

Eine seltene, aber potenziell lebensgefährliche Komplikation

Milzruptur nach Kolonoskopie

Benjamin Wagner, dipl. Arzt

Chirurgische Klinik, Spital Männedorf

Hintergrund

Die Kolonoskopie gehört zu den Untersuchungen mit der höchsten Spezifität und Sensitivität zum Nachweis von Neoplasien des Dickdarms. Oftmals können diese dabei direkt behandelt werden. Eine flächendeckende Vorsorgekolonoskopie zum Ausschluss eines kolorektalen Karzinoms wird ab einem Lebensalter von 50 Jahren empfohlen. Die Risiken der Endoskopie sind insgesamt als gering anzusehen [1], wobei die häufigsten Komplikationen in Kombination mit einer Polypenabtragung einhergehen, laut einer aktuellen retrospektiven Studie die Nachblutung mit 9,8/1000 und die Hohlorganperforation mit 0,8/1000 [2]. Regelmässig werden in der Literatur aber auch Milzläsionen beschrieben. Als Ursache werden stumpfe Traumata bzw. ein exzessiver Zug am Ligamentum splenocolicum durch die Manipulation mit dem Endoskop angenommen [3]. Im Folgenden soll eine Fallserie von drei Patienten mit Milzruptur nach Kolonoskopie vorgestellt werden.



Benjamin Wagner



Abbildung 1: Milzruptur Grad IV (nach AAST) mit aktiver Blutung.

Fallberichte

In einem Zeitraum von 24 Monaten (Februar 2014 bis März 2016) wurden in unserem Hause insgesamt drei Fälle einer Milzläsion im Zusammenhang mit einer kürzlich vorausgegangenen Kolonoskopie behandelt. Alle Patienten waren weiblichen Geschlechts. Das durchschnittliche Alter betrug 63 Jahre (59–69 Jahre). Zwei von drei Patientinnen wiesen abdominale Voroperationen auf, einmal einen St.n. Cholezystektomie und einmal einen St.n. Hysterektomie und Adnexektomie. Eine Patientin hatte eine medikamentöse Therapie mit einem Thrombozytenaggregationshemmer (Acetylsalicylsäure 100 mg).

Bei allen Patientinnen wurde jeweils eine Ileokoloskopie mit Biopsien durchgeführt. In zwei Fällen wurden zusätzlich mehrere Polypen mit der Zange bzw. der Schlinge abgetragen. Der Darm wurde immer als gut vorbereitet beschrieben, Probleme während der Intervention wurden keine berichtet. Zwei Kolonoskopien wurden extern durchgeführt, die andere in domo. Alle Untersucher gelten als äusserst erfahren. Bei allen Eingriffen fand eine Sedation mit Propofol statt.

Die Patientinnen hatten jeweils über neu aufgetretene, postinterventionelle Abdominalschmerzen geklagt. Das Intervall bis zum Symptombeginn war dabei unter 24 Stunden, in einem Fall wenige Minuten nach dem Eingriff (15 Minuten bis 8 Stunden). Initial zeigte nur eine Patientin eine leichte Hypotonie von 89 mm Hg systolisch. Die andern beiden waren normoton und alle wiederum normokard. Das initiale Hämoglobin befand sich jeweils im Normbereich (129–139 g/l). Alle Patientinnen wiesen eine dezidierte Druckdolenz im linken Oberbauch ohne Peritonismus auf. Das Kehrzeichen war in keinem der Fälle pathologisch.

Die Diagnose wurde jeweils mittels Computertomographie gesichert. In einem Fall zeigte sich hierbei eine Milzruptur Grad IV (Abb. 1), in den anderen beiden eine Grad-III-Ruptur nach AAST (American Association for the Surgery of Trauma), bei einer Patientin ohne aktive Blutungskomponente. Alle Patientinnen wiesen ein intraperitoneales Hämatom auf.

Bei der Grad-IV- und einer Grad-III-Ruptur erfolgte auch aufgrund zunehmender Kreislaufinstabilität die notfallmässige Laparotomie und Splenektomie. Ein milzerhaltendes Verfahren war aufgrund der fortge-

Korrespondenz:
Benjamin Wagner
Chirurgische Klinik
Spital Männedorf
Asylstrasse 10
CH-8708 Männedorf
benjaminwagner[at]
outlook.com

schrittene Desintegration des Organs in beiden Fällen nicht möglich. Intraoperativ wurden je zwei bzw. vier Erythrozytenkonzentrate verabreicht. Postoperativ erfolgte die intensivmedizinische Überwachung für einen bzw. drei Tage. Eine Patientin entwickelte ein paroxysmales, tachykardes Vorhofflimmern. Der weitere postoperative Verlauf war mit sieben bzw. neun stationären Tagen jeweils unauffällig. Vor Austritt fanden die Impfungen gegen Pneumo- und Meningokokken statt und jährliche Impfungen gegen Influenza wurden empfohlen. Histopathologisch zeigte sich jeweils unauffälliges Milzgewebe. Die zweite Grad-III-Ruptur nach AAST ohne aktive Blutungskomponente war stets kreislaufstabil, wurde jedoch aus Kapazitätsgründen in ein anderes Spital zur intensivmedizinischen Überwachung verlegt und konnte konservativ behandelt werden. Eine Verlaufscomputertomographie nach drei Tagen zeigte ein regredientes Hämatom. Anschliessend erfolgten die Verlegung auf die Normalstation und der endgültige Austritt nach fünf Tagen.

Diskussion

Die traumatische Milzruptur nach Koloskopie ist eine bekannte Komplikation, die erstmalig 1974 von Wherry beschrieben wurde [4]. In einer aktuellen Literaturrecherche bei NCBI Pubmed mit den Schlüsselwörtern «splenic», «rupture» und «colonoscopy» fanden sich insgesamt 115 Artikel zu diesem Thema, grösstenteils Einzelfallbeschreibungen bzw. kleine Fallserien. Auch wenn die genaue Inzidenz nicht bekannt

ist, handelt es sich im Hinblick auf die Gesamtzahl der Koloskopien, die durchgeführt werden, dabei zwar um eine sehr seltene Komplikation, jedoch mit unmittelbarer vitaler Bedrohung des Patienten. In den meisten Fällen musste eine notfallmässige Splenektomie durchgeführt werden. Gelegentlich waren ein interventionelles Vorgehen oder die konservative Therapie möglich.

Als ursächlich wird ein direktes Trauma der Milz bzw. eine Avulsion der Milzkapsel bei der Passage des Endoskops über die linke Flexur hinaus angenommen. Als mögliche Risikofaktoren werden fortgeschrittenes Lebensalter, das weibliche Geschlecht sowie Voroperationen und das Vorhandensein intraabdominaler Verwachsungen angeführt. Das Intervall bis zum Symptombeginn liegt meist unter 24 Stunden [5]. Bezüglich der Therapie finden die gleichen Richtlinien (z.B. gemäss AAST) wie bei der sonstigen traumatischen Milzläsion Anwendung. Häodynamisch stabile Patienten können konservativ oder interventionell behandelt werden. Häodynamisch instabile Patienten müssen notfallmässig operativ versorgt werden.

Verdankungen

Wir danken PD Dr. med. C. Stoupis, Chefarzt Radiologie, Spital Männedorf, für die Abbildung.

Disclosure statement

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3 Leitlinie Kolorektales Karzinom, Langversion 1.1, 2014, AWMF Registrierungsnummer: 021007OL.
- 2 Reumkens A, Rondagh EJ, Bakker CM, Winkens B, Masclee AA, Sanduleanu S. Post-colonoscopy complications: a systematic review, time trends, and meta-analysis of population-based studies. *Am J Gastroenterol.* 2016;111(8):1092–101.
- 3 Zappa MA, Aiolfi A, Antonini I, Musolino CD, Porta A. Splenic rupture following colonoscopy: Case report and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2016;21:118–20.
- 4 Wherry DC, Zehner Jr H. Colonoscopy-fiberoptic endoscopic approach to the colon and polypectomy, *Med Ann Dist Columbia.* 1974;43:189–92.
- 5 Corcillo A, Aellen S, Zingg T, Bize P, Demartines N, Denys A. Endovascular treatment of active splenic bleeding after colonoscopy: a systematic review of the literature. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2013;36(5):1270–9.

Das Wichtigste für die Praxis

Die Milzruptur ist neben der Nachblutung und der Hohlorganperforation eine insgesamt seltene Komplikation der Koloskopie, an die es jedoch bei rasch auftretenden postinterventionellen Schmerzen aufgrund der unmittelbaren vitalen Bedrohung zu denken gilt. Eine rasche, zielführende Diagnostik und Therapie sind angezeigt.