

Mechanischer Kolonileus als Folge einer Pankreatitis

Alain Schöpfer^a, Urs Gassmann^a, Daniel Dreier^b, Dominique Criblez^a

^a Abt. Gastroenterologie, Medizinische Klinik, Kantonsspital, ^b Abt. Radiologie, Kantonsspital, Luzern

Eine 36jährige Patientin wird wegen des siebten Schubes einer alkoholinduzierten, chronischen Pankreatitis hospitalisiert. Eine bei Spitaleintritt sonographisch identifizierte echoarme, unscharf begrenzte Raumforderung von 4,5 cm Durchmesser am Übergang vom Pankreaskopf zum Korpus entwickelt sich im Verlauf zu einem Konglomerat aus drei Pseudozysten von je bis zu 10×7 cm Grösse. Am 24. Hospitalisationstag treten heftige, krampfartige Oberbauchschmerzen auf, gefolgt von Stuhl- und Windverhalt, rezidivierendem Erbrechen, Défense im linken Hemiabdomen und hochgestellten Darmgeräuschen. Die Computertomographie des Abdomens zeigt eine Grössenzunahme der Pseudozysten sowie eine Dilatation des Kolons zwischen Zökum (9 cm) und linker Flexur (8 cm), während Descendens und Rektosigmoid luftfrei sind (Abb. 1 ). Wir diagnostizieren einen mechanischen Kolonileus zufolge Obstruktion durch die Pankreaspseudozysten auf Höhe der linken Kolonflexur (Abb. 2 ). Nach notfallmässiger koloskopischer Einlage einer Dekompressionssonde, gefolgt von einer CT-gesteuerten perkutanen Pseudozysten-Drainage, bildet sich der Kolonileus prompt zurück. Der weitere Verlauf ist unkompliziert. Zwei Monate später sind computertomographisch keine Pseudozysten mehr nachweisbar.

Der mechanische Kolonileus ist eine seltene Komplikation der Pankreatitis. Bisher sind erst wenige Fälle einer Kompression des Kolons

durch Pankreas-Pseudozysten in der Literatur beschrieben [1]. Weitere Komplikationen am Kolon umfassen Wandnekrosen, pankreato-kolische Fisteln und akute Blutungen. Aufgrund der topographischen Beziehung ist meist das linksseitige Kolon transversum betroffen. Treten solche Komplikationen als Folge einer akuten Pankreatitis auf, ist die Prognose ernster als im Falle der chronischen Pankreatitis [2].

Mit einer sorgfältigen klinischen Untersuchung und mit gezielt eingesetzter Bildgebung kann vermieden werden, dass der mechanische Ileus als ein – bei der akuten Pankreatitis ungleich viel häufiger vorkommender – paralytischer Ileus fehlgedeutet wird. Hochgestellte Darmgeräusche sprechen für eine Obstruktion und erfordern eine radiologische Abklärung, beginnend mit einer Abdomen-Leeraufnahme. Gastrographin-Einlauf und nötigenfalls ein Abdomen-CT dienen der Lokalisierung und Charakterisierung des Hindernisses [3]. Die Abklärung und Therapie solcher Situationen erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Internisten, Gastroenterologen, interventionellen Radiologen und Chirurgen. Die bevorzugte Akutbehandlung besteht in der CT-gesteuerten perkutanen Drainage der Pseudozysten, welche zur Kolonkompression geführt haben [3]. Der perkutane Zugang war im vorliegenden Fall jedoch verwehrt, da die Pseudozysten durch überblähte Kolonschlingen überlagert und einer risikoarmen Punktion nicht zugänglich waren.



Abbildung 1.
Computertomogramm Oberbauch:
Nachweis von Pankreaspseudozysten medial der
stenosierten linken Kolonflexur (Stern).



Abbildung 2.
Computertomogramm Mittelbauch:
Deutlicher Kalibersprung zwischen dilatiertem und
stenosiertem Kolon transversum (Pfeile).

Aus diesem Grund wurde der Kolonileus vorgängig mit einer koloskopischen Entlastung behandelt.

Eine chirurgische Intervention wird dann unumgänglich, wenn der Ileus bereits zur Wandnekrose geführt hat.

Korrespondenz:

Dr. med. Urs Gassmann
Abt. Gastroenterologie
Kantonsspital
CH-6000 Luzern 16
urs.gassmann@ksl.ch

Literatur

- 1 Buyukberber S, Mahmutyazicioglu K, Ertas E, Sencan O, Sahin M, Orakci V. Ileus secondary to pancreatic pseudocyst. *Clin Imaging* 1998;22:42-4.
- 2 Adams DB, Davis BR, Anderson MC. Colonic complications of pancreatitis. *Am Surg* 1994;60:44-9.
- 3 Dite P, Lata J, Novotny I. Intestinal obstruction and perforation – the role of the gastroenterologist. *Dig Dis* 2003;21:63-7.