

Blutende Lipome des Jejunums

Diagnose mit Hilfe des Enteroklysmas und der CT

Von A. A. Hatjidakis, M. T. Raissaki, D. Bays und N. C. Gourtsoyiannis

Institut für Bildgebende Diagnostik der Universität Kreta, Heraklion
 Institut für Radiologie, Luftwaffenkrankenhaus, Athen

Schlüsselwörter

Lipome – Dünndarm – Diagnose – Enteroklysmas – CT

Key words

Lipomas – Small bowel – Diagnosis – Enteroklysis – CT

Einleitung

Benigne Tumoren des Dünndarms sind selten und machen nur 2 % aller Verdauungstraktumoren aus (1). Lipome kommen hinter Leiomyomen an zweiter Stelle der Häufigkeit (2). Sie können an jeder Position des Traktes auftreten mit häufigster Lokalisation im Dickdarm, dann im Dünndarm und schließlich im Magen und Ösophagus. Im Dünndarm finden sich 20–35 % der Fälle, und zwar meistens im Ileum (50–58 %) und weniger häufig im Duodenum (23–35 %), Jejunum (10–18 %) und an der Bauhinschen-Klappe (8–16 %) (2, 3). Seltener entwickeln sie sich innerhalb eines Meckelschen Divertikels (4) und treten häufiger in der 5.–7. Lebensdekade auf mit einer leichten Bevorzugung des männlichen Geschlechts (4). Die Tatsache, daß diese Tumoren selten erscheinen, kombiniert mit einer wenig spezifischen Symptomatik, erschwert die Diagnose und stellt eine Herausforderung für den Radiologen dar (1).

Material und Methoden

Es wurden zwei männliche Patienten im Alter von 72 und 50 Jahren untersucht. Bei beiden wurde ein Enteroklysmas durchgeführt, und nach der Feststellung des Tumors folgte eine CT-Untersuchung. Für das Enteroklysmas wurden 1–1,5 Liter dünnflüssiges Kontrastmittel benutzt (1¼ Bariumsulfat zu 5 Bechern Wasser). Die CT-Aufnahmen wurden mit 10 mm Schichtdicke nach oraler Gastrografineinnahme und i.v. Injektion von Kontrastmittel durchgeführt.

Ergebnisse

1. Fall: Der 72jährige Patient litt für die Dauer von einem Monat unter charakteristischen Bauchbeschwerden und blutigen Durchfällen. Das durchgeführte Enteroklysmas er-

gab einen glattbegrenzten, ovalären Füllungsdefekt von 1,5 cm Durchmesser mit breiter Basis und kleinerem intraluminären Teil innerhalb einer Jejunumschlinge, der unter Palpation seine Form veränderte. Die CT zeigte ein ähnliches, ovales, hypodenses Areal innerhalb einer mit Kontrastmittel gefüllten Dünndarmschlinge. Eine Dichtemessung ergab Fettdichtewerte. Der Tumor wurde chirurgisch entfernt. Es handelte sich um ein Jejunumlipom mit einem kleinen oberflächlichen Ulkus.

2. Fall: Der 50jährige Patient bemerkte innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten zweimal Blut in seinem Stuhlgang, was ursprünglich auf die Einnahme entzündungshemmender Tabletten zurückgeführt wurde. Das Enteroklysmas zeigte in einer Jejunumschlinge einen glattbegrenzten, ovalförmigen Füllungsdefekt mit breiter Basis und einem 3 × 5 cm großen intraluminären Teil (Abb. 1 a). Der Tumor veränderte seine Form ebenfalls unter Palpation. Die CT bestätigte die Diagnose, ähnlich wie beim ersten Patienten (Abb. 1 b). Die chirurgische Entfernung des Tumors bestätigte ein Lipom, das präoperativ diagnostiziert wurde (Abb. 1 c).

Diskussion

Die Dünndarm lipome sind Tumoren von 1–6 cm Größe in der Regel und im Durchschnitt von 4 cm Durchmesser, aber es können auch größere bis 30 cm angetroffen werden (1, 5). In 10–15 % der Fälle treten sie multipel auf, und es wurde auch von einer Darm lipomatose berichtet (6). Ihre Form kann rund, oval oder polypoid sein (7). Sie wachsen langsam, meist intraluminär, und das Fettgewebe liegt in einer fibrinösen Kapsel (5).

In 90–95 % der Fälle entwickelt sie sich aus Fettzellen der Submukosa und in 10–15 % der Subserosa der Darmwand (4). Lipome können Symptome verursachen, aber auch klinisch stumm bleiben und zufällig diagnostiziert werden (3). Wenn sie eine Größe von mehr als 2 cm erreichen, können sie uncharakteristische Bauchschmerzen verursachen, Durchfälle oder Verstopfung, blutige Darmentleerung mit Anämie wegen Oberflächenulzera oder Invagination (5). Letztere Kombination kann eine Ileussyndromatologie zur Folge haben (7). Es sind auch Fälle beschrieben worden, wo terminale Ileum lipome eine Appendizitissymptomatik vortäuschen (4).

Im Enteroklysmas erscheinen die Lipome als ovale oder runde, glattbegrenzte Füllungsdefekte mit oder ohne intraluminären Teil, die ihre Form durch Palpation oder mit der Darmperistaltik ändern (1, 5, 7). Ein oberflächliches Ulkus oder eine lobuläre Form kann auch vorhanden sein (5). Die Formänderung nach Palpation ist ein wichtiges differentialdiagnostisches Kriterium gegenüber anderen Tumoren (7). Bei Invagination kann im Enteroklysmas der proximale Teil als dilatierte Schlinge mit schnabelförmigem Ende imponieren. Im CT kann bei Patienten nach entsprechender Vorbereitung der Tumor als hypodense Füllungsdefekt innerhalb einer mit Kontrastmittel aufgefüllten Darmschlinge erkennbar sein, und zwar mit Dichtewerten zwi-

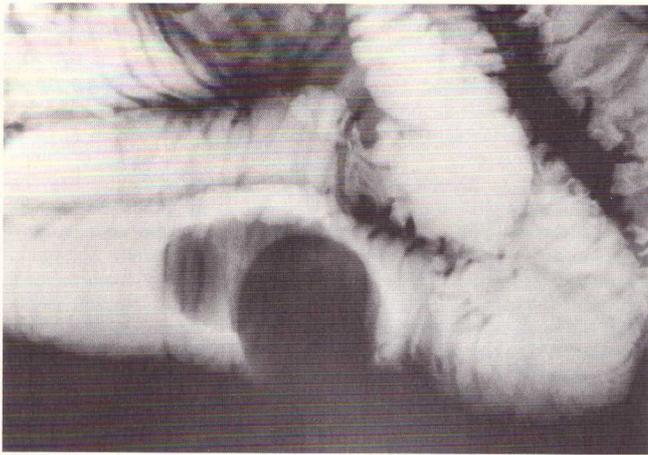


Abb. 1a Enteroklypsma: Glattbegrenzter, ovalförmiger Füllungsdefekt mit breiter Basis und größerem intraluminär hängendem Teil innerhalb einer Jejunumschlinge.

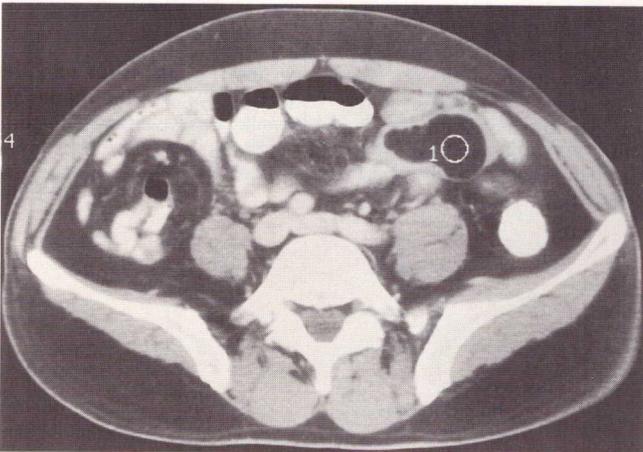


Abb. 1b Computertomographie: Glattbegrenzter Füllungsdefekt mit Fettdichtewerten innerhalb einer Dünndarmschlinge.



Abb. 1c Das chirurgische Präparat entspricht makroskopisch dem Befund von Enteroklypsma und CT. Ein Schnitt durch die Mitte des Tumors zeigt das gelbliche homogene Fettgewebe.

schen – 40 und – 120 HE (8–10). Dieser Befund ist pathognomonisch für ein Lipom, und die CT wird als Methode der Wahl zur Befundbestätigung angesehen (5).

Eine maligne Entartung eines Lipoms wurde bisher in nur 4 Fällen beschrieben, jedoch war ihre Lokalisation entweder subkutan oder retroperitoneal (8). Die bösartigen Liposarkome des Darmtraktes sind äußerst selten, und es wurde bis jetzt nur ein Fall im Dünndarm beschrieben. In CT-Bildern enthält das Liposarkom außer Fett Teile von höheren Dichtewerten, die Bindegewebe oder myxoidhaltigen Elementen oder Lymphozyteninfiltraten entsprechen können (8).

Im Lipom selbst kann aber auch Bindegewebe in Form von Strängen von der Tumorbasis in das Lipom hineinziehen (5). Diese Stränge sollen pathognomonisch für Lipome sein und nicht mit Liposarkomen verwechselt werden. In unseren beiden Fällen konnten wir solche Stränge nicht identifizieren. Partialvolumeneffekte können auftreten, wenn Luftblasen neben dem Tumor liegen, die die Dichtewerte verändern können. Gute Vorbereitung mit oraler Kontrastmittelgabe ist die Voraussetzung, solche Artefakte auszuschalten (8).

Sonographisch erscheint ein Dünndarmlipom als ein homogener echoreicher Tumor (10), der von der echoarmen 2–3 cm dicken Darmwand umgeben ist (10). Luftartefakte machen die Diagnose meistens unmöglich. In der Kernspintomographie erkennt man das Lipom im T₁-betonten Bild als Masse mit erhöhter Signalintensität, ähnlich wie das subkutane Fettgewebe (10).

Literatur

- ¹ Gourtsoyiannis, N. C., D. Bays, N. Papaioannou, J. Theotokas, G. Barouxis, T. Karabelas: Benign tumors of the small intestine: Preoperative evaluation with a barium infusion technique. *Europ. J. Radiol.* 16 (1993) 115–125
- ² Agha, F. P., T. L. Dent, R. G. Fiddian-Green, A. H. Braunstein, T. T. Nostrant: Bleeding lipomas of the upper gastrointestinal tract. *Amer. Surg.* 51 (1985) 279–285
- ³ Wilson, J. M., D. B. Melvin, G. Gray, B. Thorbjarnarson: Benign small bowel tumor. *Ann. Surg.* 181 (1975) 247–250
- ⁴ Weinberg, T., M. Feldmann: Lipomas of the gastrointestinal tract. *Amer. J. Clin. Pathol.* 25 (1955) 272–281
- ⁵ Taylor, A. J., E. T. Stewart, W. J. Dodds: Gastrointestinal lipomas: A radiologic and pathologic review. *Amer. J. Roentgenol.* 155 (1990) 1205–1210
- ⁶ Deeths, T. M., P. N. Madden, W. J. Dodds: Multiple lipomas of the stomach and duodenum. *Amer. J. Dig. Dis.* 20 (1975) 771–774
- ⁷ Sellink, J. L.: Radiological atlas of common diseases of the small bowel. H. E. Stenfert Kroese B.V., Leiden 1976
- ⁸ Heiken, J. P., K. A. Forde, R. P. Gold: Computed tomography as a definitive method for diagnosing gastrointestinal lipomas. *Radiology* 142 (1982) 409–414
- ⁹ Megibow, A. J., P. E. Redmond, M. A. Bosniak, L. Horowitz: Diagnosis of gastrointestinal lipomas by CT. *Amer. J. Roentgenol.* 133 (1979) 743–745
- ¹⁰ Malouf, A. J., R. B. Patel: Sonographic appearance of a duodenal bulb lipoma with CT and MRI correlation. *J. Ultrasound Med.* 10 (1991) 461–464

Prof. N. C. Gourtsoyiannis

University Hospital Heraklion
Stavrakia-Heraklion 71110
Radiology Department
Crete, Greece