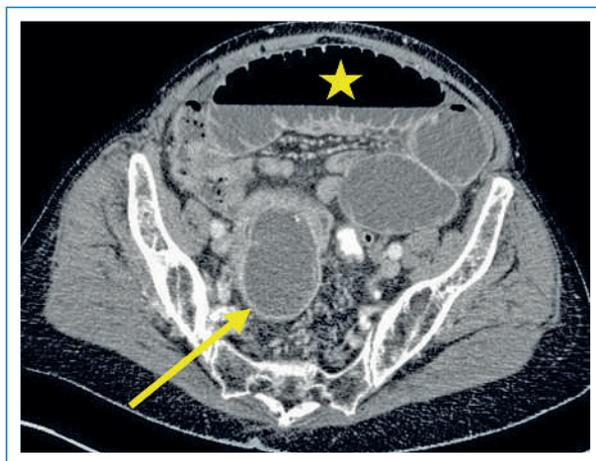


# Die akute Appendizitis, einmal anders

Alexandre Descloux, Thomas Kocher  
Kantonsspital Baden

## Fallbeschreibung

Eine 80-jährige Patientin wird auf die Notfallstation wegen gastroenteritischen Beschwerden zugewiesen. Sie klagt seit sechs Tagen über Nausea und Vomitus sowie seit fünf Tagen über Stuhlverhalt. Die Patientin gibt krampfartige diffuse Bauchschmerzen mit einer maximalen Intensität von 5 auf der visuellen analogen Schmerzskala an. Es besteht keine abdominelle Voroperation. Eine arterielle Hypertonie und eine Osteoporose werden medikamentös behandelt. Seit Jahren war die Patientin nicht mehr bei einem Gynäkologen, allerdings ist die gynäkologische Anamnese unauffällig. Die Leukozytenzahl ist normal, der CRP-Wert mit 59 mg/l erhöht. Ein konventionelles Röntgenbild des Abdomens zeigt multiple Dünndarmspiegel. Daher wird eine Computertomographie des Abdomens durchgeführt (Abb. 1 ) . Zu sehen ist ein mechanischer Dünndarmileus mit Kalibersprung im Unterbauch rechts. Eine zystische Raumforderung im Kleinbecken rechts wird als Ovarialzyste interpretiert. Die Indikation zur Operation ist gegeben. Bei der diagnostischen Laparoskopie kann wegen der massiven Flüssigkeitsretention im gesamten Dünndarm die Engstelle nicht dargestellt werden. Nach einer medianen Laparotomie kann die Ursache der mechanischen Obstruktion im terminalen Ileum eingesehen werden. Die Spitze der entzündeten und eingeschmolzenen Appendix ist am Eingang ins kleine Becken adhären und kriert damit eine Lücke unterhalb der Mesappendix, durch die sich eine ileale Schlinge einklemmt, im Sinn einer inneren Hernie (Abb. 2 ) . Die Appendektomie verläuft problemlos, die Ovarien



**Abbildung 1**  
CT des Abdomens: deutlich erweiterte Dünndarmschlingen (Stern), Appendix präoperativ als Ovarialzyste angegeben (Pfeil).

sind unauffällig. Die Appendix zeigt histologisch typische Merkmale einer Appendicitis acuta bei gedeckter Perforation ohne Hinweise auf eine Mukozele oder eine Neoplasie. Der postoperative Verlauf gestaltet sich protrahiert wegen einer schweren Magenentleerungsstörung und eines reaktiven paralytischen Ileus. Die Patientin überlebt ihre schwere Krankheit und kann in leicht reduziertem Allgemeinzustand entlassen werden.

## Fazit

Ein mechanischer Dünndarmileus wird meistens durch Briden oder Verwachsungen bei voroperierten Patienten verursacht. Eine Appendicitis acuta als Ätiologie ist eine Rarität. Ungefähr 30 Fälle wurden seit der ersten Publikation beschrieben [1–3]. Dagegen ist ein paralytischer Ileus bei entzündlichen Prozessen oder nach Operationen abdominal sehr häufig.

## Danksagung

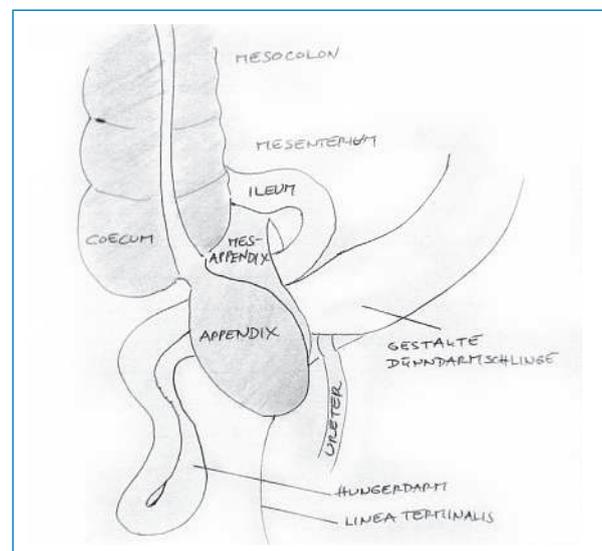
Ärztliche Leitung Radiologie, Kantonsspital Baden.

## Korrespondenz:

pract. med. Alexandre Descloux  
Kantonsspital Baden  
Im Ergel 1  
CH-5404 Baden-Dättwil  
[alexandre.descloux\[at\]hotmail.com](mailto:alexandre.descloux[at]hotmail.com)

## Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie unter [www.medicalforum.ch](http://www.medicalforum.ch).



**Abbildung 2**  
Skizze des Operationssitus: innere Hernie als Folge der Appendizitis.