

# Akutes Abdomen

M. Michot<sup>a</sup>, B. Mengiardi<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Departement Innere Medizin,  
Medizinische Klinik A,  
Kantonsspital Basel  
<sup>b</sup> Institut für Diagnostische  
Radiologie, Kantonsspital Basel

Korrespondenz:  
Dr. med. M. Michot  
Medizinische Klinik A  
Departement Innere Medizin  
Kantonsspital  
CH-4031 Basel

[mmichot@uhbs.ch](mailto:mmichot@uhbs.ch)

Ein bis anhin gesunder 26jähriger Patient präsentierte sich auf dem Notfall mit einer dreitägigen Anamnese von plötzlich aufgetretenen diffusen, langsam progredienten Abdominalschmerzen, Stuhlverhalten seit drei Tagen mit bei Eintritt einmalig wässriger Diarrhoe, Fieber bis 39 Grad axillär sowie rezidivierendem Erbrechen. Die klinische Untersuchung ergab ein balloniertes Abdomen mit diffuser Druckdolenz, leichter Klopfdolenz im rechten Unterbauch, kein Peritonismus, spärliche Darmgeräusche, rektal indolent. Im Labor normale Leukozytenzahl mit einer Neutrophilie von 88%; deutlich erhöhtes CRP von 270 mg/l. Die Abdomenleeraufnahme im Liegen zeigte dilatierte Dünndarmschlingen sowie ein rundliches, lamelliertes, kalkdichtes Konkrement (Durchmesser 1,5 cm) in Projektion auf den Rand des Os sacrum rechts (Abb. 1, Pfeil), was dem typischen Bild eines Appendikolithen entspricht. Bei Nachweis eines Appendikolithen in Kombination mit Abdominalschmerzen im Unterbauch besteht eine 90%-Wahrscheinlichkeit einer Appendizitis. Andererseits werden bei Appendizitis in 7–15% der

Fälle Appendikolithen in der Abdomenleeraufnahme nachgewiesen [1]. In der Abdomensonographie war nur freie intraperitoneale Flüssigkeit perihepatisch und im kleinen Becken abzugrenzen; die Appendix selbst konnte nicht dargestellt werden. Diese Befunde sind in der Literatur bis zu 60% aller perforierten Appendizes beschrieben [2].

Das anschliessend durchgeführte CT des Abdomens (Abb. 2) bestätigt die klinische Verdachtsdiagnose einer perforierten Appendizitis: Es zeigt sich eine deutliche wandverdickte, ins kleine Becken reichende Appendix mit einem Appendikolithen in der Spitze (Abb. 2, dünner Pfeil). Perifokal war eine Abszessformation (Abb. 2, A) mit freier, umschriebener Luftkolektion (Abb. 2, Pfeilspitze) erkennbar [3]. Zusätzlich waren dilatierte und flüssigkeitsgefüllte Dünndarmschlingen mit Kontrastmittelanreicherung im Wandbereich zu erkennen.

Der intraoperative Befund ergab eine ausgeprägte eitrige Peritonitis bei Appendicitis perforata, einen Abszess im kleinen Becken sowie Zeichen des chronischen Dünndarmileus.

Abbildung 1.



Abbildung 2.



## Literatur

- 1 Dähnert W. Radiology Review Manual. 4th edition. Baltimore: Williams and Wilkins; 1999. p. 659-60.
- 2 Qillin SP, Siegel MJ, Coffin CM. Acute appendicitis in children: value of sonography in detecting perforation. AJR Am J Roentgenol 1992; 159:1265-8.
- 3 Jabra AA, Shalaby-Rana El, Fishman EK. CT of appendicitis in children. J Comput Assist Tomogr 1997; 21:661-6.