

PO-2.17 Spontane Duodenal- und Kolonperforation bei langjährig bekannter Pankreaspseudozyste

O. Vorontsov¹, A. Hessenberger¹, K. Bayreuther¹, E. Lutzevich¹, I. Schoupe¹, C. Graeb¹

¹Sana Klinikum Hof

Einleitung: Pankreaspseudozysten (PPC) treten als häufige Komplikation der Pankreatitis mit einer Prävalenz von 20-40% auf. Während sich PPC bei akuter Pankreatitis auch bei einer Größe von ≥ 4 cm zu 65% spontan zurückbilden, zeigen chronische PPC (> 6 Wochen) nur eine spontane Rückbildungsrate von unter 10%. In dem hier beschriebenen Fallbeispiel berichten wir über einen Patienten mit spontaner Perforation einer PPC in das Duodenum und das C. transversum.

Methode: Der 56 jährige Patient wurde mit akutem Abdomen und subseptischem Krankheitsbild in unsere Klinik aufgenommen. In der CT-Diagnostik zeigte sich eine ausgedehnte (15 x 25 cm), infizierte PPC, die den gesamten Mittel- und linken Oberbauch ausfüllte. Anamnestisch gab der Patient an bereits 2 mal am Pankreas operiert worden zu sein, bei der Erst-OP sei zudem die Milz entfernt worden. Nach initialer antibiotischer Vorbehandlung führten wir eine Gastroduodeno- und Koloskopie durch. Hierbei fanden sich Ulzerationen mit fraglicher Perforation im Duodenum und im C. transversum.

Ergebnis: Unter dem klinischen Eindruck einer infizierten PPC war ein zweizeitiges Vorgehen geplant bei dem wir zunächst eine Ausräumung der infizierten PPC über einen retroperitonealen Zugang bei o.g. Vorooperationen durchführten. Dabei entleerte sich reichlich festes übelriechendes Material aus der PPC. Bereits am Abend der OP entleerte galliges bzw. stuhliges Sekret über die Drainagen. In der sich anschließenden OP erfolgte nach ausgedehnter Adhäsionolyse die Eröffnung der PPC mit Anlage einer nach Y-Roux ausgeleiteten Dünndarmschlinge. In gleicher Sitzung erfolgte eine 2/3-Magenresektion mit Resektion des perforierten proximalen Anteils des Duodenums und eine Transversumresektion mit primärer Reanastomosierung. Nach initial protrahiert septischem Verlauf konnte der Patient ohne weitere operative Revision am 15. Tag auf die Normalstation und am 21 Tag ohne Hinweis auf endokrine oder exokrine Insuffizienz entlassen werden.

Schlußfolgerungen: PPC können in den meisten Fällen konservativ behandelt werden und zeigen im akuten Auftreten eine sehr hohe Spontanheilung. Interventionen sollten bei Komplikationen oder bei chronischen Zysten ≥ 5 cm erwogen werden, so daß in jedem Fall eine interdisziplinäre Evaluierung zu empfehlen ist. Sehr seltene schwerwiegende Komplikation einer PPC, wie in dem hier dargestellten Fall, treten lediglich in ca. 3% aller chronischen PPC auf und bedürfen regelhaft der chirurgischen Sanierung.