

# Punktförmige Öffnung am Oberschenkel nach Bypass-Operation

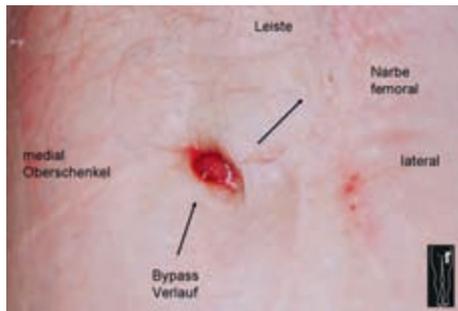


Abbildung 1: Punktförmige, reizlose, granulierende Wunde am medialen linken Oberschenkel im Bypassverlauf.



Abbildung 2: MR-Angiografie des Bypassverschlusses am linken Oberschenkel mit Wiederauffüllung der A. poplitea über Kollateralen.



Abbildung 3: B-Bild-Darstellung des Bypasses im Längsschnitt (gewellte Oberfläche) mit intraluminalen Thromben und Fistelkanal.

## Anamnese

Eine 63-jährige Patientin stellte sich notfallmäßig mit Schmerzen und eingeschränkter Sensibilität im linken Bein im Sinne einer kritischen Ischämie vor.

Bei der klinischen Untersuchung zeigte sich eine, anamnestisch länger als drei Monate bestehende, reizlose, etwa 10 mm große, punktförmige, kaum sezernierende Wunde mit Granulationsgewebe am medialen Oberschenkel bei Zustand nach femoropoplitealer Bypassoperation ohne Heilungstendenz (Abbildung 1).

Die Narben in der Leiste und am Oberschenkel waren reizlos. Der linke Fuß und Unterschenkel war blass, A. poplitea, A. tibialis posterior und A. dorsalis pedis nicht tastbar.

Laborchemisch fanden sich die Leukozyten mit 11,4/nl wenig erhöht (norm 3,98 bis 10/nl), das C-reaktive Protein (CAP) sowie das Procalcitonin normal.

MR-angiografisch konnte der klinisch vermutete Bypassverschluss am linken Oberschenkel bestätigt werden (Abbildung 2).

## Ultraschalluntersuchung

Der Kunststoffbypass zeigte sich ohne Fluss-signal. In der A. poplitea war ein postokklusives Spektrum ableitbar, somit vereinbar mit Bypassverschluss. Im Bypass selbst fand sich ge-

mishtes, teils echoreiches Material, vereinbar mit Thrombus sowie eine echoarme Wandaufflagerung und ein echoarmer Kanal vom Bypass zur Haut (Abbildung 3).

## Diagnose

Akuter Verschluss eines Kunststoffbypasses mit kritischer Ischämie bei lokalisiertem Infekt mit Fistel.

## Therapie

Aufgrund der kritischen Ischämie bestand die notfallmäßige Indikation zur Operation. Aufgrund des Infektes erfolgte die komplette Entfernung des medialen, femoropoplitealen Kunststoffbypasses sowie die Anlage eines extraanatomisch geführten, lateral am Bein verlaufenden, Bypasses auf die A. tibialis anterior.

## Fazit für die Praxis

Punktförmige, teils sezernierende Öffnungen sind als Drainagewunde im Verlauf von Bypassen dringend verdächtig auf eine Fistel mit Bypassinfekt. Die MR-Angiografie zeigte zwar den Bypassverschluss, erst die Sonografie bestätigte den klinischen Verdacht. Als technisch einfache und überall verfügbare Methode sollte die Sonografie immer zuerst angewandt werden [1, 2].

In unserem Fall erfolgte die Entdeckung des chronischen Bypassinfektes erst bei Bypassverschluss im Rahmen der präoperativen Umsetzung einer Thrombozytenaggregationshemmung auf Heparin vor Schilddrüsenoperation. Die lokalisierten Thromben in Verbindung mit echoarmem Wandsaum und/oder einem echoarmen Kanal sind hochgradig verdächtig auf einen Bypassinfekt mit Fistel und können einen Bypassverschluss oder eine Embolisation nach distal verursachen.

## Literatur

1. Lawall H, Diehm C et al (2009). S 3 Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der peripher arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK). VASA 38 Suppl:1-72
2. Blaivas M, Adhikari S (2011). Unexpected findings on point-of-care superficial ultrasound imaging before incision and drainage. J Ultrasound Med 30(10):1425-30

## Autoren

Privatdozentin Dr. Karin Pfister, Privatdozent Dr. Piotr M. Kasprzak, Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie (Leiter: Privatdozent Dr. Piotr M. Kasprzak), Klinik und Poliklinik für Chirurgie des Universitätsklinikums Regensburg, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg, E-Mail: karin.pfister@ukr.de