

Ungewöhnliche operative Therapie für eine Milz

Leserbrief zu: Fischer N, et al. Ungewöhnliche operative Therapie für eine Milz. Schweiz Med Forum. 2013;13(8):167.

Mit Interesse habe ich den genannten Artikel gelesen, nicht zuletzt aufgrund des verheissungsvollen Titels. Gerne möchte ich den Autoren nachfolgende Fragen stellen:

1) Warum wurde bei fehlenden Zeichen für Malignität oder Echinococcusinfektion, wie die Autoren schreiben, eine Milzpolresektion vorgenommen, zumal sich die Zyste bei spontaner und zusätzlicher intraoperativer Ruptur bereits zweimal in die Abdominalhöhle entleert hatte? Durch eine intraoperative Biopsie der bereits eröffneten Zystenwand mit histologischer Schnellschnittuntersuchung hätten sich Dignität und Ätiologie einfach klären lassen. Ohnehin konnte es aufgrund der vorliegenden Fakten kaum etwas anderes sein als eine dysontogenetische (kongenitale) oder posttraumatische Milzzyste. Die adäquate Therapie für diesen Befund wäre eine rein

laparoskopische Zystenabdeckung (deroofing alias decapsulation) gewesen, zumal die Zystenwand von einreihigem Mesothel ausgekleidet war. Die craniale Position der Zyste innerhalb der Milz hätte dann noch eine Omentum-majus-Plombe zur Rezidivprophylaxe notwendig gemacht.

2) Nachdem der Entschluss gefasst war, eine Milzpolresektion vorzunehmen, stellt sich die Frage, warum diese nicht komplett laparoskopisch durchgeführt wurde. Dann wäre die verwendete Bezeichnung «laparoskopisch entfernte Milzzyste» auch verdient gewesen. Die Milzteilresektion wurde aber offen vorgenommen.

3) Wie gross ist «mini» im Zusammenhang mit der von den Autoren verwendeten Bezeichnung Minilaparotomie? In Anbetracht der im Artikel gezeigten Abbildung 1 mit komplett eventrierter Milz scheint der Begriff Minilaparotomie arg strapaziert!

Insgesamt gewinnt man den Eindruck, dass hier ein relativ einfaches chirurgisches Problem kompliziert, aufwändig und risikobehaftet gelöst wurde. Insofern ist der Titel des Beitrags zutreffend: «Ungewöhnliche operative Therapie für eine Milz».

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Christoph A. Maurer
Chefarzt Chirurgische Klinik Liestal
Kantonsspital Baselland
CH-4410 Liestal
[christoph.maurer\[at\]ksli.ch](mailto:christoph.maurer[at]ksli.ch)

Replik

Lieber Christoph, sehr geehrter Professor Maurer
Für das Interesse und die Anmerkungen herzlichen Dank.
Vorab ist zu bemerken, dass diese Pathologie sehr selten auftritt und im Nachhinein sicherlich einige Punkte zu diskutieren sind. Die akuten Ereignisse der Zysten-

rupturen wurden von der Patientin und ihrer Familie als sehr belastend empfunden und waren jeweils mit grossen Umtrieben verbunden (u.a. notfallmässige Hospitalisation, CT).

Zu 1): Ein Deroofing stand präoperativ zur Diskussion. Dabei wird aber der Zystengrund (der Anteil der Zyste, der am Milzgewebe liegt) nie entfernt, und es kann nach Verklebung gegen die Zwerchfellkuppe wieder eine Abkapselung eintreten, was zum Wiederauffüllen und Rezidiv führt. In der Tat war die Zyste bei der Operation gegen die Zwerchfellkuppe verklebt und hat sich neu aufgefüllt. Eine Omentoplastik mit Fixation durch Nähte gegen das Milzgewebe kann vielleicht ausreissen und zur Blutung führen. Diese Operationstaktik (Deroofing) wäre sicherlich mit einem gewissen Rezidivrisiko behaftet.

Zu 2): Der Oberpol ist laparoskopisch schlechter zugänglich als der Unterpol, da die Kamera und die Instrumente von kaudal und ventral eingeführt werden müssen und dadurch der Sichtwinkel nicht optimal ist. Die selektive Ligatur/Clippen der Oberpolgefässe ist laparoskopisch schwieriger und risikoreicher. Wir haben uns für die «sicherere» Variante entschieden. Eine laparoskopische Colonresektion benötigt auch eine kleine (Pfannenstiel-) Laparotomie, um das Präparat zu bergen, und dennoch spricht man von einem laparoskopischen Eingriff.

Zu 3): Der Minizugang misst 7 cm und liegt in einer Hautspalte. Nach intrakutaner Naht ist die Narbe kaum sichtbar, also das kosmetische Resultat ideal.

Bei seltenen Eingriffen neigen wir dazu, die Sicherheit für den Patienten in den Vordergrund zu stellen, was nicht immer dem minimalinvasiven Eingriff entspricht.

Dr. med. Peter Villiger

peter.villiger[at]ksgr.ch

Dr. med. Barbara Christina Padberg

barbara.padberg[at]ksa.ch