

Notfallsymposium Ostschweiz Wil 2022

Wieder unklare Abdominalschmerzen!?

Dr. med. Peter Düster

Facharzt für Allgemein-, Viszeral- u. Thoraxchirurgie, Spezielle Viszeralchirurgie
ISP Klinische Notfallmedizin SGNOR



Zentrale Notaufnahme
Kantonsspital St. Gallen



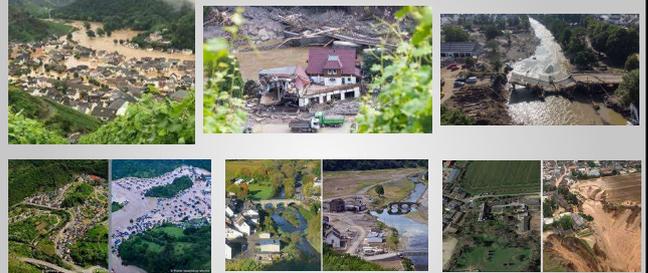
Klinik für Allgemein-, Thorax- u. Viszeralchirurgie
St. Nikolaus-Stiftshospital Aandernach
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Bonn



Dr. med. Peter Düster

1

Hochwasser 14./15. Juli 2021 Logistik MANV Ahrtal



>100 l/qm Regen in 24 h, 56000 Einwohner leben im Ahrtal

➤ Bilanz:

184 Tote, 38 Brücken zerstört, 7154 zerstörte Häuser (467 Gebäude weggespült), 17000 Menschen verloren Großteil ihrer Existenz, wichtige Infrastruktur zerstört



Dr. med. Peter Düster

2

44 J. weibl.

PA: Peutz-Jeghers-Syndrom, Z.n. Appendekt., Hysterekt.,
Dünndarmteilresektion 1989;
vor 11 Tagen orthograde Darmreinigung, Coloskopie und Endoskopie
Ileum (ca. 100 cm)

IL: seit Monaten rezidiv. unspezifische **postprandiale Schmerzen** u.
Gewichtsabnahme 15 kg. Am Vorabend zunehmende abdominale
Schmerzen u. mehrfaches Erbrechen. **Kein Stuhlverhalt**, kein Fieber.

Status: Abdomen diffus druckdolent ohne Peritonismus, geringer
Meteorismus mit spärlicher Peristaltik, tastbare Walze im UB, keine Hernie

Labor: Leuko 21900/ul
Laktat 19,3 mg/dl
CRP 0,29 mg/dl

und jetzt?



Dr. med. Peter Düster

3

Ihre diagnostischen Möglichkeiten

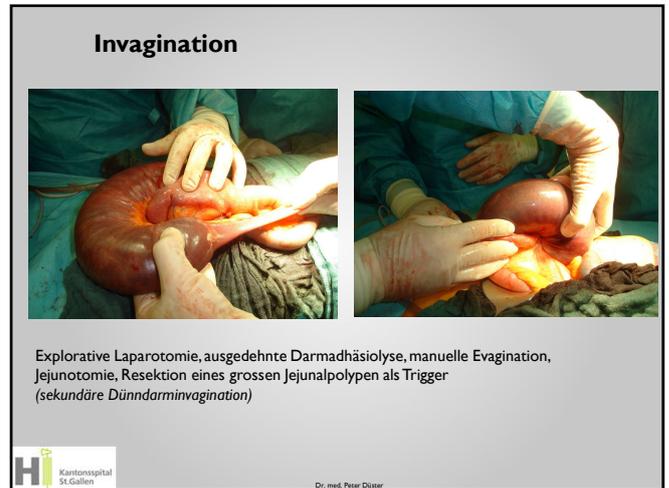


Dr. med. Peter Düster

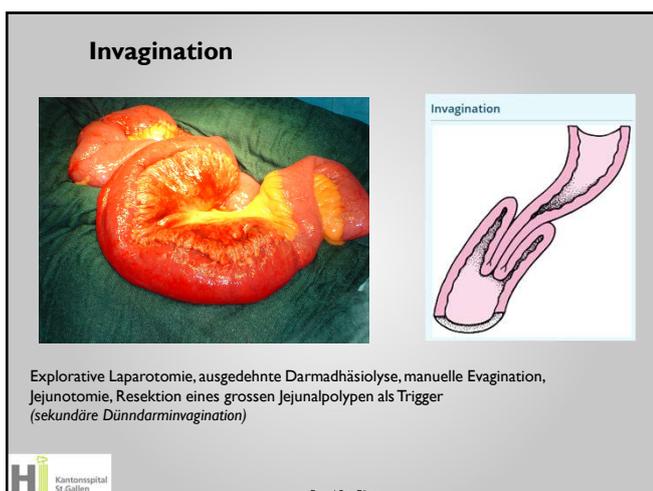
4



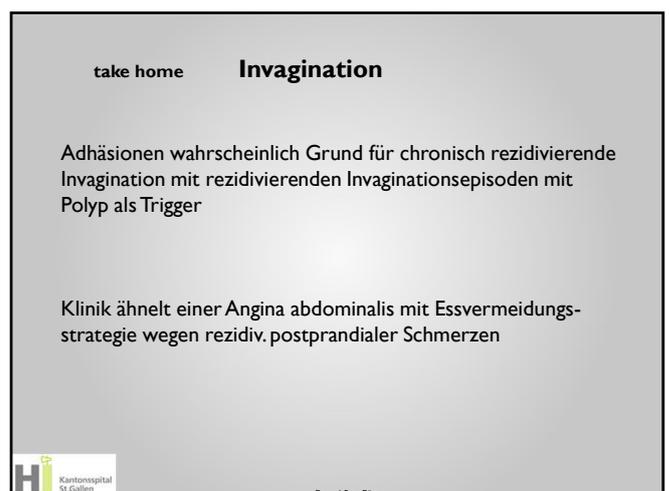
5



6



7



8

damit es hängen bleibt!

52 J., weibl.

PA: Z.n. vaginaler Hysterektomie

KL: akut einsetzende, rasch progrediente kolikartige abdominale Schmerzen, Übelkeit, kein Erbrechen, **kein Stuhilverhalt**, kein Fieber.

Status: Diffuser abdominaler DS ohne Peritonismus, hochgestellte DG, tastbare Walze im Mittelbauch

Labor: Leuco 11700/ μ l
Laktat 28,8 mg/dl (Norm bis 20mg%)
CRP 0,1 mg/dl (Norm bis 0,5 mg/%)

9

auf was achten sie?



10

Bilder die bleiben!



11



Explorative Laparotomie, ileoileale Invagination von ca. 40 cm mit hämorrhagischer Dünndarminfarzierung, Dünndarmsegmentresektion, intraop. keine organische Ursache zu finden (*primäre ideopathische Dünndarminvagination*)

12

Pathophysiologie / Mechanismus

Invaginationen am häufigsten ileocecal, aber auch ileoileal, ileokolisch, ileoileokolisch, ileozökokolisch möglich.

Ileoileale Invaginationen häufiger mit venösen Stauungsfolgen und blutige Transsudation (Platzmangel!)

Lässt eine Fixation des Darmes keine grösseren Bewegungen zu, verlaufen Invaginationen intermittierend postprandial und lösen sich durch Retroperistaltik wieder auf.

→ Gewichtsabnahme durch Vermeidungsverhalten (DD: Angina abdominalis bei chron. mesenterialer Ischämie)



Dr. med. Peter Dürer

Notfallsymposium Ostschweiz 2022 Wil

Primäre Ideopathische Invagination

> 90 % bei Kleinkindern bis 2Lj., v.a. im Rahmen einer Gastroenteritis mit evtl. gestörter Darmperistaltik

→ Konservative Therapie mit hydrostatischer Evagination meist erfolgreich, wenn Beginn Invagination nicht > 12 - 24h

Sekundäre Invagination

Ursache organisches Substrat z.B. Darmpolypen (bei Peutz-Jeghers-Syndrom häufig Dünndarminvaginationen), intramurale Lymphome, Meckel-Divertikel, Leiomyome, Hämangiome, ektope Magenschleimhaut, Lipome, maligne Tumore (kolische Invaginationen)

Voraussetzung ist ein fixierter und ein mobiler Darmanteil und ein pathol. Trigger, der mit der Peristaltik in den fixierten Darm getrieben wird



Dr. med. Peter Dürer

Fazit für die Praxis

Dünndarminvagination bei uncharakteristischen, insbesondere rezidivierenden, postprandialen Schmerzzuständen in die DD einbeziehen (DD: Angina abdominalis)

Die Sonografie dient als erstes bildgebendes Verfahren sowohl dem direkten Nachweis als auch der Eingrenzung möglicher zugrunde liegender Ursachen. Ggf. folgt ein CT.

Im Gegensatz zur kindlichen Invagination müssen alle adulten Invaginationen in der Regel chirurgisch angegangen werden, denn diesen liegt zu über 90% ein pathologische Ursache zu Grunde.



Dr. med. Peter Dürer

Notfallsymposium Ostschweiz 2022 Wil

S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (Rev. I | 2021)

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit



P. Düster, E. Dommermuth, H.-J. Rütthlein, U. Fischer, M. Lehmann, M. Malec

Primary and secondary intussusception of the small intestine in adults



Dr. med. Peter Düster

17

«Einen habe ich noch...»

?



Dr. med. Peter Düster

18

Notfallsymposium Ostschweiz 2022 Wil

18 J. gesunder männl. Pat ohne Vor-OP:
Dünndarm-ileus bei mit reichl. Erdnüssen gefülltem Meckel-Divertikel



Dr. med. Peter Düster

19