

Sigmavolvulus

D. Gianom, F. Goti, M. Decurtins

Chirurgische Klinik,
Kantonsspital Winterthur

Korrespondenz:
Dr. Duri Gianom
Departement Chirurgie
Kantonsspital
Brauerstrasse 15
CH-8401 Winterthur

D.Gianom@ksw.ch

Abbildung 1.
Megakolon mit einer an
eine Kaffeebohne ähnelnden
Konfiguration
(«coffee-bean-sign»).

Ein 64jähriger Mann wird zur Abklärung und Therapie eines Ileus zugewiesen. Aufgrund eines sensomotorischen Hemisyndroms mit Aphasie und Schluckstörungen ist der Patient seit vier Jahren pflegebedürftig. In den letzten zwei Jahren wurde der Patient wegen eines Megakolons unklarer Ätiologie, das als rezidivierende akute Pseudoobstruktion (Ogilvie-Syndrom) interpretiert und behandelt wurde, dreimal hospitalisiert. Die Beschwerden klangen jeweils im Anschluss an eine kolonoskopische Darmentlastung rasch ab. Aktuell besteht ein

viertägiger Stuhlverhalt und wiederholtes Erbrechen. Das Problem wurde initial wieder als akute Pseudoobstruktion beurteilt. Die stationäre Einweisung erfolgte, nachdem abführende Massnahmen ohne Erfolg waren und sich der Allgemeinzustand zunehmend verschlechterte. Bei Eintritt war der Patient in deutlich reduziertem Allgemeinzustand, tachypnoisch, tachykard und oligurisch. Das Abdomen war massiv gespannt und diffus druckdolent. Radiologisch zeigte sich eine grotesk dilatierte Kolonschlinge (Abb. 1). Die Verdachtsdiagnose Sigmavolvulus mit Nekrose konnte intraoperativ bestätigt werden (Abb. 2). Es wurde eine subtotale Kolektomie mit Ileorektostomie durchgeführt. Nach initial unauffälligem postoperativem Verlauf trat am siebten postoperativen Tag akut einsetzendes Erbrechen auf. In der Folge tritt eine rasche pulmonale Dekompensation und Exitus unter dem Bild einer schweren Aspiration auf.

Der vorliegende Fall zeigt alle typischen Merkmale des Sigmavolvulus. Die Erkrankung ist in Mitteleuropa selten, stellt jedoch nach dem Karzinom und der Divertikulitis die dritthäufigste Ursache eines Kolonileus dar. Betroffen sind vorwiegend ältere, pflegebedürftige Patienten mit neurologischen Defiziten. In der Akutsituation ist die endoskopische Detorsion die Behandlung der Wahl und gelingt in 80%. Typischerweise kann dabei keine mechanische Obstruktion nachgewiesen werden, so dass die Interpretation als Ogilvie-Syndrom gut nachvollziehbar ist. Das mit 40–60% hohe Rezidivrisiko nach alleiniger endoskopischer Therapie wird durch unseren Fall eindrücklich bestätigt. Während über die Notwendigkeit einer Operation nach endoskopischer Primärtherapie Einigkeit besteht, gehen die Meinungen über das Ausmass der Darmresektion auseinander. Bei elektiver Operation wird üblicherweise eine Sigmaresektion durchgeführt. Beim Vorliegen eines Megakolons wird die subtotale Kolektomie empfohlen. Bei Nekrose des Darms wird die Hartmannsche Diskontinuitätsresektion oder die subtotale Kolektomie mit ileorektaler Anastomose empfohlen. Die Prognose hängt primär von der Vitalität des Dickdarms ab. Trotz rascher Diagnose sterben bei Notfall-eingriffen bis zu 25% der Patienten.



Abbildung 2.
Nekrotische, torquierte
Sigmoidschlinge.



Literatur

1 Grossmann EM, Longo WE, Stratton MD, Virgo KS, Johnson FE. Sigmoid volvulus in Department of Veterans Affairs Medical Centers. *Dis Colon Rectum* 2000;43:414-8.

2 Chung YFA, Eu KW, Nyam DC, Leong AF, Ho YH, Seow-Choen F. Minimizing recurrence after sigmoid volvulus. *Brit J Surg* 1999;86:231-3.