




Seltene Ursache eines Dünndarmileus

Gabriela Frey Schenk, Hans E. Wagner
Chirurgische Abteilung, Spital STS AG, Spital Thun

Fallbeschreibung

Eine 73-jährige Patientin stellte sich mit seit dem Vortag bestehendem Erbrechen auf der Notfallstation vor. In der klinischen Untersuchung präsentierte sich ein weiches, balloniertes Abdomen mit einer Druckdolenz im Epigastrium sowie metallisch klingenden Darmgeräuschen. Der übrige Status war unauffällig. Die Patientin war bis anhin gesund gewesen und hatte keine abdominalen Eingriffe in der persönlichen Anamnese. Im Röntgen Abdomen stehend zeigten sich neben einer grossen Hiatushernie mehrere Luft-Flüssigkeitsspiegel im proximalen Dünndarm (Abb. 1 ). Laborchemisch konnten eine Leukozytose von 17,7G/l und ein CRP von

12,6mg/l bei sonst unauffälligen Werten nachgewiesen werden. Zur weiteren Diagnostik wurde ein Abdomen/Becken-CT mit i.v.-Kontrastmittel durchgeführt mit Nachweis von proximal dilatierten Dünndarmschlingen, einem Kalibersprung im Dünndarm und «Hungerdarm» (Abb. 2 ).

In der explorativen Laparotomie fiel eine starke Dilatation der proximalen Dünndarmschlingen auf. Bei der Dünndarmrevision liess sich ca. 50 cm vor der Ileoözokalklappe ein endoluminaler «Tumor» palpieren. Über eine Enterotomie wurde problemlos ein kugeliges Fremdkörper aus dem Darmlumen geborgen (Abb. 3 ). Bei näherer Betrachtung konnte der Fremdkörper als eine unverdaute Frucht identifiziert werden. Auf gezieltes Nachfragen berichtete die Patientin nach der Operation, dass sie in den Tagen vor dem Spitaleintritt getrocknete Aprikosen gegessen hätte.

Der postoperative Verlauf war bis auf einen kleinen Wundinfekt komplikationslos und die Patientin konnte am 10. Tag kostaufgebaut nach Hause entlassen werden.

Diskussion

Neben den häufigen Ursachen für einen Ileus wie Adhäsionen und Briden (47,4%), malignen Tumoren im Kolon (11,1%), der ischämischen Kolitis (4,1%) und Hernien (2,4%) [1] ist differentialdiagnostisch auch an seltenere Ursachen zu denken.

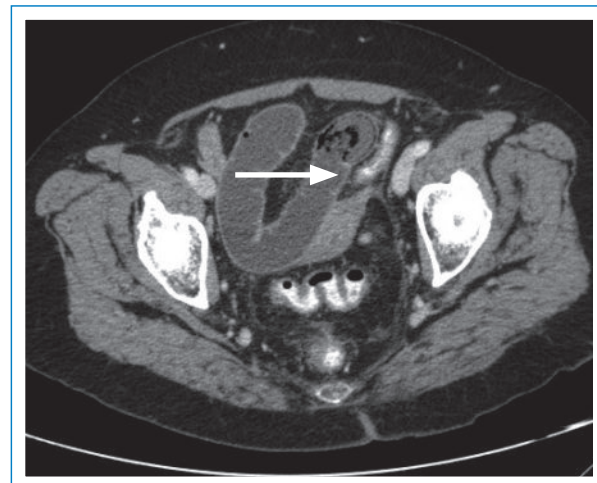


Abbildung 2

CT Abdomen/Becken mit dilatierten Dünndarmschlingen und Nachweis eines endoluminalen Fremdkörpers, retrospektiv gut vereinbar mit der intraoperativ geborgenen Aprikose (→).



Abbildung 1

Röntgen Abdomen stehend mit Dünndarmspiegeln (→) und Hiatushernie (*).

Diese reichen beim Dünndarmileus von Gallensteinen über Bezoare, verschluckte Fremdkörper (Pilze, Fruchtsteine, Goldkronen, Münzen, ...), einen Volvulus bei einem Meckeldivertikel bis zu Stentdislokationen und dislozierten PEG-Platten [2]. Wie in unserem Fall-

beispiel kann eine unzerkaut verzehrte Trockenfrucht im Gastrointestinaltrakt sekundär aufquellen und zu einer Obstruktion bzw. einem Ileus führen.

Nach erfolgter Diagnostik stellt sich beim Dünndarmileus – trotz den vielen unterschiedlichen Ursachen für den Ileus – therapeutisch vor allem die Frage, ob dieser konservativ oder operativ behandelt werden muss. Diese Frage ist aufgrund der Bildgebung nicht immer schlüssig zu beantworten, weshalb der Therapieentscheid letztendlich vom klinischen Zustandsbild des Patienten und von der Erfahrung des Chirurgen abhängt.

Danksagung

Wir danken Dr. A. Wyss, Radiologie Spital Thun, für die zur Verfügung gestellten Röntgenbilder, und Dr. A. Kurmann, Chirurgie FMH, für die kritische Durchsicht des Manuskriptes.

Korrespondenz:

Dr. med. Gabriela Frey Schenk
Oberärztin Chirurgie
Spital STS AG, Spital Thun
CH-3600 Thun
gabriela.frey@spitalstsag.ch

Literatur

- 1 Dervisoglou A, Condilis N, Liveranou S, Pinis S. A causal factors and treatment of obstructive ileus in 369 patients. *Ann Ital Chir.* 2005; 76(5):477–80.
- 2 Amboldi M, Mezzabotta M, Zanotti M, Amboldi A, Morandi E. Unusual causes of acute intestinal obstruction in adults. *Int Surg.* 2009; 94(2):99–110.

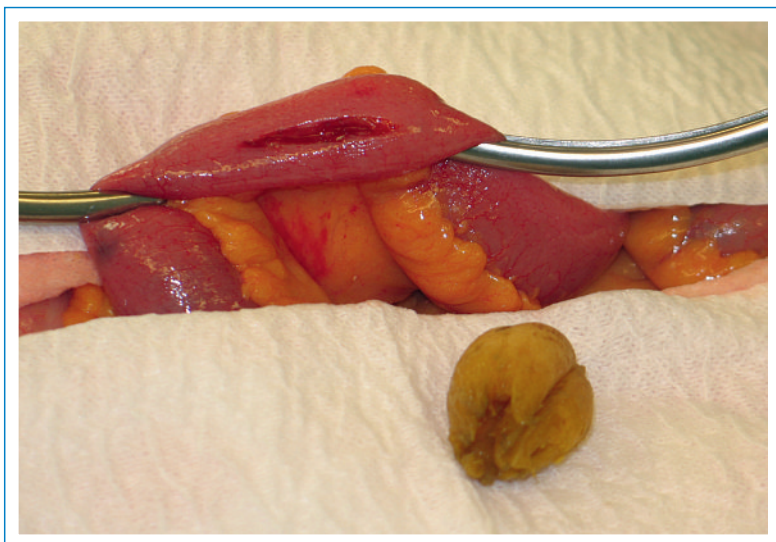


Abbildung 3
Intraoperativer Situs mit der Enterotomie und dem Corpus delicti.