

# Stechender Oberbauchschmerz

L. Schibli<sup>a</sup>, Th. Frick<sup>b</sup>, H. Fischer<sup>a</sup>

## Fallbeschreibung

Eine 54jährige Patientin wurde durch ihren Hausarzt zur Abklärung von stechenden Oberbauchschmerzen zugewiesen. Diese waren seit drei Wochen zunehmend. Zuletzt waren sie so stark, dass die Patientin nachts nicht mehr schlafen konnte. Die Patientin berichtete auch über eine erwünschte Gewichtsreduktion von ca. 2 kg in diesen 3 Wochen. Übelkeit oder Erbrechen waren nicht aufgetreten, die Defäkation war unverändert normal.

Die *Anamnese* ergab bis auf eine Sectio caesarea vor 34 Jahren und eine Unterbindung vor 16 Jahren keine Eingriffe oder Erkrankungen des Abdomens. Auch hatte sie vor dem jetzigen Leiden keine abdominalen Beschwerden. Im *Status* fiel ein leicht reduzierter Allgemeinzustand auf. Die Patientin war afebril. Im Abdomen fanden wir eine exquisite Druckdolenz mit leichter Abwehrspannung im mittleren bis rechten Oberbauch. Loslassschmerz und Klopfdolenz fehlten, die Darmgeräusche waren normal. Der übrige Status war unauffällig. Im *Eintrittslabor* fiel eine Leukozytose von  $12 \times 10^9/l$ , ein CRP von 210 mg/l und eine leicht erhöhte alkalische Phosphatase von 120 U/l auf. Die Transaminasen, die GGT und das Bilirubin waren normal, ebenso die Amylase und die Nierenwerte. Im *Abdomenultraschall* fanden wir im linken Leberlappen eine Flüssigkeitsansammlung von ca. 6 cm Durchmesser mit einem 4 cm langen, dünnen und zentral liegenden Fremdkörper (Abb. 1). Die Computertomographie zeigte keine zusätzlichen Befunde. Die Ultraschall-kontrollierte Punktion förderte Pus mit *beta-hämolyisierenden Streptokokken* und *Staphylococcus aureus*.

Nach Einleitung einer antibiotischen Therapie wurde am 2. Hospitalisationstag der Fremdkörper über eine kleine obere mediane Laparotomie mit intraoperativer sonographischer Lagekontrolle entfernt. Es war ein Zahnstocher aus Holz. Die Patientin konnte sich auch in der nochmaligen Befragung nicht erinnern, einen Zahnstocher verschluckt zu haben. Sie erwähnte aber, dass sie häufig mit Zahnstochern zusammengehaltene «Cordon bleu» gegessen habe. Der postoperative Verlauf war problemlos. Unter weitergeführter antibiotischer Therapie waren die Entzündungszeichen regredient. Die Patientin konnte nach knapp 2 Wochen in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden.

## Kommentar

In der Literatur werden viele Fremdkörper erwähnt, die aus dem Magen-Darm-Trakt in verschiedene angrenzende Kompartimente perforieren. Es ist jedoch erstaunlich, was alles durch den Magen-Darm-Trakt wandert, ohne Perforationen oder Blutungen auszulösen.

In einer retrospektiven Studie [1] mit insgesamt 542 Fällen konnte gezeigt werden, dass 75% der Fremdkörper ohne Komplikation den Magen-Darm-Trakt passieren. Bei Fremdkörpern mit einer Länge von über 7 cm wurde die endoskopische Extraktion empfohlen. Diese Eingriffe wurden in 20% der Fälle durchgeführt und verliefen komplikationslos. Bei dünnen, scharfen Fremdkörpern konnte verständlicherweise eine erhöhte Perforationsgefahr gezeigt werden. Perforationen traten jedoch nur in 0,7% (n = 4) der Fälle auf. Perforationen können überall im Magen-Darm-Trakt auftreten, es wurde sogar schon eine Zahnstocher-Perforation im Bereiche eines Meckel-Divertikels beschrieben [2]. Zudem finden sich in der Literatur diverse Fallberichte über Perforationen in die Leber. Diese Fremdkörper können unter Ultraschallkontrolle über eine kleine Laparotomie, oberflächliche Fremdkörper sogar laparoskopisch oder unter computertomographischer Kontrolle mit Hilfe eines Laparoskopie-Trocars entfernt werden [3].

Eine weitere mögliche Komplikation ist die Impaktion der Fremdkörper. Die häufigste Lokalisation für impaktierte Fremdkörper ist die ileozökal-Region [1, 4]. Neben der mechanischen Obstruktion ist die transmurale Nekrose

<sup>a</sup> Radiologie;  
<sup>b</sup> Chirurgie;  
Spital Zollikerberg

Korrespondenz:  
Dr. med. Lukas Schibli  
Spital Zollikerberg  
Abteilung Radiologie  
Trichtenhauserstrasse 20  
CH-8125 Zollikerberg

**Abbildung 1.**  
Ultraschallbild mit Leberabszess  
und 4 cm langem Fremdkörper.



**Abbildung 2.**

Multiple Fremdkörper während der komplikationslosen Passage bei einer aus psychiatrischen Gründen hospitalisierten Patientin.



und Perforation die Hauptgefahr der Impaktion. Es wird empfohlen, in dieser Situation notfallmässig chirurgisch einzugreifen. In vereinzelt Fällen, abhängig von der Grösse des Fremdkörpers und den Beschwerden des Patienten, kann auch ein präventiver chirurgischer

Eingriff erfolgen, der in der elektiven Situation sicherer und komplikationsärmer durchgeführt werden kann.

Bei Verdacht auf einen intraabdominalen Fremdkörper sollte ein konventionelles Abdomenröntgen durchgeführt werden. Die Aussagekraft ist jedoch bei nicht röntgendichten Fremdkörpern sowie wegen häufigem Fehlen von freier Luft bei Perforationen stark eingeschränkt. Bei klinisch und anamnestisch hochgradigem Verdacht auf eine Fremdkörperperforation sind deshalb zusätzlich Ultraschall- und Computertomographie-Untersuchungen indiziert.

Zusammenfassend darf bei kleinen Fremdkörpern der Spontanverlauf abgewartet werden, eine regelmässige Verlaufsbeobachtung ist zu empfehlen. Grössere, im Magen liegende Fremdkörper müssen gastrokopisch entfernt werden. Grosse und weiter distal liegende sowie in die freie Bauchhöhle perforierte Fremdkörper bedürfen einer chirurgischen Intervention. Gedeckt perforierte Fremdkörper sollten bei Komplikationen chirurgisch oder invasiv-radiologisch angegangen und entfernt werden. Zufallsbefunde bei asymptomatischen Patienten (typisch nach Kriegsverletzungen mit Granat-Splittern) müssen nicht entfernt werden, ausser sie liegen in unmittelbarer Nähe vitaler Strukturen wie zum Beispiel der grossen intraabdominalen Venen.

**Literatur**

- 1 Velitchkov N, Grigorov G, Losanoff J, Kjossev K. Ingested foreign bodies of the gastrointestinal tract: retrospective analysis of 542 cases. *World J Surg* 1996;20:1001-5.
- 2 Zingg U, Vorburger S, Metzger U. Zahnstocherperforation eines Meckel-Divertikels. *Chirurg* 2000;71: 841-3.
- 3 Rakic S, Woittiez A, van den Hout J. Use of laparoscopic trocars under computer tomographic guidance for percutaneous extraction of a foreign body from an infected liver cyst. *Eur J Surg* 2000;166:665-6.
- 4 Madrona AP, Hernández J, Prats M, Riquelme J, Paricio P. Intestinal perforation by foreign bodies. *Eur J Surg* 2000;166:307-9.