

**HS-12.1 Oh ihr Götter! Wie viele Menschen beschäftigt ein einziger Bauch!
Erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit der Gefäß- und Visceral-
chirurgie, bei einer gynäkologischen Tumorpatientin Autoren: S.
Haselmann, U. Clauer, St. Fraunhofer, J. Roder**

S. Haselmann¹

¹Kreiskrankenhaus Altötting

Bei V.a. Ovarial-Ca unterzog sich eine 59-jährigen Patientin auswärts einer explorativen Laparotomie. Es erfolgte die radikale Uterusexstirpation mit Adnexektomie bds., die pelvine und paraaortale Lymphadenektomie, die subtotale Peritonektomie, Omentektomie, Sigmaresektion mit Anastomose sowie die Cholezystektomie, Appendektomie und Splenektomie. Histologisch zeigte sich das Bild eines Ovarial-Ca, pT3 N1 (18/28) L1 V0 G3 R1. Von Dezember bis Februar folgten bei Anastomoseninsuffizienz und Peritonitis sowie Pankreaschwanznekrosen 7 weitere abdominelle Operationen. Die Patientin erhielt von Februar bis April 2014 eine Chemotherapie (insgesamt 5 Zyklen) mit Carboplatin / Paclitaxel und zuletzt zusätzlich Bevacizumab. Die Patientin stellte sich im April 2014 erstmalig in unserer Notaufnahme vor, da ihr Stoma nun Blut förderte. Im CT zeigte sich eine entero-vaskuläre Fistel, welche einem kleinem Aneurysma der A. iliaca communis rechts, direkt am Abgang der A. iliaca externa, entsprang. Die Fistel wurde umgehend gefäßchirurgisch, mittels Coiling der A. iliaca interna (welche gut durch Kollaterale versorgt wurde) und endovaskulärem Stentgraft in die A. iliaca communis rechts (Aneurysmaausschaltung als Bridgingverfahren), therapiert. Im weiteren Verlauf traten immer wieder Fisteln, mit zum Teil erheblichen Blutverlusten über das Stoma, auf. Gefäßchirurgisch folgten nacheinander ein femoro-femorale Crossoverbypass von links nach rechts mit Ligatur der A. iliaca externa rechts, eine Übernähung der A. iliaca externa links sowie ein iliaco-femorale Venenbypass links, um die plötzlich aufgetretenen Leckagen im Bereich von neuen iliacalen Aneurysmen zu versorgen. Die Patientin befand sich 6 Monate in unserer Behandlung und musste sich zahlreichen operativen Eingriffen unterziehen. Bei der Patientin sind seit September 2014 keine relevanten Komplikationen mehr aufgetreten. Sie fühlt sich wohl und freut sich über ihre Gewichts- und Kräftezunahme. Sie findet sich regelmäßig zu gynäkologischen und gefäßchirurgischen Kontrolluntersuchungen ein. Hinweise auf ein Rezidiv des gynäkologischen Primärtumors fanden sich nicht. Was letztendlich ursächlich für die neu aufgetretenen Aneurysmen der Iliacalgefäße und die enterale Fistelbildung war, konnte nicht abschließend geklärt werden. Zu diskutieren wäre der geschwächte Allgemeinzustand der Patientin, die vorangegangene radikale gynäkologische Debulking-Operation sowie die additive Systemtherapie mit Carboplatin, Paclitaxel und schließlich auch mit Bevacizumab.