

Pfortaderaämie bei fortgeschrittener Dickdarmgangrän

Nicolas M. Bless^a, Christine Glaser^a, Rémy Meier^b, Damien Toia^c, Gieri Cathomas^d, Christoph A. Maurer^a

^a Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäss- und Thoraxchirurgie;

^b Medizinische Universitätsklinik;

^c Institut für Radiologie und Nuklearmedizin;

^d Kantonales Pathologisches Institut; Kantonsspital Liestal

Ein 86jähriger Mann wurde wegen eines akuten Abdomens zugewiesen. Die klinische Untersuchung ergab ein balloniertes Abdomen mit einer diffusen Druckdolenz. Die Computertomographie zeigte eine Pneumatosis coli (Abb. 1) und eine Pfortaderaämie (Abb. 2).



Abbildung 1.

CT Abdomen: massiv überblähtes Kolon mit intramuraler Luft.

Trotz (noch) normalem CRP von 4 mg/l (Norm <10 mg/l) wurde bei Verdacht auf thromboemboliebedingte Dickdarmgangrän unverzüglich die Indikation zur Laparotomie gestellt. Als Quelle der Thromboembolie liess sich in der Computertomographie des Thorax ein Herzwandaneurysma mit randständigem Thrombus identifizieren. Es musste eine subtotale Kolektomie mit ileosigmoidaler Anastomose vorgenom-

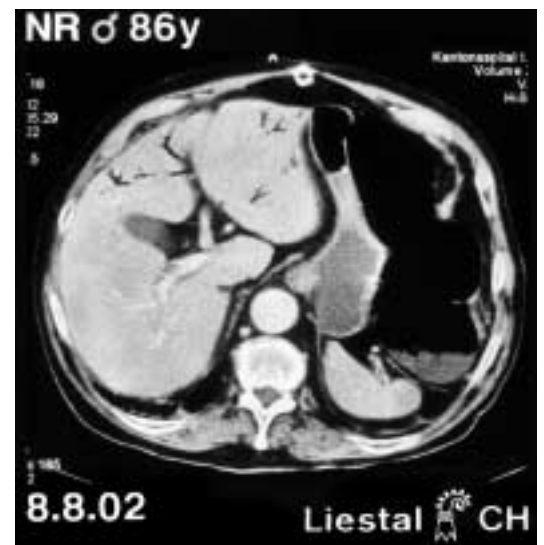


Abbildung 2.

CT Abdomen: intrahepatische Luftsinschlüsse bei Pfortaderaämie, typischerweise peripher lokalisiert (im Gegensatz zur Aerobilie).

men werden. Zur Prophylaxe von Leberabszessen wurde eine zweiwöchige intravenöse Therapie mit Piperacillin (Tazobactam) durchgeführt. Nach problemlosem Verlauf konnte der Patient drei Wochen postoperativ in gutem Allgemeinzustand entlassen werden.

Der Nachweis von Gas in Pfortader- und/oder Mesenterialgefässen ist ein seltener Befund. Für die Darmischämie in Kombination mit einer Pfortaderaämie werden Mortalitätsraten von 75–90% berichtet [1–3]. Das rasche Erkennen des Krankheitsbildes und die unverzüglich eingeleitete chirurgische Sanierung in Kombination mit einer langdauernden antibiotischen Therapie dürften im vorliegenden Fall zum günstigen Ausgang beigetragen haben.

Korrespondenz:

PD Dr. Christoph A. Maurer
Chefarzt der Klinik für
Allgemein-, Viszeral-,
Gefäss- und Thoraxchirurgie
Kantonsspital
CH-4410 Liestal
christoph.maurer@ksli.ch

Literatur

- 1 Lieberman PR, Patten MT, Manny J, Benfield JR, Hechtman HB. Hepatic-portal venous gas in adults: etiology, pathophysiology and clinical significance. *Ann Surg* 1978;187:281–7.
- 2 Sebastià C, Quiroga S, Espin E, Boyé R, Alvarez-Castells A, Armengol M. Portomesenteric vein gas: pathologic mechanisms, CT findings, and prognosis. *Radiographics* 2000;20:1213–24.

- 3 Griffiths DM, Gough MH. Gas in the hepatic portal veins. *Br J Surg* 1986;73:172–6.