

[Erschwert durch Voroperationen ...](#)

Differenzialdiagnose präperitonealer Abszess

Dr. med. Christopher Butler Ransohoff^a, Dr. med. Jaled Charimo^b, Dr. med. Thomas Kapp^c,
Dr. med. Charles de Montmollin^c

^a Departement Orthopädie und Traumatologie, Spital Thun, Thun; ^b Departement Radiologie, Spital Aarberg, Aarberg;

^c Departement Chirurgie, Spital Aarberg, Aarberg

* Die beiden Autoren haben zu gleichen Teilen zum Artikel beigetragen.



Fallbeschreibung

Ein 79-jähriger Patient stellte sich initial mit Schmerzen im rechten Unterbauch und einer dort seit fünf Tagen neu aufgetretenen Schwellung auf unserer Notaufnahmestation vor. Bei dem Patienten bestanden eine Tachykardie (120/min) und Tachypnoe (27/min), jedoch kein Fieber.

Die chirurgische Anamnese umfasste eine TEP-Operation mit Sanierung beider Inguinalregionen drei Jahre zuvor. Ausserdem bestand bei dem Patienten eine Leberinsuffizienz im Stadium Child-Pugh A sowie ein Diabetes mellitus Typ 2.

Eine Blutuntersuchung zeigte Leukozyten von 19 G/l und ein CRP von 188 mg/l. Es erfolgte die umgehende Asservierung von Blutkulturen. Im Anschluss führten wir eine Computertomographie (CT) des Abdomens durch. Hier zeigte sich eine ausgedehnte Abszessverdächtige Raumforderung mit Ausdehnung vom M. iliopsoas bis zur vorderen Bauchwand. Die grosse Formation lag dem Zökum an und die Appendix war nicht abgrenzbar (Abb. 1).

Infolge führten wir eine operative Abszessdrainage und Entfernung der Netzeinlage rechts durch.

In einer von vier Blutkulturen wurde *Corynebacterium spp.* nachgewiesen. Die restlichen Blutkulturen sowie die intraoperativ gewonnen Proben blieben nach 14-tägiger Bebrütung steril. Eine kalkulierte antibiotische Therapie mit Ciprofloxacin und Metronidazol wurde für sieben Tage verabreicht. Der Patient erholte sich rasch und verliess unser Krankenhaus in gutem Allgemeinzustand.

Neun Monate später stellte sich der Patient erneut mit einer Schwellung über dem rechten Unterbauch und spontaner Eiterentleerung sowie Fieber in unserer chirurgischen Notaufnahme vor.

Der Patient gab ausserdem an, zwischenzeitlich auf einer internistischen Station bezüglich eines unklaren Infektes hospitalisiert gewesen zu sein. Die Abklärungen hätten keinen Fokus sichern können, so dass der Patient bei Verdacht auf einen einfachen viralen Infekt in gutem Allgemeinzustand entlassen wurde.

Wir führten unverzüglich eine CT durch, die erneut eine präperitoneale Abszessformation im rechten Unterbauch nachwies. Dieses Mal reichte der Abszess in den Leistenkanal und den proximalen Oberschenkel. Darüber hinaus zeigte die CT eine Fistel zwischen einer chronisch-entzündlich verdickten, perforierten Appendix und der Abszessformation (Abb. 2).

Es erfolgte umgehend die operative Abszessdrainage und laparoskopische Appendektomie.

Intraoperativ zeigte sich deutlich eine appendico-präperitoneale Fistel mit Invasion der vorderen Bauchwand (Abb. 3).

Drei Tage nach der Appendektomie konnten wir den Patienten in gutem Allgemeinzustand wieder nach Hause entlassen.

In der klinischen Nachkontrolle vier Wochen später ergaben sich keine Hinweise auf ein Rezidiv des Abszesses oder einer Leistenhernie

Diskussion

Präperitoneale Abszesse werden sowohl als Spätkomplikation bei inguinalen Netzplastiken [1] als auch als seltene Komplikation einer Appendizitis [2] beschrieben.

In diesem Fall rückte die Appendizitis als Ursache des präperitonealen Abszesses, in Anbetracht einer möglichen Spätinfektion der Netzplastik, zunächst in den Hintergrund. Die vermeintlich rasche Erholung des Patienten nach der ersten Abszessdrainage und Netzeinlagen-Entfernung verleitete zu der Annahme, bereits initial den Abszess ursächlich behandelt zu haben. Das Fehlen intraabdomineller Abszessformationen und Entzündungszeichen unterstützte zusätzlich diese Annahme. Der Nachweis von *Corynebacterium* in einer von vier Blutkulturen musste als dermale Kontamination gewertet werden, so dass auch die mikrobiologischen Untersuchungen ebenso wenig Anlass gaben, einen intraabdominellen Fokus zu erwägen.

Retrospektiv hätte die zum Teil retroperitoneale Abszesslage mit Beteiligung des M. iliopsoas und das eng am Abszess anliegende Zökum bereits bei der ersten Hospitalisation an eine intraabdominelle Beteiligung



Christopher Butler Ransohoff



Jaled Charimo

Korrespondenz:
Dr. med. Christopher Butler
Ransohoff
Spital Thun
Krankenhausstrasse 12
CH-3600 Thun
christopher.butlerransohoff
[at]spitalstsag.ch



Abbildung 1: Transversales Schnittbild einer Kontrastmittel-gestützten CT mit grosser präperitonealer Abszessformation (weisse Pfeile).

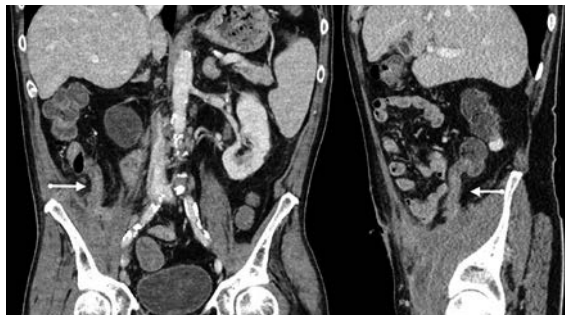


Abbildung 2: Koronare und sagittale Schnittbilder einer Kontrastmittel-gestützten CT bei appendico-präperitonealer Fistel (weisse Pfeile).

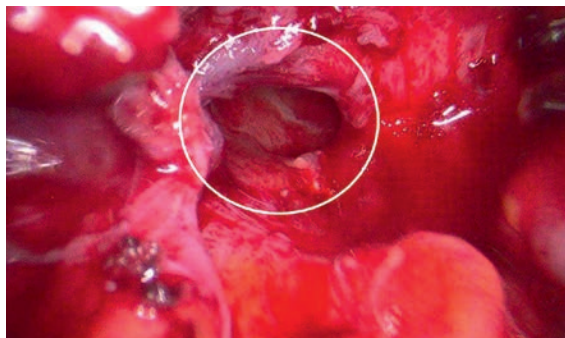


Abbildung 3: Intraoperative Darstellung der appendico-präperitonealen Fistel (weisser Kreis).

Das Wichtigste für die Praxis

- Dieser Fall unterstreicht die Bedeutung einer umfassenden differenzialdiagnostischen Abklärung präperitonealer Abszesse, die insbesondere auch die intraabdominelle Fokussuche umfasst. Diese kann im Zweifel auch eine diagnostische Laparoskopie umfassen.
- Spätinfektionen nach präperitonealen Netzeinlagen stellen eine seltene, in Anbetracht der Häufigkeit der Operation, jedoch relevante Differenzialdiagnose dar.
- Gerade in Bezug auf die notfallmässige Abklärung bei septischen Patienten ist die CT-Bildgebung das diagnostische Verfahren der Wahl. Es unterstützt die Abklärung bei beinahe allen denkbaren Differenzialdiagnosen. Der enge interdisziplinäre, chirurgisch-radiologische Austausch ist dabei notwendig.

Tabelle 1: Differenzialdiagnose präperitonealer Abszesse.

Intraabdominell	Appendizitis/Appendikolithen
	Morbus Crohn, Colitis ulcerosa
	Gastroduodenale Ulzera
	Divertikulitis
	Cholezystitis/Cholelithiasis
	Kolorektales Karzinom, u.a. Karzinome
	Extraabdominell
Spondylitis/Spondylodisitis	
Sakroiliitis/septische Arthritis	
Pyelonephritis	
Urozystitis	
Karzinome des Urogenitaltraktes	
Pankreatitis	
Infiziertes abdominelles Aortenaneurysma	
Eitrige Lymphadenitis	
Primär	Hämato gene Streuung

denken lassen können. In dieser Situation hätte eine diagnostische Laparoskopie mit hoher Sicherheit eine Differenzierung intra- versus extraabdomineller Ätiologien ermöglicht. Die Invasivität dieses Verfahrens und das Fehlen klarer radiologischer oder mikrobiologischer Hinweise auf einen intraabdominellen Ursprung standen dem jedoch entgegen. Die CT-Bildgebung stellt letztlich den Goldstandard in der akuten Beurteilung der prä- und retroperitonealen Abszesse dar [3]. In der wiederholten CT-Bildgebung konnten schliesslich ausreichend Hinweise gewonnen werden, die invasivere Massnahmen rechtfertigten.

Da es sich bei dem Netz um ein reines Polypropylen-Präparat gehandelt hat, wäre eine Entfernung des Netzes in jedem Fall notwendig gewesen. Denn nur dadurch kann eine vollständige Heilung sichergestellt werden [4].

Da es keine strukturelle Barriere zwischen dem Retroperitoneal- und Präperitonealraum gibt [5], ist die Differenzialdiagnose der präperitonealen Abszesse im Wesentlichen die der retroperitonealen Abszesse, ergänzt um die Fremdkörperinfektionen im Präperitonealraum (Tab. 1).

Disclosure statement

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

Literatur

- 1 Samee A, Adjepong S, Pattar J. Late onset mesh infection following laparoscopic inguinal hernia repair. *BMJ Case Reports*. 2011;pii: bcr0920114863.
- 2 Souza I, Nunes DAA, Massuqueto CMG, et al. Complicated acute appendicitis presenting as an abscess in the abdominal wall in an elderly patient: a case report. *Int J Surg Case Rep*. 2017;41:5–8.
- 3 Mallick IH, Thoufeeq MH, Rajendran TP. Iliopsoas abscesses. *Postgrad Med J*. 2004;80:459–62.
- 4 Stremitzer S, Bachleitner-Hofmann T, Gradl B, et al. Mesh graft infection following abdominal hernia repair: risk factor evaluation and strategies of mesh graft preservation. A retrospective analysis of 476 operations. *World J Surg*. 2010;34:1702–9.
- 5 Frias Vilaça A, Reis AM, Vidal IM. The anatomical compartments and their connections as demonstrated by ectopic air. *Insights Imaging*. 2013;4:759–72.