

HS-11.15 Pneumoretroperitoneum und Pneumomediastinum mit Mediastinitis nach transanaler Vollwandresektion eines Rectalpockets bei Z.n. laparoskopischer Resektionsrectopexie und STARR-Operation, eine Fallbeschreibung

P. Beer¹, J. Schmidt¹

¹Krankenhaus Landshut-Achdorf

Anamnese

Wir berichten von einer 41-jährigen Patientin mit outlet-Obstruktion, bei der eine STARR-Operation durchgeführt wurde. Bei weiterhin bestehenden Defäkationsbeschwerden wurde bei ausgeprägter Intussuszeption nach 3 Monaten eine laparoskopische Resektionsrectopexie durchgeführt. Nach ca. 8 Monaten bestand ein postdefäkatorischer Schleimhautvorfall mit Schmerzauslösung bei 7:00 in SSL.

Therapie und Verlauf

04/2011 erfolgte die diagnostische Rektoskopie in Narkose, im Zuge derer sich ein „rectal pocket“ zeigte. Es wurde eine Vollwandresektion durchgeführt. Am 1. postoperativen Tag entwickelte die Patientin starke retrosternale und collare Schmerzen, verbunden mit Dyspnoe. Es fand sich ein Hautemphysem des Halses, erhöhte Temperatur und erhöhte Entzündungsparameter. CT-morphologisch fand sich Luft in der Sakralhöhle, mit retroperitonealer und mediastinaler Ausbreitung, ohne intraperitonealen oder intrapleuralem Nachweis von Luft. Es wurde eine intensivmedizinische Überwachung mit Antibiotikatherapie, Analgesie und parenteraler Ernährung durchgeführt. Ein am 10. postoperativen Tag durchgeführtes MRT zeigte einen deutlichen Rückgang des Pneumomediastinums. Die Entzündungszeichen waren im Verlauf normwertig.

Diskussion und Fazit für die Praxis

Gas kann durch winzige Diaphragmadefekte entlang eines Druckgradienten in den Thorax bzw. Pleuraspalt gelangen. Dies geschieht durch Abweichung der Zwerchfellentwicklung und unvollkommenem Verschluss des thorakalen Zöломabschnittes in der Embryonalzeit. Die Ausbreitung der Luft erfolgt aus einer mesenterialeitigen Perforationsstelle über eine Dissektion der embryonalen Adhäsionsschichten. Abhängig von der Verletzung ist eine retroperitoneale Ausbreitung der Luft mit direkter Verbindung zum Mediastinum möglich. Ein Pneumomediastinum kann bei Ruptur der pleura parietalis zum Pneumothorax oder Pneumoperikard führen. Beschrieben sind Fälle nach Koloskopie, Darmresektion, transanalem Eingriff, Analverkehr und Geburt. Eine intraabdominelle Perforation, ein Verhalt oder eine Pneumothorax sollte ausgeschlossen werden. Die Überwachung sollte intensivmedizinisch mit Gabe einer breiten Antibiose erfolgen. Wenn möglich sollte eine konservative Therapie durchgeführt werden.