

# Pankreaszyste vs. Hepaticaaneurysma

Im Jahr 2018 stellt sich die damals 58-jährige, beschwerdefreie Patientin bei ihrem Hausarzt zur allgemeinen Untersuchung vor. Bei der Abdomensonografie (Abbildung 1) fällt eine kreisrunde, ca. 1,5 cm durchmessende Struktur im Bereich der Bauchspeicheldrüse auf.

Unter dem Verdacht einer Pankreaszyste erfolgt die gastroenterologische Vorstellung. Duplexsonografisch und endosonografisch kann eine Pankreaszyste ausgeschlossen werden. Bei der auffälligen Struktur handelt es sich um ein im Randbereich des Pankreas befindliches Aneurysma der A. hepatica communis. Es wird zunächst die konservative Therapie mit sonografischen Kontrollen gewählt. 2019 betrug die Größe 1,6 cm.

Die nächste Vorstellung erfolgte im Jahr 2022 mit einem zwischenzeitlich durchgeführten CT-Abdomen. Es fand sich eine Zunahme des Aneurysmas von ursprünglich 1,5 cm auf 2,2 cm. Aufgrund der Nähe des Aneurysmas zum Abgang des Truncus zöliacus besteht hier keine sichere Landezone zur endovaskulären Ausschaltung mit einem gecoverten Stent. Es blieb die operative Resektion und Interposition des Aneurysmas. Diesbezüglich zeigte sich die Patientin nach ausführlicher Beratung zurückhaltend.

Fünf Monate später erfolgte die nächste sonografische Kontrolle mit annähernder Größenkonstanz (2,3 cm). Die Patientin entzog sich wiederum der Behandlung und ließ sich nicht von der Notwendigkeit der Aneurysmaausschaltung überzeugen. Weitere fünf Monate später, im Frühjahr 2023, stellte sich das Aneurysma auf 2,8 cm vergrößert dar (Abbildung 2). Schließlich ließ sich die Patientin von der Behandlungsnotwendigkeit überzeugen und stimmte dem operativen Eingriff zu.

Es erfolgte die Resektion des Aneurysmas der A. hepatica mit anschließender Direktnaht der Hinterwand und xenoplastischer (Rinderperikard) Patchplastik der Vorderwand (Abbildung 3 und 4). Nach einer einwöchigen, erfreulich unkomplizierten stationären Behandlung, konnte die Patientin nach Hause entlassen werden.

## Fazit

Pankreaszysten sind häufig und finden sich bei bis zu 49 Prozent der erwachsenen Bevölkerung. Im Gegensatz dazu sind Viszeralarterienaneurysmen selten. Sie lassen sich bei ca. zwei Prozent nachweisen, wobei die genaue Inzidenz des Hepaticaaneurysmas unbekannt ist. Ihre Symptombefreiheit und Rupturgefährdung macht sie so gefährlich. Eine erste Differenzierung erfolgt mittels farbkodierter Duplexsonografie. Zur Detektion weiterer okkulten Aneurysmen und Therapieplanung ist eine Schnittbildgebung erforderlich. Ca. 70 Prozent der unbehandelten Aneurysmen verlaufen nach fünf Jahren komplikativ. In Folge einer Ruptur finden sich Mortalitätsraten bis zu 30 Prozent. Daher wird ab einem Durchmesser von > 2 cm die Ausschaltung des Aneurysmas empfohlen.

Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter [www.bayerisches-aerzteblatt.de](http://www.bayerisches-aerzteblatt.de) (Aktuelles Heft) abgerufen werden.



Abbildung 1: Sono-Abdomen 2018



Abbildung 2: CT-Abdomen 2023

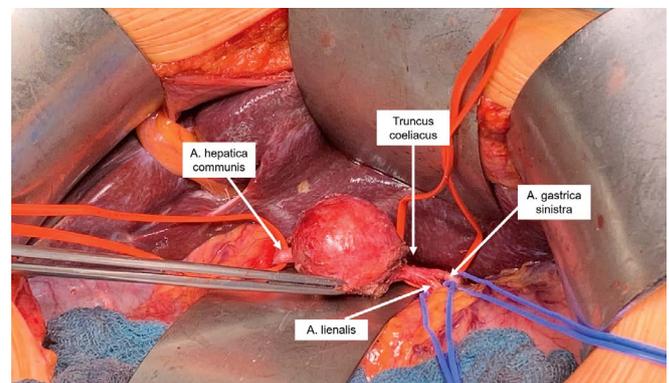


Abbildung 3: OP-Foto Hepaticaaneurysma vor Resektion

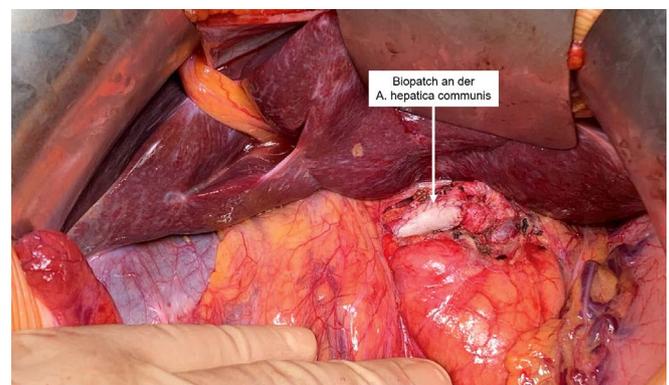


Abbildung 4: OP-Foto nach Resektion und Patchplastik

## Autoren

Dr. Mirko Barone, Dr. Sven Zhorzel,  
Stefan Hursie, Professor Dr. Hans Martin Schardey  
Fachärzte für Gefäßchirurgie,  
Krankenhaus Agatharied, Norbert-Kerkel-Platz, 83734 Hausham