

# Fallreport: EUS-geführte Gastroenteroanastomose mit Bildung einer Gastrokostomie und kolojejunalen Fistel

Masaryk V.<sup>1</sup>, Meyer F.<sup>2</sup>, Will U.<sup>1</sup>

(1) Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin, SRH Wald-Klinikum GmbH, Gera  
(2) Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R., Magdeburg



SRH Wald-Klinikum Gera

## Einleitung

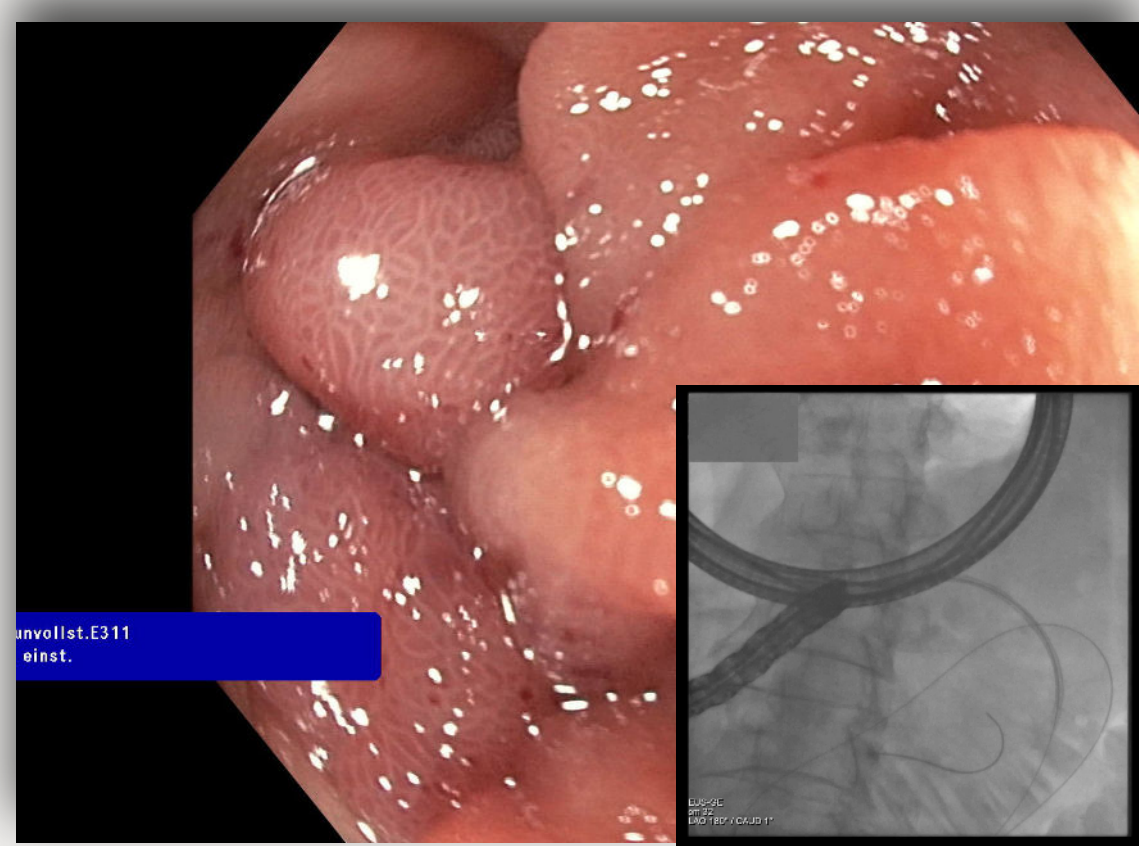
Die EUS-geführte Gastroenteroanastomose (EUS-GE) mittels „lumen-apposing metal stent“ (LAMS) ist eine neue vielsprechende interventionell-endoskopische Methode zur Behandlung der tumorösen Duodenalstenose. Es wird über eine nach eruiertem Kenntnisstand bisher nicht aufgetretene Komplikation, eine AXIOS™-Stentdislokation ins Kolon mit gastro-kolo-jejunalen Fistel, und die endoskopische Lösung durch eine transkolische Einlage eines intestinalen Stents berichtet.

## Kasuistik

Ein 78-jähriger Patient entwickelte infolge eines Pankreaskarzinoms eine endoskopisch **nicht passierbare Tumorstenose** mit Retentionsmagen.

## Therapie

Über die Stenose wurde ein 0,035"-Draht eingeführt und drahtgeführt eine 7-Fr.-nasojejunale Sonde zum Auffüllen des Dünndarms mit Kochsalzlösung und Kontrastmittel platziert. Der gefüllte Dünndarm wurde transgastrisch **endosonographisch geführt ein 20mm LAMS in Direktpunktionstechnik** platziert.



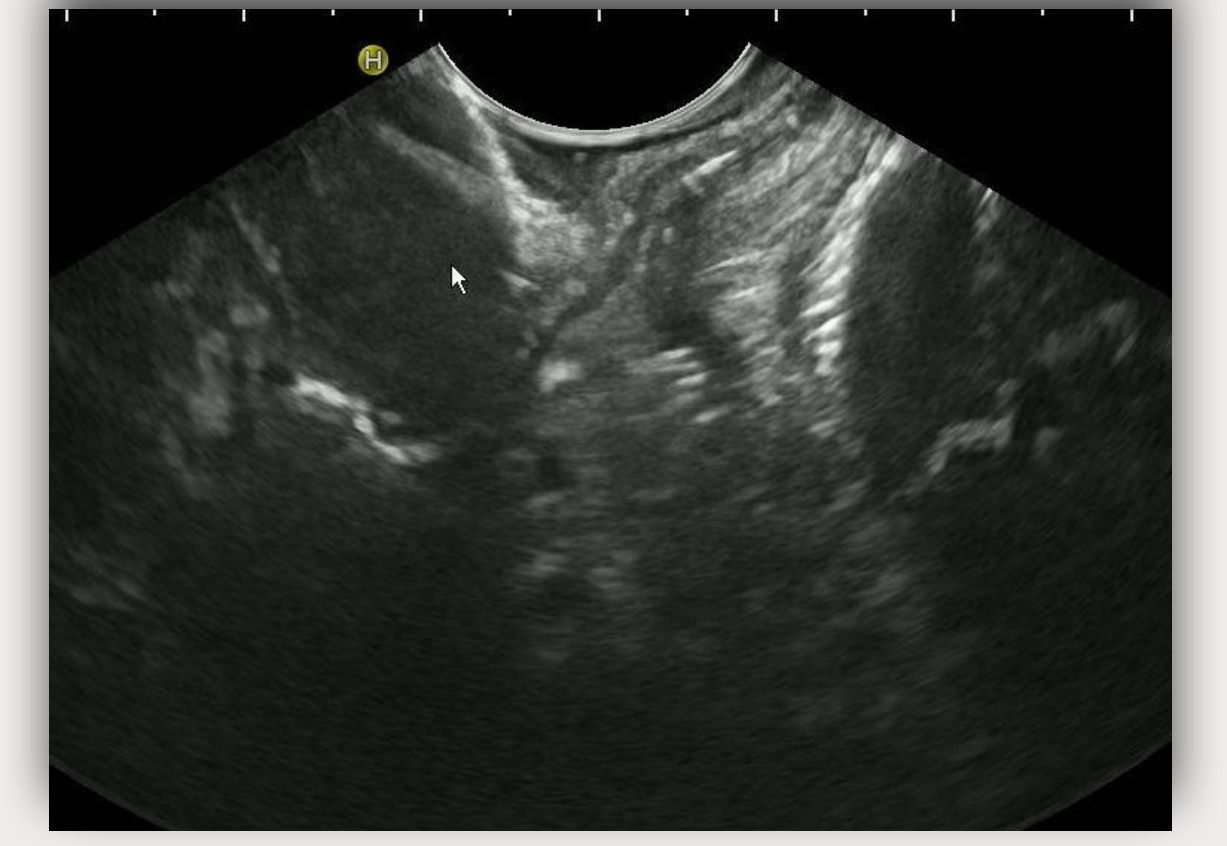
Endoskopisch nicht passierbare Stenose. Drahtgeführt Einführung einer nasogastralen Sonde zum Auffüllen des Dünndarmes



Gefüllter Dünndarm und Einstellung mit Endosonographie für eine Punktion



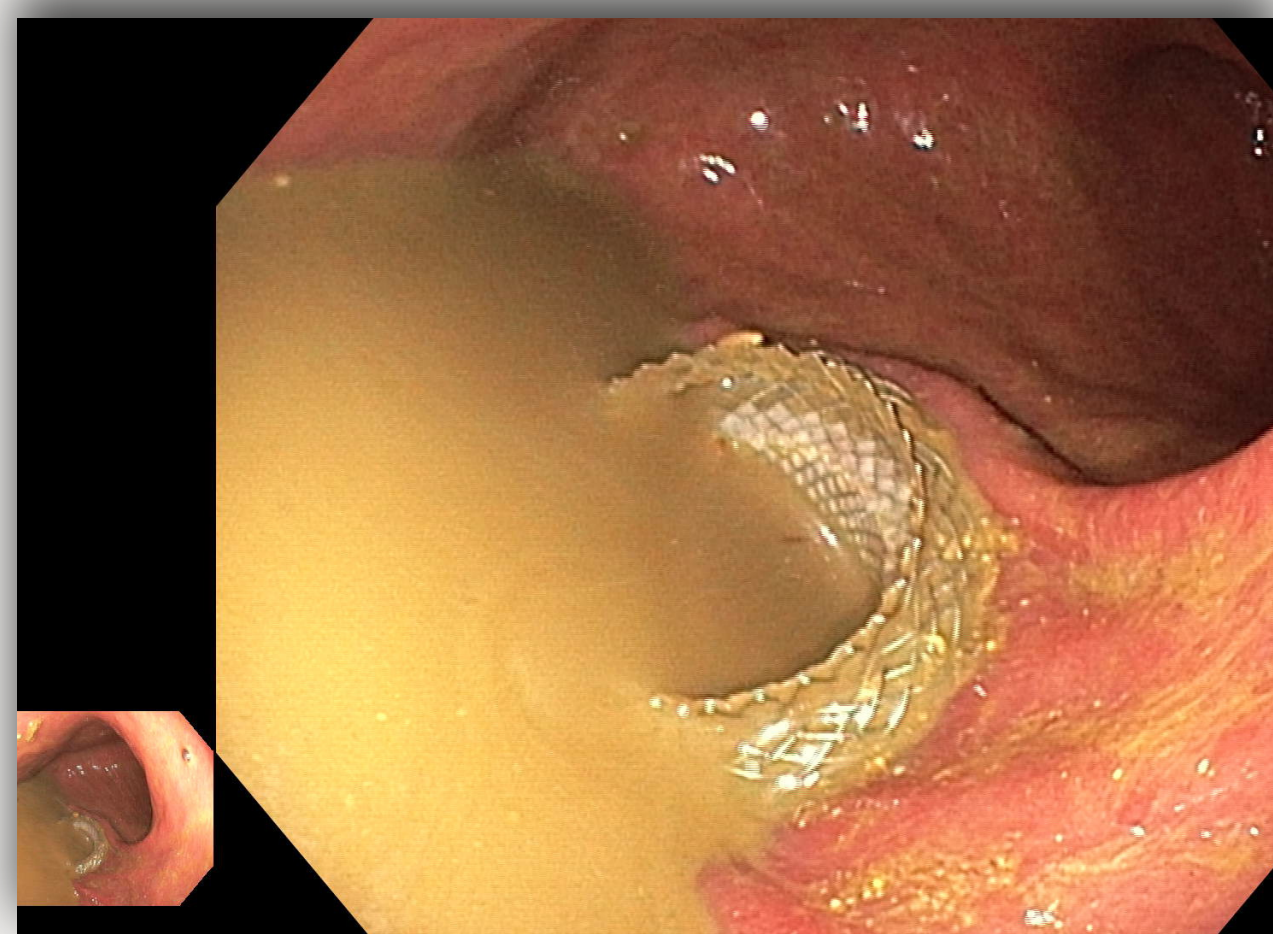
Direktpunktion des Dünndarmes aus dem Magen mittels 20mm LAMS



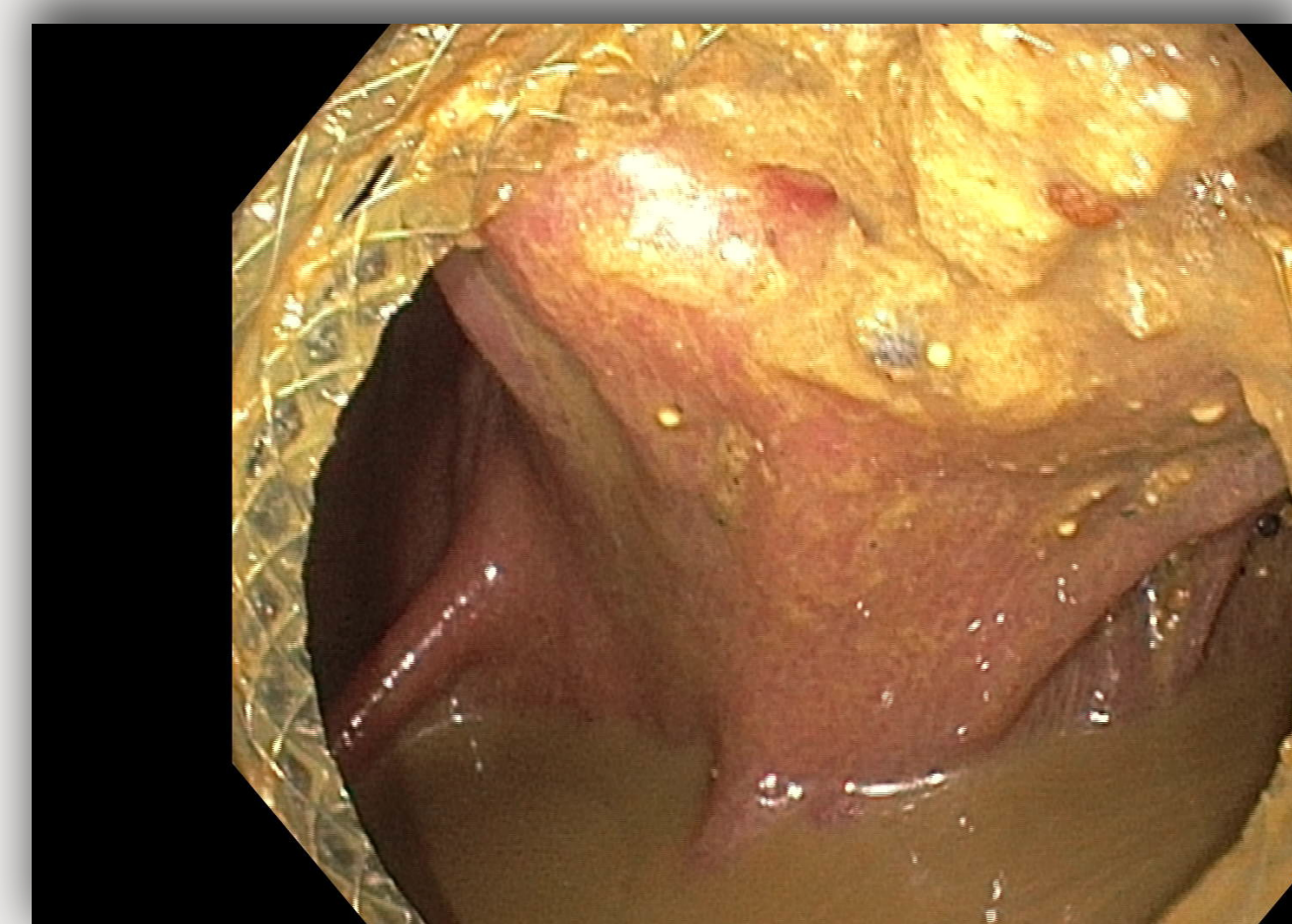
Freigesetzter AXIOS Stent - linke Flange im Magen liegend, rechts im Dünndarm

## Komplikation

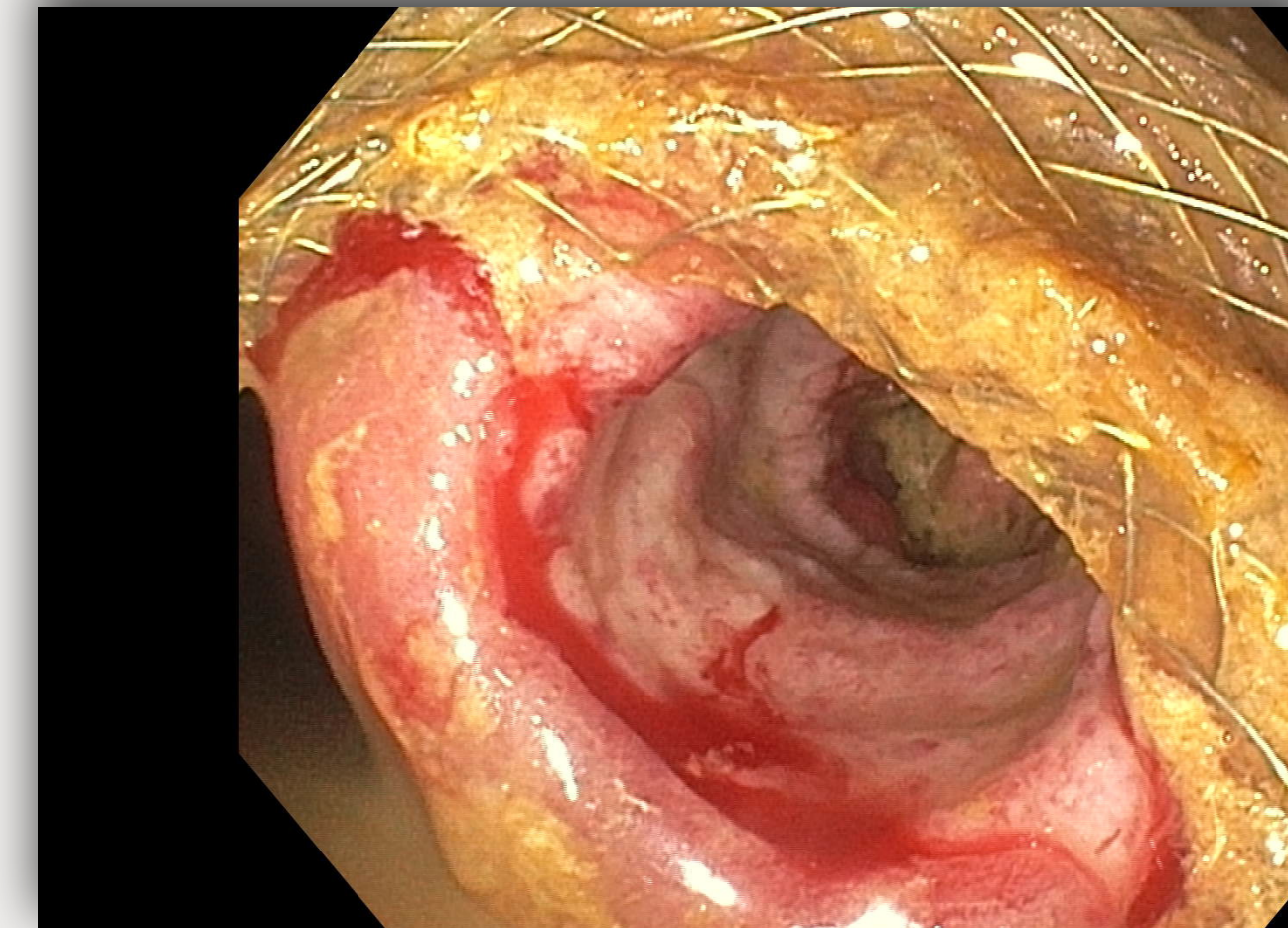
14 Tage später stellte er sich notfallmäßig wegen **übelriechendem Erbrechen** und wässrigem Durchfall vor. Die Gastroskopie ergab den überraschenden Befund einer **AXIOS™-Fehllage mit Gastro-Kolostomie** und einer **Fistel zum Dünndarm** am lateralen Rand des AXIOS™-Stents.



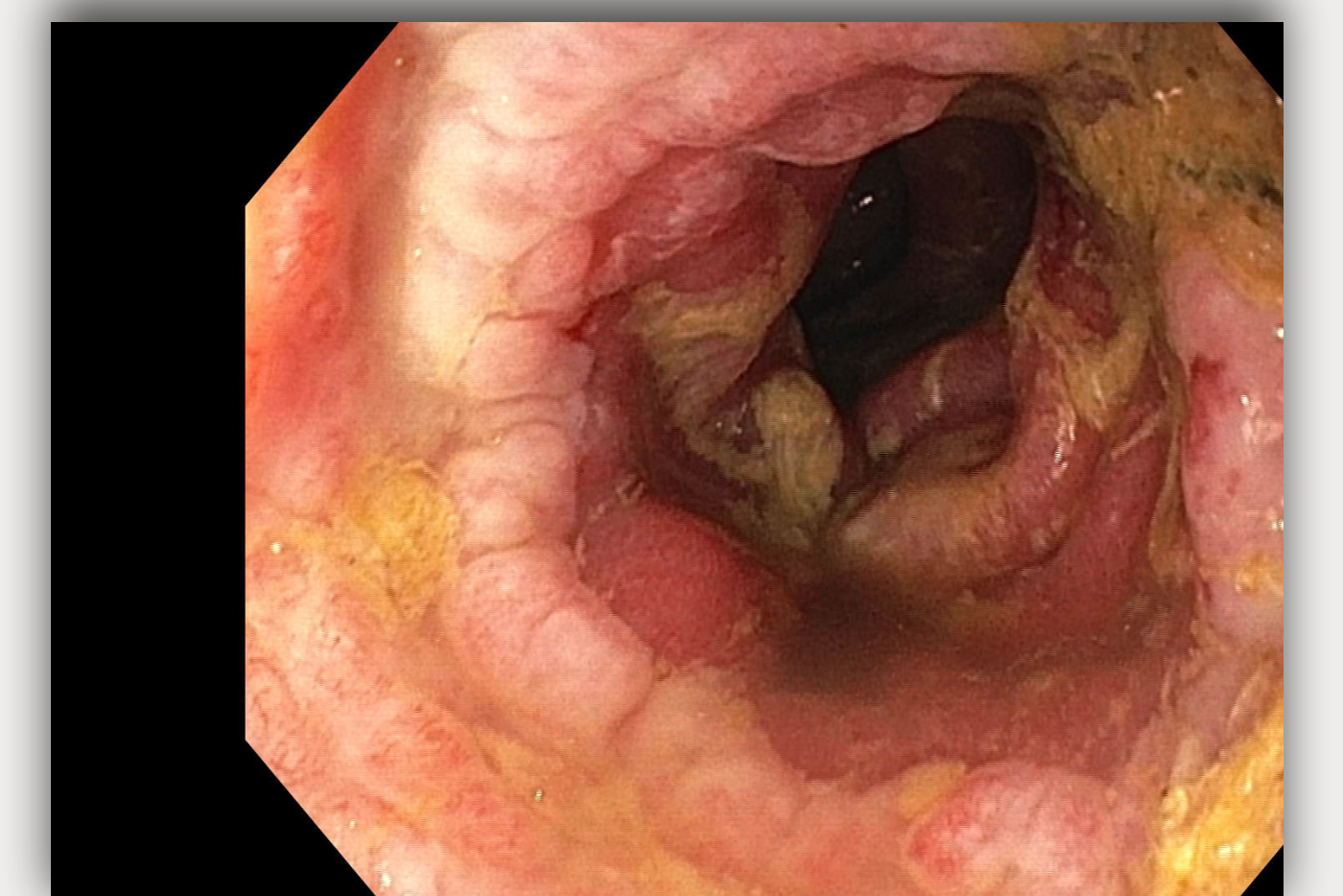
Übelriechendes Erbrechen durch einen Rückfluss des Darminhaltes in den Magen



Überraschender Befund nach der Stentpassage - die distale Flange ist aus dem Jejunum disloziert und liegt im Kolon



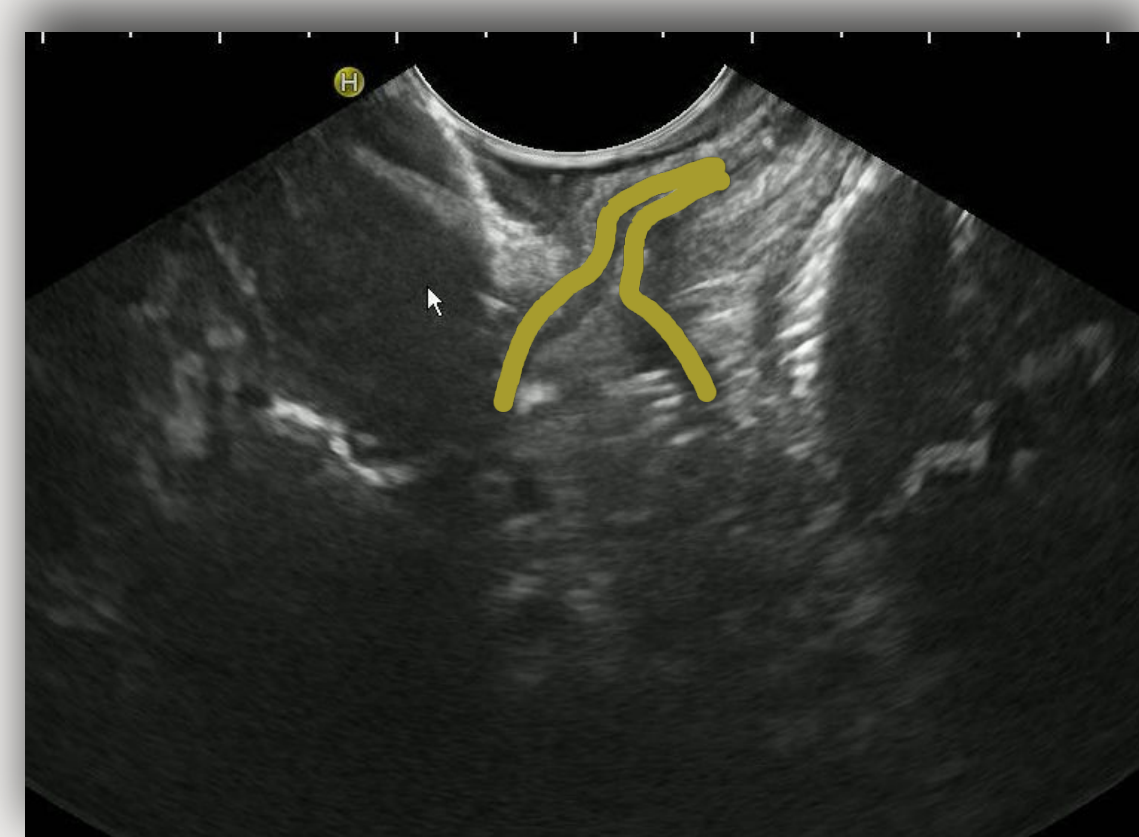
Am Rande des AXIOS Stents eine Fistel zum Dünndarm (kolojejunale Fistel)



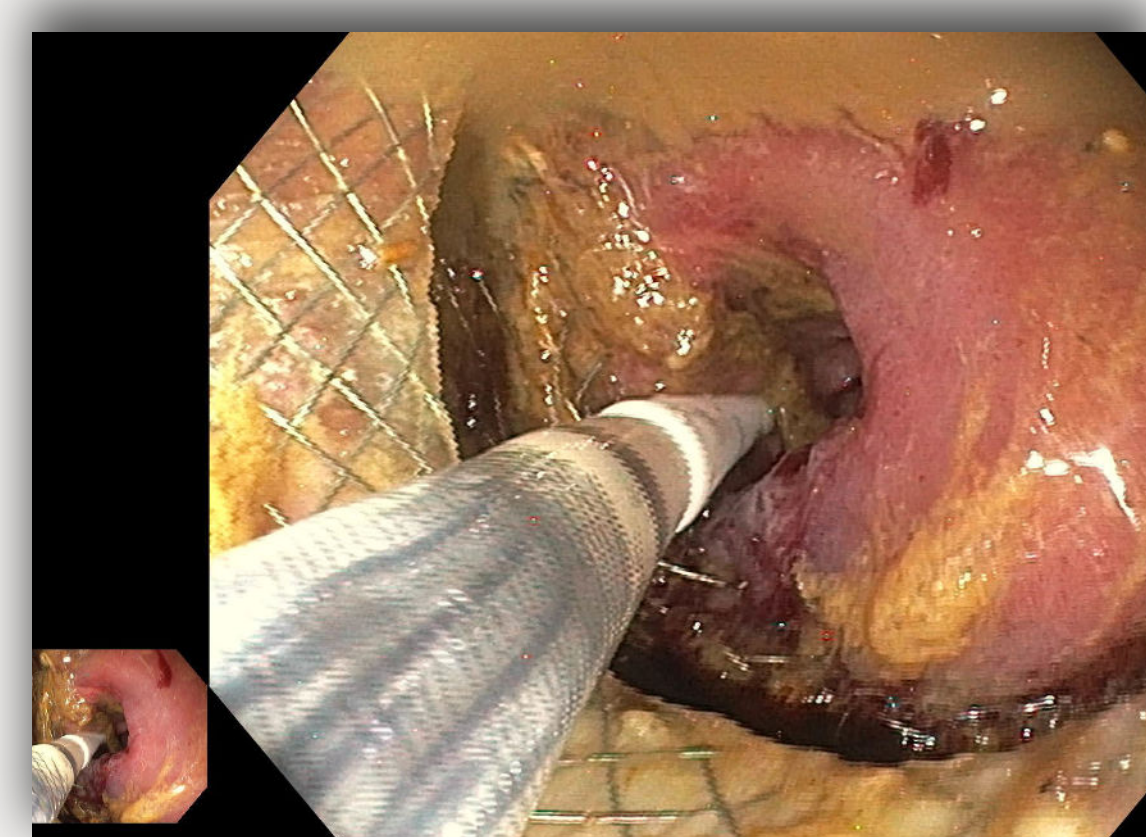
Detailblick auf die Fistel

## Komplikationsmanagement

Aufgrund der palliativen Situation mit Peritonealkarzinose wurde gegen eine operative Sanierung entschieden. Es wurde ein 6 cm langer, **voll gecoverter intestinaler Stent** durch den AXIOS™ **über das Kolon bis in den Dünndarm** eingelegt. Dadurch konnte die gastrokolische Fistel abgedichtet werden und eine funktionierende **Gastrojejunostomie durch eine transkolische Interposition** geschaffen werden.



Detaillierte Beurteilung der Anlage des AXIOS Stents. Nach Freisetzung sieht man die transkolische Stentinterposition.



Einlage eines Duodenalstents vom Magen in das Jejunum durch das Kolon



Sonographische Kontrolle - regelrecht liegender AXIOS Stent (im Bild nicht gut erkennbar) und Duodenalstent



CT Rekonstruktion der Stentlage.

## Schlussfolgerung / Diskussion

Die Videoanalyse der Anlage des AXIOS™-Stents zeigte ein komplett kollabiertes Kolon zwischen Magen und Dünndarm, was erst durch eine Bild-pro-Bild-Analyse nach der Wiedervorstellung erkannt wurde und während der Implantation und in der sonographischen Kontrolle nicht aufgefallen war.

Am ehesten durch die Darmperistaltik, sukzessive Kolonexpansion und die physiologisch verlängerte Distanz über 10 mm zwischen Magen und Jejunum kam es zu einer langsamen Stentdislokation aus dem Dünndarm ins Kolon mit Ausbildung einer kolo-jejunalen Fistel, sodass es zu keiner Peritonitis kam.

Auch dieser Fall demonstriert, dass die EUS-geführte Drainage eine anspruchsvolle Methode darstellt, die nur in tertiären Zentren mit hoher Expertise in der interventionellen Endoskopie/Endosonographie und suffizientem viszeralchirurgischen „Back-up“ durchgeführt werden sollte, um auch das Komplikationsmanagement zu gewährleisten.

Im Follow-up unterlag der Patient an Komplikationen eines Autounfalles.