


Atemberaubendes Zweihöhlenproblem



Franziska Müller^a, Markus Diethelm^a, Janek Binek^b

^a Departement Innere Medizin, Fachbereich Allgemeine Innere Medizin und Hausarztmedizin, Kantonsspital, St. Gallen

^b Departement Innere Medizin, Fachbereich Gastroenterologie und Hepatologie, Kantonsspital, St. Gallen

Fallbeschreibung

Ein 42-jähriger Mann mit erheblichem Alkohol- und Nikotinabusus wurde wegen progredienter Dyspnoe und Oberbauchschmerzen hospitalisiert. Es fanden sich ein linksseitiger Pleuraerguss und eine bilaterale Pneumonie (Abb. 1A, 1B ). Sonographisch und computertomographisch sah man multiple, kleine Verkalkungen im echoreichen Pankreas ohne Dilatation des Ganges sowie linksseitig entlang des M. psoas eine zystische Raumforderung

von 10 × 6,6 × 23 cm (Abb. 1C, 1D ). Im Pleuraerguss und im Punktat (Abb. 2 ) der zystischen Raumforderung wurde eine hohe P-Amylase-Konzentration (2550 bzw. 35 850, Norm <46 U/l) gemessen. Der zytologische Befund war vereinbar mit einer eingebluteten Pankreaspseudozyste (PP). Die Magnetresonananz-Cholangiopankreatikographie (MRCP) zeigte eine Pankreasgangruptur im Corpus mit Verbindung zur Pseudozyste. Der Pleuraerguss wurde durch eine Thoraxdrainage entleert. Eine 5-F-Prothese (8 cm lang) wurde endoskopisch nach Pa-

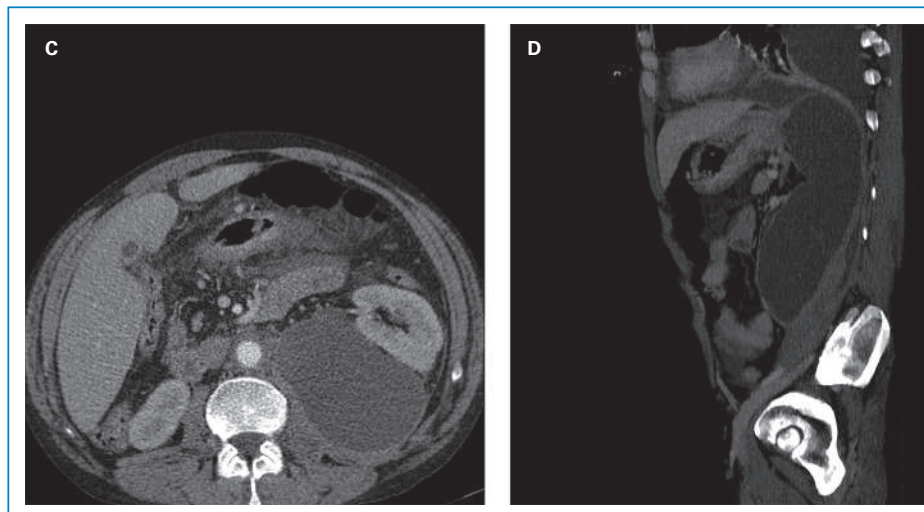


Abbildung 1

A Thorax ap.: grossvolumiger linksseitiger Pleuraerguss mit Mediastinalshift nach rechts, Infiltrate im Unterlappen rechts und im Mittellappen.

B Thorax seitlich.

C CT-Abdomen Querschnitt: retroperitoneal gelegene zystische Raumforderung, multiple kleinste Verkalkungen und zystische Veränderungen im Pankreaskopf und -korpus.

D CT-Abdomen Sagittalschnitt: retroperitoneal entlang dem linken Psoas gelegene 10 × 6,6 × 23 cm messende zystische Raumforderung.

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag haben.

pillo- und Septotomie (Ausschalten der Sphinkterfunktion) in den Pankreasgang bis zur Rupturstelle eingelegt. Eine Überbrückung der Letzteren war nicht möglich. Unter antibiotischer Therapie und oben erwähnten Massnahmen besserten sich die Beschwerden und Entzündungswerte rasch. Die Pseudozyste nahm kontinuierlich ab, so dass diese sonographisch drei Wochen nach Stent-Einlage nicht mehr nachgewiesen werden konnte. Der Stent wurde 4 Wochen nach Einlage bei beschwerdefreiem Patienten entfernt.

Kommentar

Eine Pankreaspseudozyste ist eine Ansammlung von Pankreasflüssigkeit/-saft, umschlossen von Granulationsgewebe oder Fibrose. Eine echte Zyste ist von Epithel umgeben. PP entstehen als Folge einer akuten oder, wie



Abbildung 2
Punktat der zystischen Raumforderung.

in unserem Fall, einer chronischen Pankreatitis im akuten Schub. Auch ein Trauma kann zu Pankreasgangrupturen führen [2]. PP treten solitär oder multipel auf, in der Literatur werden Grössen bis 35 cm im Durchmesser beschrieben [1, 2, 5]. Im Falle einer Pankreasgangruptur kann je nach deren Lokalisation eine Fistel zum Peritoneum (pankreato-peritoneale Fistel), zum Mediastinum oder zur Pleurahöhle (pankreato-pleurale Fistel) entstehen. Diese Fisteln sind nicht immer darstellbar [2, 3]. Als Therapie bietet sich ein konservatives Vorgehen im Sinne eines «watchful waiting» und bei Beschwerden sowie Komplikationen (meist Infektion oder Blutung) ein interventionelles Vorgehen mittels perkutaner, endoskopischer (transgastrischer) oder chirurgischer Drainage an. Die endosonographisch gesteuerte transgastrische Drainage ist bei nicht akuten Pseudozysten wenig invasiv. Falls eine Pankreasgangruptur vorliegt, sollte diese mit einer Pankreasgangprothese überbrückt oder mit Klebstoff verklebt werden. In unserem Fall genügte eine «partielle» Entlastung der Rupturstelle. Asymptomatische Pseudozysten, die kleiner als 5 cm sind und wo ein zystischer Tumor nicht in Frage kommt, können beobachtet werden. Die Chirurgie bleibt Goldstandard für die Fälle, wo eine zystische Neoplasie vermutet wird [4].

Danksagung

Wir bedanken uns bei Dr. David Matt, Oberarzt mbF, Institut für Radiologie, Kantonsspital, St. Gallen, für die Röntgenbilder.

Korrespondenz:

Pract. med. Franziska Müller
Departement Innere Medizin
Kantonsspital St. Gallen
CH-9007 St. Gallen
[franziska.mueller\[at\]kssg.ch](mailto:franziska.mueller[at]kssg.ch)

Literatur

- 1 Klöppel G. Pseudocysts and other non-neoplastic cysts of the pancreas. *Semin Diagn Pathol.* 2000;17(1):7–15.
- 2 Baillie J. Pancreatic pseudocysts (Part I). *Gastrointest Endosc.* 2004;59(7):873–9.
- 3 Safadi BY, Marks JM. Pancreatic-pleural fistula: the role of ERCP in diagnosis and treatment. *Gastrointest Endosc.* 2000;51(2):213–5.
- 4 Baillie J. Pancreatic pseudocysts (Part II). *Gastrointest Endosc.* 2004;60(1):105–13.
- 5 Fasanella KE, McGrath K. Cystic lesions and intraductal neoplasms of the pancreas. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2009;23(1):35–48.