

Die „vergessene“ Patientin

- Katastrophe durch gigantische Nabelhernie -

B. Limper¹, K. Wolf¹, L. Kamrath¹, K. Peitgen², J. Celesnik¹

¹ Knappschafts Krankenhaus Bottrop GmbH

² St. Vinzenz-Hospital Dinslaken

Einleitung:

Eine 69-jährige stark übergewichtige Patientin stellte sich abends mit akuten Abdominalschmerzen in unserer Klinik vor. Sie sei alleinlebend und ohne weitere Sozialkontakte. Seit zwei Wochen habe Sie keinen Stuhlgang mehr und beklage kotiges Erbrechen. Hausarztkontakte hätten nur selten stattgefunden.

Es kommt zur notfallmässigen Eiweisung durch den Vertreter des Hausarztes.

Klinisch zeigt sich eine Ileussyptomatik mit begleitender Sepsis und gigantischer (12 cm Durchmesser), bereits mit Hautulzerationen und Nekrosen versehene, inkarzerierte Nabelhernie (Abb.1). Wir stellten die Indikation zur Notfall-OP.

Methode:

Nach Eröffnung des Bruchsackes fanden wir ein komplett nekrotisches Omentum majus (Abb.2) und ischämische Anteile des proximalen Colon transversum mit stattgehabter Perforation.

Nach der Präparation zeigte sich ein durch den chronischen Ileus massiv distendiertes und teilweise ischämisch nekrotisches Colon ascendens, so dass eine Hemicolectomie rechts erfolgen musste. Die Wiederherstellung der Kontinuität erfolgt durch eine Ileo-Transversostomie, die Bauchdecke wurde nach ausgiebigem Debridement ohne Kunststoffnetz rekonstruiert.

Verlauf:

Am 10. postoperativen Tag entwickelte die Patientin eine Spätinsuffizienz der Anastomose. Im Rahmen der Re-Laparotomie musste die Resektion der Anastomose, ein Blindverschluss des Colon transversum sowie die Anlage eines endständigen Ileostomas durchgeführt werden.

Der Bauchdeckeninfekt wurde durch ein Laparostoma mit kontinuierlicher Vakuum-Versiegelung (Abb.4) behandelt. Nach zwei Monaten intensivstationären Aufenthaltes konnten wir die Patientin auf die Normalstation übernehmen. Der weitere Verlauf war insgesamt zufriedenstellend.

Ergebnis:

Es erfolgte die Deckung des Bauchdeckendefektes per Mesh-Graft (Abb. 5 - 8), sodass die Patientin nach insgesamt 13 Wochen in eine Reha-Klinik entlassen werden konnte.

Fazit: Dieser Fall zeigt, dass auch in unserer Region noch Vieles in der Versorgungsrealität der älteren Generation im Argen liegt und chirurgisch weiterhin mit derart fortgeschrittenen inkarzerierten Herniensituationen gerechnet und umgegangen werden muss.



Abb. 1: Inkarzerierte Nabelhernie



Abb. 2: Nekrotisches Omentum majus

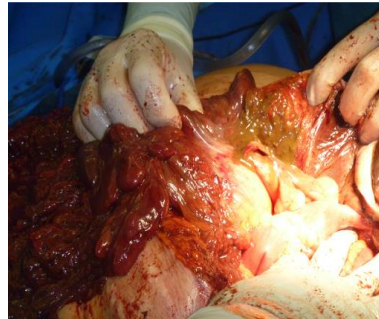


Abb. 3: Colon transversum mit Peroration



Abb. 4: Vac-Verband



Abb. 5: Bauchdecke nach V.A.C.-Therapie

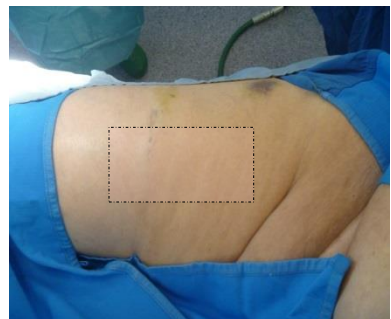


Abb. 6: Vorbereitung für Mesh-Graft

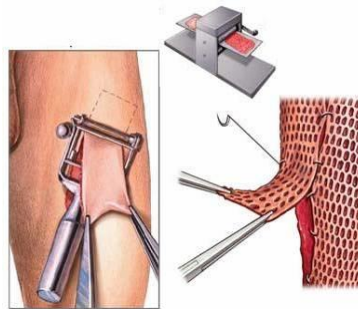


Abb. 7: Mesh-Graft Technik



Abb. 8: Z.n. Mesh-Graft Abdomen