

Eine ungewöhnliche Ätiologie bei nicht voroperiertem Patienten

Chronische Nausea und Emesis mit Gewichtsabnahme

Mikael Sawatzki^a, Armin Neff^b, Walter Brunner^c, Peter Michael Laux^d, Christa Meyenberger^a, Jan Borovicka^a

^a Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, Kantonsspital St. Gallen; ^b Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin, Kantonsspital St. Gallen;

^c Klinik für Viszeralchirurgie, Kantonsspital St. Gallen; ^d Hausarztpraxis Rheineck

Fallbericht

Ein 40-jähriger Patient wird wegen seit sechs Monaten progredienter Nausea mit Brechreiz und Emesis mit Bauchschmerzen in die gastroenterologische Sprechstunde zugewiesen, wobei die Schmerzen nicht im Vordergrund stehen. Die Beschwerden treten nur tagsüber auf, postprandial und unter körperlicher Belastung, und sind auch in vornübergebeugter Haltung auslösbar. Es besteht zudem eine Gewichtsabnahme von ca. 5 kg innerhalb von fünf bis sechs Wochen, kein Nachtschweiss, kein Fieber. Der Stuhlgang ist eher von weicher Konsistenz viermal täglich, ohne Blutabgang

ab ano. Die Pantoprazol-Medikation hat nur wenig Linderung gebracht. Abdominelle Voroperationen werden verneint. Nach unauffälliger Abdomensonographie und Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (einschliesslich Laktase-Schnelltest und Histologien aus Magen und Duodenum) wird eine Computertomographie durchgeführt mit der Verdachtsdiagnose einer paraduodenalen Hernie (Abb. 1). Laparoskopisch zeigt sich die grosse, paraduodenale Hernie über der Treitz-Flexur. Nach Reposition der Dünndarmschlingen wird die innere Hernie mit nicht resorbierbarem Fadenmaterial in zwei Reihen verschlossen. Der Patient bleibt einen Monat nach dem Eingriff komplett beschwerdefrei.

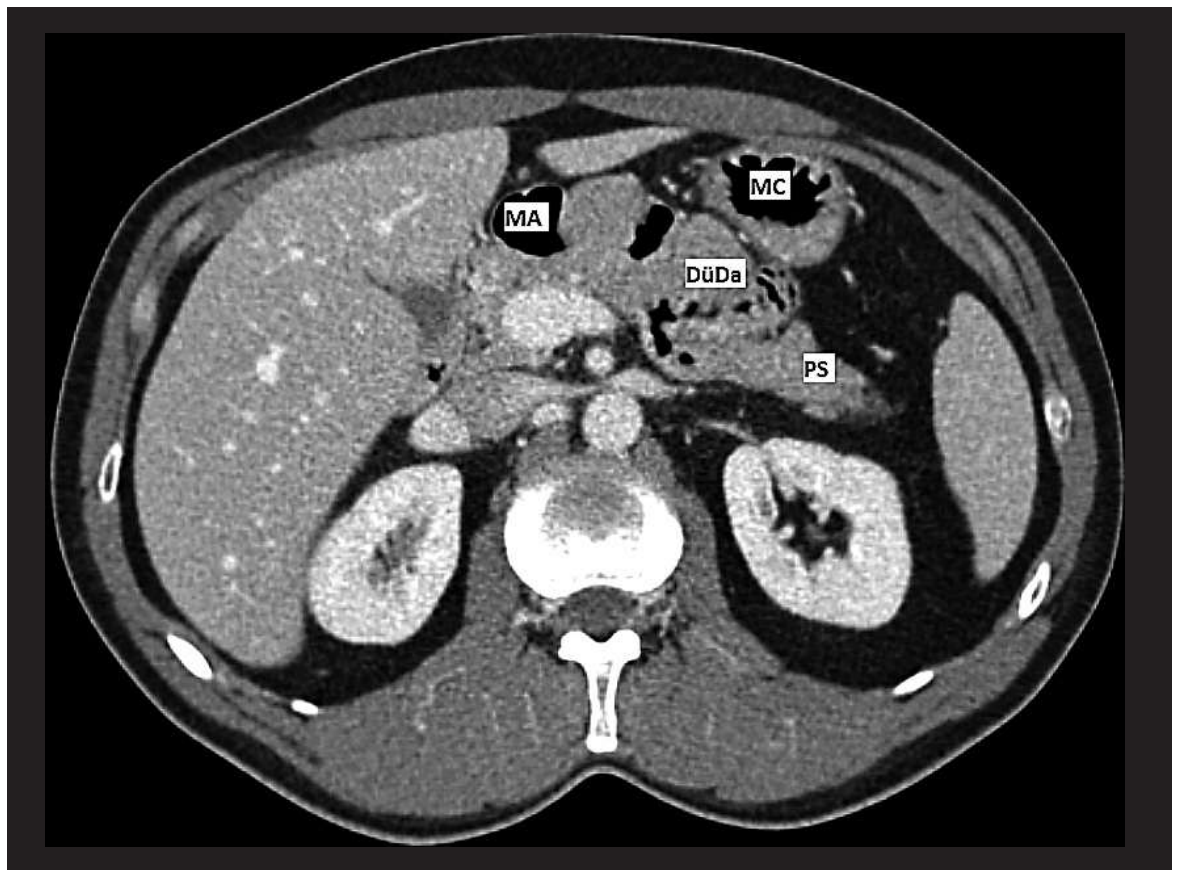


Abbildung 1: Axiales, kontrastmittelverstärktes Computertomogramm: Nicht-dilatierte Dünndarmschlingen zwischen Pankreasschwanz, Magen hinterwand und Leber, kranial der Pars ascendens duodeni (MA = Magen antrum, MC = Magencorpus, DüDa = Dünndarmschlingen, PS = Pankreasschwanz).

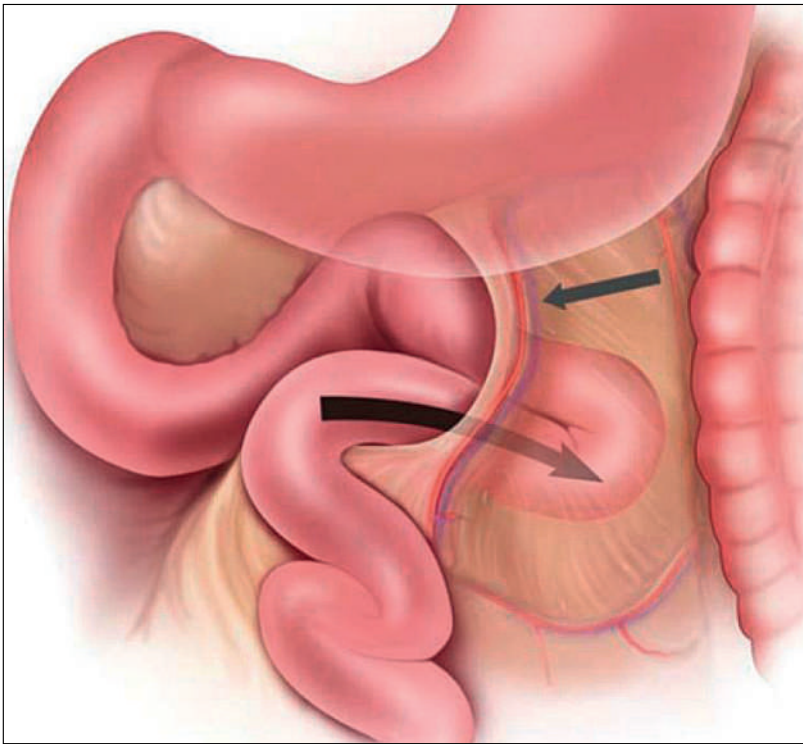


Abbildung 2: Linksseitige paraduodenale Hernie in die Fossa Landzert, hinter die Vena mesenterica inferior und linke Arteria colica [2, 3].
Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des *American Journal of Roentgenology*.

Korrespondenz:
Dr. med. Mikael Sawatzki
Oberarzt mbF
Gastroenterologie
Kantonsspital
Rorschacherstrasse 95
CH-9007 St. Gallen
mikael.sawatzki[at]kssg.ch

Kommentar

Bei den oben angegebenen Beschwerden muss es sich bei nachgewiesener paraduodener Hernie um eine intermittierende mechanische Obstruktion des Dünndarms durch Herniation gehandelt haben. Paraduodenale Hernien wurden bereits 1918 beschrieben, nach Untersuchungen an verstorbenen Patienten [1]. Sie stellen mit über 50% die häufigste Form innerer Hernien dar. Die linksseitige paraduodenale Hernie ist deutlich häufiger (Abb. 2). Beide weisen eine männliche Prädisposition auf. Innere Hernien sind aber nur für 0,2–0,9% der intestinalen Obstruktionen verantwortlich [2]. Radiologisch finden sich im CT gewöhnlich zusammengeklammerte Dünndarmschlingen auf Höhe oder kranial des Treitz-Bandes oder hinter dem Magen mit Impression der Hinterwand. Manchmal bestehen eine Kaudalverlagerung des Colon transversum oder Anomalien der inferioren mesenterialen Gefässe [3]. Die Symptomatik der akuten Dünndarmobstruktion besteht aus Nausea, Emesis und Bauchschmerzen. Ohne abdominelle Eingriffe in der Anamnese ist die paraduodenale Hernie als Differentialdiagnose bei Zeichen der Dünndarmobstruktion in Erwägung zu ziehen.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Desjardins AU. Left Paraduodenal Hernia. *Ann Surg.* 1918;67:195–201.
- 2 Martin LCI, Merkle EM, Thompson WM. Review of Internal Hernias: Radiographic and Clinical Findings. *AJR Am J Roentgenol.* 2006;186:703–17.
- 3 Falk GA, Yurcisin BJ, Sell HS. Left paraduodenal hernia: case report and review of the literature. *BMJ Case Rep.* Published online Nov 23;2010;doi:10.1136.