

# Patient mit rezidivierenden Synkopen

Es stellte sich rettungsdienstlich ein 59-jähriger Patient mit rezidivierenden Synkopen bei normofrequentem Vorhofflimmern vor. Das Vorhofflimmern, eine arterielle Hypertonie und ein Apoplex vor mehreren Jahren seien vorbekannt, weshalb eine antihypertensive Dreifachtherapie und eine orale therapeutische Antikoagulation als Dauermedikation angegeben wurden. Nebensächlich berichtete der Patient über ein allgemeines Unwohlsein und gab an, wenig essen und trinken zu können. Die körperliche Untersuchung sowie die Rotuinelaborparameter waren, bis auf eine milde normochrom, normozytäre Anämie, eine D-Dimer- und eine isolierte LDH-Elevation, unauffällig. Ein akuter Myokardinfarkt und eine Lungenarterienembolie konnten ausgeschlossen werden. Zur Komplettierung der Diagnostik, bei Unvermögen adäquat zu essen und zu trinken, wurde eine Ösophago-gastroduodenoskopie (ÖGD) durchgeführt. In dieser zeigte sich inzidentell großkurvaturseitig im Corpus gastricum ein etwa 5 cm großer submuköser Tumor mit ulzerierendem Areal, aus welchem Proben entnommen worden sind. Ein CT Abdomen zum Staging schloss Metastasen und vergrößerte Lymphknoten im Untersuchungsgebiet aus und beschrieb analog zur ÖGD eine Raumforderung im Bereich des Magencorpus mit Pelottierung des Lumens. Diese Aspekte können typischerweise unter

anderem bei einem Magenlipom, einem gastrointestinalen Stromatumor (GIST) oder einem Magenfibrom auftreten. Die pathologisch-anatomische Begutachtung der Probenentnahmen aus dem Ulcus respektive der Raumforderung objektiviert ein spindelzelliges Proliferat mit Verdacht auf einen mesenchymalen Tumor. Die immunhistologische Untersuchung bestätigte schließlich einen DOG-1 und CD34-positiven spindelzelligen Tumor, passend zu einem gastrointestinalen Stromatumor (GIST) mit einer niedrigen Mitoserate (1/50 HPF; high power field: mikroskopisch sichtbarer Ausschnitt eines Präparats in 400-facher Vergrößerung) und einer Tumorklassifikation pT2, L0, V0. Es wurde die Indikation zur atypischen Magenteilresektion ohne Lymphadenektomie gestellt. Auf eine (neo)adjuvante Therapie wurde bei R0-/L0- und M0-Status und niedrigem Risiko vorerst verzichtet.

Gastrointestinale Stromatumoren sind Tumore mesenchymalen Ursprungs (Sarkome) und gehören zu den seltenen malignen Tumoren des GI-Traktes, die überwiegend sporadisch im Rahmen von Veränderungen in bestimmten Genen auftreten. Sie kommen am häufigsten im Magen und im Dünndarm vor, können jedoch prinzipiell im gesamten GI-Trakt auftreten. Die Di-

agnosestellung eines GIST erfolgt häufig inzidentell im Rahmen bildgebender Verfahren wie auch Endoskopien oder Operationen, da sie lange Zeit kaum Symptome bieten. Lokal begrenzte Tumoren ohne Metastasen werden primär chirurgisch entfernt. Je nach Tumorgöße, -lokalisation, -metastasierung und Mitoserate im Rahmen der Einschätzung des Rezidivrisikos stehen (neo)adjuvante Therapieverfahren zur Verfügung. Zudem sind Mutationsanalysen in Bezug auf bestimmte Gene elementarer Bestandteil der Therapieentscheidung in der (neo)adjuvanten Situation. Die engmaschige interdisziplinäre Nachsorge stellt nach entsprechenden Therapiemaßnahmen eine wichtige Säule dar, da die häufigsten Rezidive in den ersten Jahren auftreten. Im Rahmen dessen sollten nach kompletter Tumorresektion in den ersten fünf Jahren, abhängig vom Risiko, serielle bildgebende Untersuchungen durchgeführt werden.

**Aykut Kaya**

Arzt in Weiterbildung

Innere Medizin  
am St. Josefs Krankenhaus  
Balsersische Stiftung Gießen  
E-Mail: aykut.kaya.  
med@gmail.com



Foto: privat

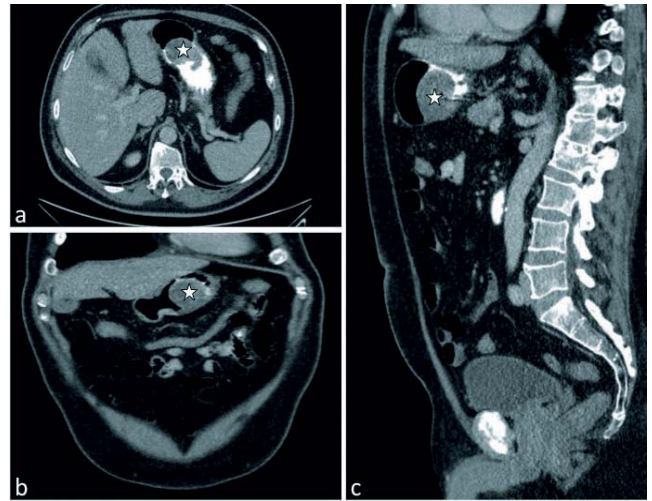


Abb. 2: CT-Abdomen: a) axial, b) coronal, c) sagittal; Stern = RF

Foto: Rechte beim Autor



Foto: Rechte beim Autor

Abb. 1: Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, großkurvaturseitig im Corpus gastricum ein etwa 5 cm-großer submuköser Tumor (Stern) mit ulzerierendem Areal.