

### **KF-3.11 Interdisziplinärer Therapieansatz bei Patienten mit Truncus coeliacus Stenose und notwendiger Duodenohepantektomie**

M.-T. Müller<sup>1</sup>, B. Geissler<sup>1</sup>, M. Anthuber<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinikum Augsburg

**Kontext** Die Inzidenz einer Truncusstenose wird in der Literatur mit 10-25 % angegeben. Diese ist klinisch meist inapparent, da es zur poststenotischen Auffüllung der Lebergefäße durch Strömungsumkehr in den Pankreasarkaden kommt. Im Falle einer Duodenohepantektomie kann die Unterbrechung dieser Kollateralen durch Ligatur der A. gastroduodenalis fatale Komplikationen (Ischämie des Gallengangs mit Insuffizienz der biliodigestiven Anastomose bis hin zum Leberversagen) nach sich ziehen, so dass die Indikation zur Revaskularisation in einem selektionierten Patientengut gegeben ist.

**Fallvorstellung** Vor dem Hintergrund der aktuellen Literatur zeigen wir die von uns gewählten Lösungsstrategien, die sich insbesondere in dem Zeitpunkt der Revaskularisation (prä-, intra- und postoperativ) unterscheiden. Während im Falle der postoperativen Stentangioplastie der Verlauf im akuten Leberversagen endete, war die gefäßchirurgische Revaskularisation mit Vena saphena magna Interponat (A. mesenterica superior A. hepatica) erfolgreich. Besonders interessant ist der Fall einer 58-jährigen Patientin, bei der intraoperativ eine kaliberschwache A. hepatica communis auffällt. Nach Clamping der A. gastroduodenalis ist kein Puls mehr auf der A. hepatica propria tastbar, so dass eine bis dato nicht festgestellte Truncusabgangsstenose von hämodynamischer Relevanz vorliegt. Unmittelbar nach Abbruch der Operation wird interventionell eine perkutane transluminale Angioplastie mit Stenteinlage durchgeführt. Am nächsten Tag erfolgt unter Heparinisierung die pylorusresezierende Duodenohepantektomie, bei der sich nun nach Abklemmen der A. gastroduodenalis ein ausreichend kräftiger Puls der Leberarterie tastet. Die Patientin konnte nach einem unkomplizierten intra- und postoperativen Verlauf unter Antikoagulation nach Hause entlassen werden.

**Schlussfolgerung** Bei geplanter Duodenohepantektomie muss präoperativ das CT von einem erfahrenen Untersucher explizit auf das Vorhandensein einer Truncusstenose überprüft werden. In Abhängigkeit des Befundes kann somit vor der Operation ein interventioneller Therapieansatz zur Einstromoptimierung gewählt werden. Im Falle von im klinischen Alltag nicht seltenen, intraoperativ bemerkten Veränderungen nach Clamping der A. gastroduodenalis sollten die für den individuellen Patienten in Frage kommenden Möglichkeiten (Stentangioplastie, gefäßchirurgischer Bypass bzw. Interponat, Spaltung des Ligamentum arcuatum mediale) im interdisziplinären Dialog entschieden werden.