

Die Obturatorhernie

Eine seltene Differenzialdiagnose des Ileus

Eine 84-jährige Patientin wurde in der Klinik für konservative und operative Wirbelsäulentherapie stationär mit Schmerzen im rechten Bein aufgenommen. Sie berichtete über Schmerzen der Lendenwirbelsäule (LWS), die bis ins rechte Bein ausstrahlend seien und seit mehreren Monaten bestünden. Relevante Vorerkrankungen waren eine koronare Herzkrankheit, eine periphere arterielle Verschlusskrankheit sowie eine rheumatoide Arthritis. Klinisch präsentierte sich die Patientin als immobil, mit Druckschmerz über den Iliosakralgelenken bds. rechts mehr als links. Das Lasègue-Zeichen war ab 20° bds. positiv. Das Faber-Zeichen (Flexion, Abduktion und Externe Rotation) Test war positiv, das Ausstrahlen der Schmerzen entsprach dem Dermatome L5 rechts. Die Patientin wurde zur Schmerztherapie und weiteren Diagnostik stationär aufgenommen.

Am zweiten Tag des stationären Aufenthalts traten Übelkeit und Erbrechen auf. Am Folgetag kam es zum Hämatinerbrechen und Kreislaufinstabilität, sodass die Patientin auf der Intensivstation stabilisiert werden musste. Nachdem sonographisch eine Pendelperistaltik eine Spiegelbildung nachzuweisen war, wurde eine Computertomographie des Abdomens mit i.v. Kontrastmittel durchgeführt. Es zeigte sich ein Dünndarmileus, ursächlich war eine rechtsseitige Obturatorhernie (Abbildung 1).

Nach initialer Ablehnung einer Notfalloperation seitens der Patientin wurde sie am zweiten Tag nach Diagnosestellung operiert.

Intraoperativ wurde das Inkarzerat – ein nekrotisches Ileumsegment von ca. 10 cm – reseziert, die Hernie wurde primär mittels nichtresorbierbarer Naht laparoskopisch verschlossen, die Herstellung der Kontinuität erfolgte über eine terminale Ileostomie (Abbildung 2).

Kommentar

Die Obturatorhernie macht weniger als ein Prozent aller Bauchwandhernien aus. Sie betrifft, wie in unserem Fall, überwiegend ältere, schlanke Frauen. Dies liegt an ihrem breiteren Becken, einem größeren Obturorkanal und einer häufigen Anamnese mehrerer Schwangerschaften. Risikofaktoren sind chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), chronische Obstipation

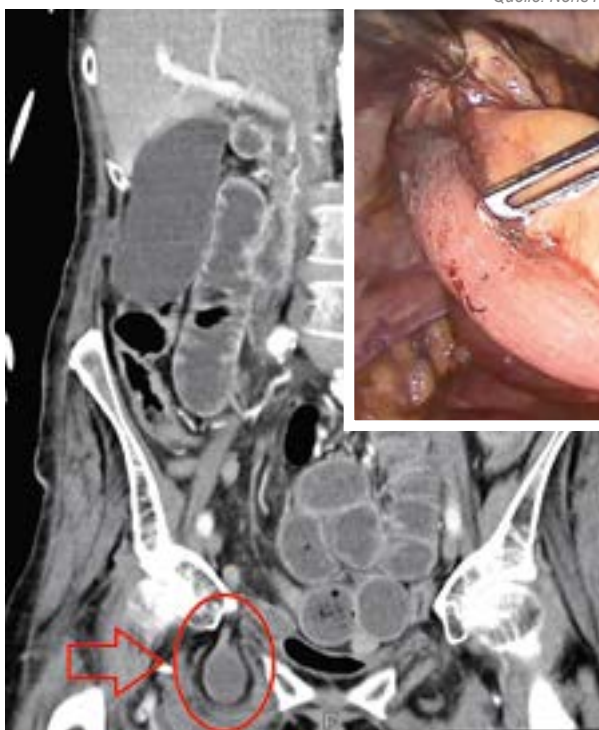


Abbildung 1 (links): Computertomografie des Abdomens mit i.v. Kontrastmittel. Koronare Rekonstruktion: Mit rotem Kreis markiert ist die rechtsseitige Obturatorhernie.

Abbildung 2 (oben): Dünndarminkarzerat. Markiert ist die avitale Stelle, die reseziert wurde.

und Aszites. Eine Computertomographie ist in den meisten Fällen wegweisend. Aufgrund der unspezifischen Symptome kommt es, in unserem Fall sowie es auch in der Literatur beschrieben, zur verzögerten Diagnosestellung.

Die einzige Behandlungsmethode für eine Obturatorhernie ist die chirurgische Intervention. Der laparoskopische Ansatz ist oft vorteilhafter, insbesondere bei älteren Patienten, da er weniger postoperative Schmerzen und kürzere Krankenhausaufenthalte mit sich bringt. In Notfällen kann jedoch ein offener chirurgischer Zugangsweg angewendet werden. Bei zunehmender Vertrautheit mit der laparoskopischen Chirurgie sollte eine laparoskopische Beurteilung das Standardverfahren bei der operativen Behandlung von eingeklemmten Obturatorhernien sein. Die Implantation eines Netzes (analog zu TAPP im Sinne einer E-TAPP) der Reparatur von Obturatorhernien reduziert die Rezidivrate signifikant und verbessert die strukturelle Stabilität. Allerdings treten bei einer Minderheit (3 bis 17 Prozent) der Fälle Komplikationen wie Infektionen (Darmflora), Migration und Darmverschluss auf.

Eine sorgfältige chirurgische Technik und eine sorgfältige Patientenauswahl sind entscheidend, um optimale Ergebnisse zu erzielen. In unserem Fall wurde gegen eine Netzimplantation aufgrund der kompromittierten Dünndarmintegrität entschieden.

Die Patientin wurde nach 15 Tagen nach Hause entlassen; es lag keine 30-Tage-Letalität vor. Zum Zeitpunkt der Einreichung der Publikation war die Patientin nach Aussage der Angehörigen an ihren Komorbiditäten verstorben.

Autoren

Emmanouil Papamanolis
Dr. Hermann Sauerbeck
Professor Dr. Markus Kleemann

Klinik für Viszeral- und Gefäßchirurgie,
Kliniken Dr. Erler gGmbH,
90429 Nürnberg