

Seltene Notfallsituation

Transanale Dünndarmeviszeration

Tamara Hertig, Thomas Kinsbergen

Chirurgische Klinik, SRO Spital Region Oberaargau, Langenthal

Hintergrund

Die transanale Dünndarmeviszeration stellt eine seltene Notfallsituation dar, die hauptsächlich bei älteren, weiblichen Patienten auftritt und eine umgehende Intervention verlangt.

Fallbericht

Notfallmässige Zuweisung einer 44-jährigen Patientin mit stärksten perianalen Schmerzen, wenig Frischblut ab ano sowie sichtbaren Darmschlingen transanal nach Defäkation. Bei der Patientin ist ein reponierbarer Rektumprolaps bekannt bei chronischer Obstipation aufgrund bekannter Polytoxikomanie mit Zustand nach Opioidabusus und Methadonsubstitutionsprogramm. Nebendiagnostisch leidet die Patientin an einer chronisch aktiven Hepatitis B und C, einem postthrombotischen Syndrom, das mit Rivaroxaban (Xarelto®) behandelt wird, sowie einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ.

Klinisch präsentierte sich eine kardiopulmonal kompenzierte, afebrile Patientin in schmerzbedingt reduziertem Allgemeinzustand mit inspektorisch mehreren transanal Dünndarmschlingen (Abb. 1). Bei hochgradigem Verdacht einer Dünndarmeviszeration wurde nach Aufhebung der oralen Antikoagulation mit humanem Prothrombinkomplex (PPSB) sowie Beginn einer Breitbandantibiose die Indikation zur notfallmässigen, diagnostischen Laparoskopie gestellt.

Intraoperativ konnte nach sorgfältiger, manueller Reposition des insgesamt gut durchbluteten Dünndarmkonvolutes die Perforation im Rektum anterolateral lokalisiert werden (Abb. 2). Aufgrund der ansonsten unauffälligen intraabdominalen Verhältnisse ohne ischämische Dünndarmanteile, sichtbare Verschmutzungen oder starke Blutungsquellen wurde die Perforationsstelle im Rektum mittels V-Loc™-3-O-Fortlaufnaht direkt laparoskopisch verschlossen und anschliessend mit Serosa übernäht (Abb. 3). Abschliessend erfolgten eine ausgiebige Lavage des Situs und die Anlage einer Schutzsigmoidostomie.

Postoperativ zeigte sich ein erfreulicher Verlauf mit rasch einsetzender Darmtätigkeit und guter Genesung der Patientin. Nach Spitalaustritt erfolgten aufgrund des rezidivierenden schädlichen Substanzmissbrauchs und der bekannten psychiatrischen Vorerkrankung

intermittierende Konsultationen beim Hausarzt oder auf der Notfallstation. Bei Stomaprolaps sowie Trocarhernie im rechten Unterbauch wurde im Verlauf eine Revision der Sigmoidostomie mit Anlage eines Doppelflintenstomas und Faszienverschluss nötig.

Die definitive Stomarückverlegung konnte schliesslich sechs Monate postoperativ problemlos vorgenommen werden.

Diskussion

Gemäss Lexikon wird die Dünndarmeviszeration oder -exenteration als Ausweidung bezeichnet, die als temporäre Verlagerung des Dünndarms nach extraabdominal oder als operative Entfernung intraabdominaler Organe verstanden wird.

Am häufigsten tritt die Dünndarmeviszeration nach stumpfem Bauchtrauma oder Stichverletzungen auf. Im obengenannten Fallbeispiel handelt es sich um eine spontane transanale Dünndarmeviszeration als seltene Notfallsituation. In der Literatur sind nur wenige Fälle beschrieben. Die erste Dokumentation erfolgte durch Brodie im Jahre 1827 [1]. Bis 2007 wurden insgesamt 65 Fälle beschrieben [2], wobei in den letzten Jahren einige weitere Fallberichte veröffentlicht wurden. Aufgrund der geringen Fallzahlen lässt sich keine eindeutige Ätiologie eruieren. Es zeigt sich jedoch eine starke Assoziation mit dem Auftreten eines chronischen Rektumprolapses (bis zu 70%), vorwiegend bei älteren, weiblichen Patienten [3].

Als Rektumprolaps, auch Mastdarmvorfall, bezeichnet man eine primäre Invagination der Schleimhaut des oberen Rektumanteils in die Rektumampulle (innerer Prolaps) mit im Verlauf Ausstülpung aller Wandschichten des Rektums über die Sphinkterebene (äusserer



Tamara Hertig



Abbildung 1: Transanales Dünndarpaket.

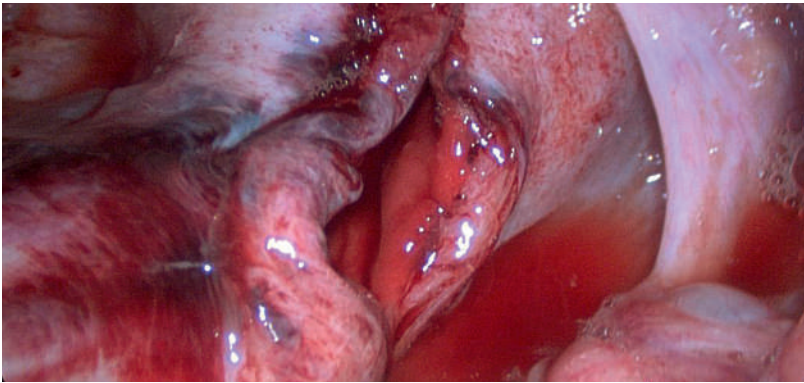


Abbildung 2: Laparoskopisch dargestellte, rektale Perforationsstelle anterolateral rechts.

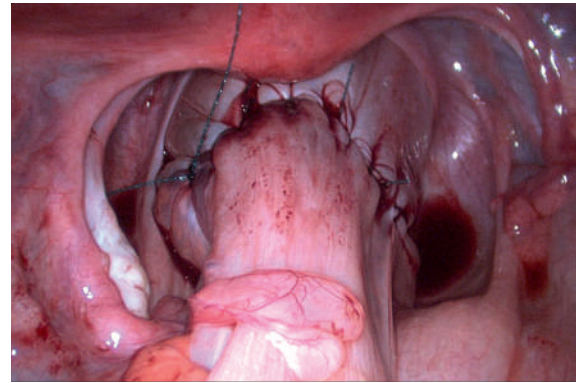


Abbildung 3: Zustand nach laparoskopisch durchgeführter Rektumnaht und seröser Übernähung.

Korrespondenz:
 Tamara Hertig, dipl. Ärztin
 SRO Spital Region
 Oberaargau, Langenthal
 St. Urbanstrasse 67
 CH-4900 Langenthal
 tam_hertig[at]hotmail.com

Prolaps). Meist zeigt sich nach Reposition ein geschädigter Sphinkterapparat mit klaffendem Anus. Im Gegensatz dazu wird der Analprolaps als prolabierende Analschleimhaut (Mukosaprolaps) mit intaktem Sphinkterapparat definiert. Als Ursachen des Rektumprolapses sind Beckenbodeninsuffizienz infolge Mehrfachgeburten, Gewebeergerung, selten ein kolorektales Karzinom sowie starkes Pressen bei chronischer Obstipation zu nennen. Bei Kindern kann zusätzlich chronische Diarrhoe, bei jungen Frauen Anorexia nervosa zu einem Rektumprolaps führen.

Als konservative Massnahmen stehen stuhlregulierende Ansätze in Kombination mit ballaststoffreicher Kost im Vordergrund. Operativ wird hauptsächlich eine offene oder laparoskopische Rektopexie (Fixation des Rektums am Sakrum mittels Netzeinlage) angestrebt. Bei multimorbiden Patienten kann eine anale Mukosektomie mit Muskelraffung in Spinal- oder Periduralanästhesie durchgeführt werden. Wird der Rektumprolaps nicht therapiert, kann eine Chronifizierung eintreten, die im schlimmsten Fall eine Ruptur zur Folge hat.

Der genaue Zusammenhang zwischen Rektumprolaps und Rektumperforation ist weiterhin nicht vollständig geklärt. Es wird davon ausgegangen, dass die vordere Rektalwand durch die Herniation minderdurchblutet und eine Perforation aufgrund der Ischämie wahrscheinlicher wird [5]. Die Rupturstelle zeigt sich dabei

häufig am rektosigmoidalen Übergang [5]. Zudem besteht oftmals ein Zusammenhang mit erhöhtem intraabdominalem Druck im Rahmen der Defäkation, beim Husten oder Erbrechen [2, 5].

Die Therapie der spontanen transanal Eviszeration richtet sich primär nach dem klinischen Zustandsbild des Patienten. Eine rasche operative Versorgung ist anzustreben. Initial erfolgen supportive Massnahmen im Rahmen der notfallmässigen Erstversorgung. Freiliegende Darmpakete sollen sofort geschützt werden, um weitere Darmischämien oder Perforationen zu vermeiden. Eine Abschirmung mittels Breitbandantibiotikum zur Verhinderung eines *Systemic Inflammatory Response Syndrome* (SIRS) ist zu empfehlen.

Die operative Versorgung beinhaltet die Reposition des prolabierten Dünndarmanteils über eine mediane Laparotomie nach intraabdominal. Je nach Ausmass der Perforationsstelle erfolgt anschliessend ein Direktverschluss, eine Rektumresektion mit End-zu-End-Anastomosierung oder ein Rektumblindverschluss mit Anlage einer endständigen Deszendostomie (Hartmann-Situation).

Neuere Fallberichte zeigten, dass spontane Dünndarm-eviszerationen mittels laparoskopischer Vorgehensweise erfolgreich therapiert wurden [2–5].

Disclosure statement

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

Literatur

- 1 Brodie BC. A case of a singular variety of hernia treated at St. George's Hospital. *London Medical and Physical Journal*. 1827;57:529–30.
- 2 Shoab SS, Saravanan B, Neminathan S, Garsaa T. Thiersch repair of a spontaneous rupture of rectal prolapse with evisceration of small bowel through anus – a case report. *Ann R Coll Surg Engl*. 2007;89:W6–W8.
- 3 Morris AM, Setty SP, Standage BA, Hansen PD. Acute transanal evisceration of the small bowel: Report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 2003;46:1280–3.
- 4 Berwin JT, Ho TK, D'Souza R. Small Bowel Evisceration through the anus – report of a case and review of literature. *BMJ. Case Reports* 2012; doi: 10.1136/bcr.12.2011.5316.
- 5 Jeong J, Park JS, Byun CG, et al. Rupture of the rectosigmoid colon with evisceration of the small bowel through the anus. *Yonsei Med J*. 2000;41:289–92.

Das Wichtigste für die Praxis

Die spontane transanale Dünndarmeviszeration ist eine seltene Notfallsituation. Vorwiegend ältere, weibliche Patienten mit bekanntem chronischem Rektumprolaps sind aufgrund des erhöhten intraabdominalen Druckes prädisponiert. Präventiv empfiehlt sich deshalb, auf eine angepasste Stuhlregulierung zu achten. Als Therapie der Wahl gilt die rasche operative Versorgung, um letale Komplikationen zu vermeiden. Die Wahl des Verfahrens richtet sich dabei nach Allgemeinzustand und Komorbidität des Patienten, um eine rasche Genesung zu sichern.