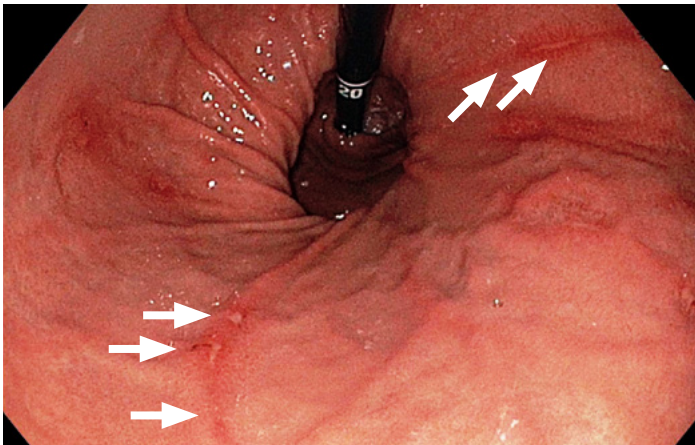


Abbildung 1: Endoskopischer Blick im Magen zurück zur Speiseröhre nahe der Zwerchfellenge: Cameron-Läsionen.



Abbildung 2: Sicht aus der Speiseröhre auf die Schleimhaut des obersten Magenabschnittes in der Zwerchfellenge. Longitudinale zarte Einrisse: Cameron-Läsionen.

Anamnese

Eine 61-jährige Patientin leidet seit Monaten an körperlicher Schwäche und Luftnot bei Belastung. Ihr Hausarzt diagnostiziert eine chronische Eisenmangelanämie (Hämoglobin 9 g/dl [Referenzbereich: 13 bis 17 g/dl], mittlerer korpuskulärer Hämoglobingehalt 24 pg [27 bis 31 pg], mittleres korpuskulares Erythrozytenvolumen 75 fl [88 bis 99 fl], Ferritin 7 ng/ml [20 bis 200 ng/dl]).

Eine auswärtige Gastro- und Koloskopie seien unauffällig gewesen. Blutverdünner wie orale Antikoagulanzen oder ASS nimmt die Patientin nicht ein. Bei der Durchsicht der Befunde fällt auf, dass bei der Gastroskopie eine große Hiatushernie beschrieben ist. Eine zweite Magenspiegelung nach zwei Monaten zeigt die abgebildeten Befunde (Abbildung 1 und 2) der großen Hiatushernie und Cameron-Läsionen.

Diagnose

Cameron-Läsionen (längliche Geschwüre im Korpusbereich des Magens) infolge großer gastroösophagealer Gleithernie als Ursache der chronischen Eisenmangelanämie.

Therapie

Therapie der Wahl ist die laparoskopische Fundopexie, gegebenenfalls mit Fundoplikatio. Das mechanische Hin- und Herrutschen und damit Einreißen der Schleimhaut, die zu den abgebildeten

Cameron-Ulzera führt, wird eliminiert. Eine Fundopexie erfolgte auch bei der vorgestellten Patientin, in dessen Folge die Eisenmangelanämie verschwand.

Kommentar

Eine Eisenmangelanämie wird am häufigsten durch eine chronische Blutung im Gastrointestinaltrakt oder – bei Frauen – eine Hypermenorrhoe verursacht. Gastroskopie und Koloskopie führen häufig zur Erkennung solcher Blutungsquellen wie zum Beispiel Ulzera, Angiodysplasien und Neoplasien, wie Adenome oder Karzinome. Eisenmangel aufgrund einer Resorptionsstörung nach totaler Magen- und Duodenalresektion, einer Sprue oder unzureichender oraler Eisenzufuhr bei veganer Ernährung stellen sehr seltene Differenzialdiagnosen dar.

Die große Hiatushernie ist in ca. fünf bis neun Prozent Ursache einer chronischen Eisenmangelanämie [1]. Sofort erkennbare blutende Ulzerationen oder eine Refluxösophagitis als Blutungsquellen sind hierbei nicht erkennbar. Verantwortlich für die minimalen, kontinuierlich vorhandenen Blutverluste von etwa einem Esslöffel (15 ml) pro Tag (normal sind Blutverluste von 3 ml pro Tag) sind oberflächliche longitudinale Verletzungen innerhalb der Hiatushernie am Zwerchfelldurchtritt, die Cameron-Läsionen [2]. Durch das Gleiten der Hernie reißt die oberflächliche Schleimhaut in der Zwerchfellenge ein. Folge sind kontinuierliche Mikroblutungen. Frauen sind zu zwei Drittel häufiger betroffen als Männer, wobei Blutverdünner die Blutungen verstärken können.

Diese Befunde werden bei etwa jeder vierten Untersuchung übersehen oder nicht richtig interpretiert. Wiederholte Endoskopien sind daher nicht selten, bevor die richtige Diagnose gestellt und der Grund der Eisenmangelanämie erkannt wird.

Zu oft verkannt bei Gastroskopien werden die Cameron-Läsionen [1, 2], seltener auch das GAVE-Syndrom (Gastric Antral Vascular Ectasia-Syndrom). Aber das ist eine andere Blickdiagnose.

Literatur

- Zullo A, Manta R, De Francesco V et al. (2018) Cameron lesions: A still overlooked diagnosis. Case report and systematic review of literature. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*, 42:604–609
- Chun CL, Conti, CA, Triadafilopoulos G. (2011) Cameron Ulcers: You Will Find Only What You Seek. *Dig Dis Sci* 56:3450–3452

Autoren

Dr. Klaus Muehlenberg
Professor Dr. Oliver Pech

Klinik für Gastroenterologie und interventionelle Endoskopie,
Krankenhaus Barmherzige Brüder,
Prüfener Str. 86, 93049 Regensburg