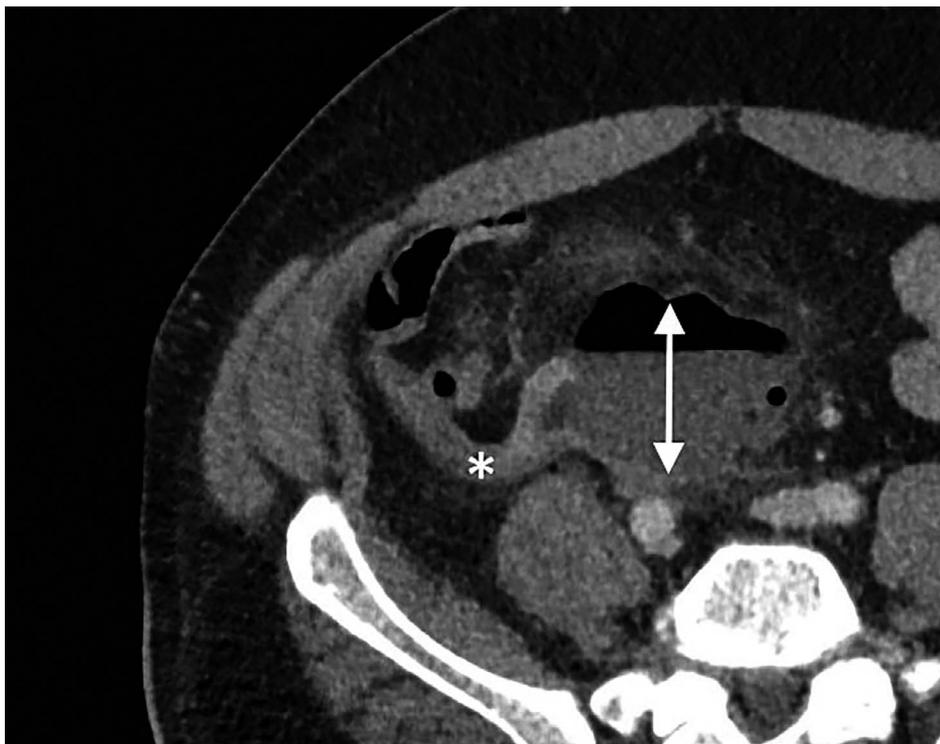


# Unklare Unterbauchschmerzen seit zwei Wochen und viele Diagnosen

## Anamnese und Diagnose

In einer Klinik der Maximalversorgung stellte sich ein 44-jähriger Mann vor, der seit über zwei Wochen an Schmerzen im rechten Unterbauch litt. Initial waren diese von Fieber und Durchfall begleitet, sodass in der hausärztlichen Vorstellung zunächst eine Gastroenteritis diagnostiziert wurde. Unter der daraufhin begonnenen symptomatischen Therapie trat jedoch keine Besserung ein. Daher wurde der Patient in einem wohnortnahen Kreiskrankenhaus vorgestellt, hier stellte man die Verdachtsdiagnose eines Morbus Crohn und begann eine Therapie mit Budesonid und Mesalazin. Als auch hierunter keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte, wandte sich der Patient an uns. In der klinischen Untersuchung zeigten sich, abgesehen vom Druckschmerz im rechten Unterbauch, keine wegweisenden Aspekte. Laborchemisch bestand eine deutliche Entzündungskonstellation (CRP = 18,4 mg/dl und Leukozyten = 11,2/nl). Die initiale Sonografie zeigte den Verdacht auf eine intraabdominale Verhaltformation, daher stellten wir die Indikation zur CT-Schnittbildgebung. Hier fand sich der in der Abbildung gezeigte Befund einer perforierten Appendizitis mit Abszessbildung: ein sogenannter „perityphlitischer Abszess“.



Die perforierte Appendix ist mit einem Stern markiert. Die konsekutiv entstandene Abszesshöhle zeigt sich medial davon (Pfeil). Bild: Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie UK Augsburg.

## Therapie

Die Initialtherapie besteht leitliniengerecht in der interventionellen Drainagenanlage zur Entlastung des Verhaltes. Dies konnte durch die Kolleginnen und Kollegen der Radiologie komplikationslos durchgeführt werden. Es entleerte sich reichlich Eiter. Unter antibiotischer Therapie besserten sich anschließend Klinik und Infektwerte des Patienten zügig. Die Drainage konnte nach wenigen Tagen bei regredienter Förderung gezogen werden. Der Patient wurde daraufhin in hervorragendem Allgemeinzustand aus unserer Behandlung entlassen.

## Diskussion

Die Verlaufsform des perityphlitischen Abszesses unterscheidet sich oft deutlich vom „Bilderbuchfall“ der akuten Appendizitis. Eine längere

Beschwerdedauer und das Fehlen von klassischen Appendizitiszeichen liegen häufig vor. Das Krankheitsbild ist daher vielen Kollegen schlicht nicht bekannt. Auch in der alltäglichen Arbeit mit Medizinstudierenden zeigt sich, dass die abszedierende Form der Appendizitis praktisch kaum gelehrt wird.

Daher sehen wir regelhaft protrahierte Verläufe und Fehldiagnosen. Eine genaue Anamnese und vor allem eine ambulante Sonografie können jedoch oft schon wegweisend sein.

Bei Vorliegen einer Abszedierung ist die Datenerhebung bezüglich des besten Operationszeitpunktes aktuell unzureichend, hier ist in der Akutsituation eine Therapie mit Drainagenanlage möglich. Auch zum Stellenwert einer Verlaufsappendektomie kann in der aktuellen S1-Leitlinie noch keine

eindeutige Empfehlung ausgesprochen werden. Es besteht also auch noch bei vermeintlich einfachen Themen der Viszeralchirurgie deutliches Potenzial für Forschungsaktivität.

## Autoren

Dr. Lukas Keiber  
Professor Dr. Matthias Anthuber

Klinik für Allgemein-, Viszeral-,  
Transplantationschirurgie,  
Uniklinikum Augsburg,  
Stenglinstraße 2, 86156 Augsburg