

KF-2.4 Pelvine/retroperitoneale Phlegmone durch Streptokokken Gruppe G in Folge von Hämorrhoidopexie nach Longo

T. Scheib¹, A. Haueis¹, G. Pistorius¹

¹Sozialstiftung Bamberg

Bei einem 60jährigen Patienten mit diffus großzelligem B-NHL und Z.n. Chemotherapie mit R-CHOP, lag ein Rezidiv eines akuten Analprolapses vor. Nach konservativer Therapie mit Reposition und abschwellenden Maßnahmen wurde von dem Patienten eine chirurgische Therapie gewünscht. Nebenbefundlich lag eine Leukopenie wohl als protrahierte Toxizität der Chemotherapie vor. Die letzte Chemotherapie erfolgte vor 8 Wochen. Am 3. postop. Tag entwickelte der Patient einen Harnverhalt und klagte über Tenesmen im linken Unterbauch. Perineal und digital rektal keine Auffälligkeiten. Hier erfolgte eine transurethrale Kathetereinlage und Stuhlstimulierung. Nach kurzzeitiger Besserung Entwicklung einer Oligurie und Meteorismus am 4. postop. Tag. Laborchemisch Kreatinin 2,1 mg/dl (0,8-1,2), CRP 34,26 mg/dl (<0,6), Laktat 5,2 mmol/l (<2,1). Im Abdomen-CT zeigte sich bei rektaler Füllung mit KM kein KM-Austritt im Bereich der Staplnaht, wenig circuläre extraluminale Luft und diffuse Fettgewebszeichnung. Keine pelvine Flüssigkeit. Einleitung einer systemischen Antibiose mit Imipinem/Clindamycin. Hierunter weitere Verschlechterung i.S. einer Anurie und respiratorischer Erschöpfung innerhalb weiterer 8 h. Entschluss zur Laparotomie. Hier abdominell zunächst wenig Flüssigkeit, nach Eröffnen des Peritoneums im kleinen Becken zeigt sich eine pararektale Phlegmone, welche gespült und drainiert wird. Trotz flankierender Therapie mit Citrix, Hydrocortison, Selen und Granozyte weitere Verschlechterung des AZ und Entwicklung eines abdominellen Kompartments innerhalb der nächsten 24 h. Die Relaparotomie zeigt eine Ausdehnung der Phlegmone retroperitoneal, paracolisch und retromesenterial mit Muskelnekrosen. In der Mikrobiologie konnten massenhaft Streptokokken der Gruppe G pararektal und vereinzelt Enterococcus faecalis abdominell nachgewiesen werden. Beide Keime waren auf die Antibiotikatherapie sensibel. Die Histologie der Laparotomie ergab eine mäßiggradige aktive Peritonitis und Perifasciitis. Eine typische nekrotisierende Fasciitis lag nicht vor. Das Longoresektat bestand aus Mukosa und Submukosa. Trotz der therapeutischen Maßnahmen verstarb der Patient am 6. postop. Tag im septisch-toxischen Kreislaufversagen.

Fazit: Auch bei geschlossenem Resektionsverfahren kann bei Patienten mit Immuninkompetenz eine Keimverschleppung mit pelviner Phlegmone entstehen. Die Indikation muss daher in solchen Fällen eng gestellt werden, eine präoperative Gabe von G-CSF sollte mit einem Hämatonkologen abgesprochen werden.