

Therapie bei zunächst unklarem Krankheitsbild

Operation oder abwartend konservatives Vorgehen beim akuten Abdomen

J. Leonhard, H. Wilms, Chirurgische Abteilung, Johanniter-Krankenhaus, Bonn

NOTFALLMEDIZIN 2003; 29: 184–189

Unter dem Begriff „akutes Abdomen“ wird ein durch eine Vielzahl von Erkrankungen verursachter Symptomenkomplex zusammengefasst. Charakteristisch ist eine häufig plötzlich auftretende, mit starken Bauchschmerzen verbundene, zunehmend lebensbedrohliche Situation, welche stets ein rasches und entschlossenes Handeln fordert. Entscheidend ist die topographische Differentialdiagnostik. Bestimmte Charakteristika können bereits durch eine sorgfältige Anamnese sowie eine einfache klinische Untersuchung erhoben werden und sollten bereits zu einer richtungsweisenden Verdachtsdiagnose führen. Die Therapie mag häufig, aber nicht generell operativ sein.

Das akute Abdomen stellt keine eigene Diagnose dar, sondern ist vielmehr ein Symptomenkomplex, der auf einer Reaktion des Organismus auf eine Vielzahl von Veränderungen mit Läsionen des Abdomens beruht. Die eigentliche Diagnose ergibt sich erst durch die weitere diagnostische Abklärung, welche unabdingbar für ein zielgerichtetes weiteres therapeutisches Handeln ist. Unheimlich ist, dass die Ursache für den Untersucher durch mehr oder weniger dicke Bauchdecken verborgen ist.

■ Differentialdiagnostik

Charakteristisches Zeichen des akuten Abdomens ist der Schmerz. Der bekannteste Schmerzcharakter ist die Kolik als Folge spastischer Kontraktionen eines abdominellen Hohlorgans mit heftigem wehenartigen Charakter. Daneben werden auch häufig brennende Schmerzen beschrieben, typisch für eine Schleimhautreizung wie bei akuter Gastritis oder aber drückend dumpfe Schmerzen, welche sich häufiger bei Lebererkrankung oder chronischen Gallenblasenveränderungen finden. Entscheidend ist auch die Zeitbeziehung des Schmerzes, welche bei funktionellen Störungen und Koliken eher kurzdauernd oder episodisch sind, bei chronischen Prozessen oder langsam progredienten Leiden einen eher anhaltenden Charakter erhalten. Für die Diagnosefindung hilfreich kann auch eine Abhängigkeit von der Nahrungsaufnahme als nüchtern oder Nachtschmerz bei Ulcus duodeni mit Besserung nach Nahrungsaufnahme oder als Direktschmerz postprandial bei Ulcus ventriculi sein.



Eine plötzliche Schmerzzunahme deutet auf eine möglicherweise drohende Perforation, eine plötzliche Schmerzfreiheit weist auf eine bereits eingetretene Perforation hin. Entscheidend ist die topographische Differentialdiagnostik. Findet sich häufig – insbesondere bei älteren Lehrschemata – noch die horizontale Einteilung in drei Etagen, so hat sich die modernere Aufteilung des Abdomens in vier Quadranten unter Berücksichtigung einer gegebenenfalls zusätzlichen periumbilicalen Region bewährt (1).

Diese entscheidenden Charakteristika können bereits durch eine sorgfältige Anamnese sowie eine einfache klinische Untersuchung erhoben werden und sollten bereits zu einer richtungsweisenden Verdachtsdiagnose führen (2). Eine weitere apparative Diagnostik, sei es in Form laborchemischer oder bildgebender Verfahren, dient lediglich zur weiteren Differenzierung beziehungsweise zur Bestätigung der bereits bestehenden Diagnose.

■ Wahl der Therapie

Ist die Diagnose gestellt, kann eine zielgerichtete Therapie erfolgen. Oberstes Therapieziel ist die Wiederherstellung stabiler Lebensfunktion mit, wenn möglich, endgültiger Behebung der eingetretenen Störung. Gegebenenfalls muss dadurch eine passagere Einschränkung der Lebensqualität, wie zum Beispiel durch einen protektiven Anus praeter, in Kauf genommen werden. Unabdingbar ist hierfür jedoch ein rasches und zielgerichtetes Handeln. Gerade beim alten Menschen sollte wegen der geringen Toleranzbreite die Entscheidung rasch gefällt werden (3).

Konservative Therapie nur bei rascher Besserung

Jeder Patient mit dem Symptomenkomplex eines akuten Abdomens benötigt – da sich eine enterale Ernährung über kurz oder lang verbietet – unabdingbar eine Infusionstherapie zum Ausgleich der benötigten Flüssigkeitsmenge. Darüber hinaus sollte das Legen einer Magensonde sowie gegebenenfalls eines Blasenkatheters Standard sein

und nur in begründeten Ausnahmefällen unterbleiben. Häufig ist auch eine therapeutische oder eventuell auch perioperative Antibiotikagabe indiziert.

Je nach Laborwerten sind weiterhin Elektrolytdefizite oder aber Blutverluste auszugleichen. Es darf nicht vergessen werden, dass einem Patienten mit einem akuten Abdomen aufgrund der Schmerzen eine analgetische Therapie nicht vorenthalten werden darf. Diese darf jedoch erst nach Diagnosestellung erfolgen und sollte so ausgelegt sein, dass ein eventueller Verlauf mit möglicher Befundzunahme nicht verschleiert wird.

Rechtzeitiger Operationszeitpunkt

Das Standardvorgehen beim Vorliegen eines akuten Abdomens ist bis auf begründete Ausnahmefälle die Operation. Der Operationszeitpunkt sollte rechtzeitig gewählt werden, um unnötige Verzögerungen mit daraus resultierender Befundverschlechterung mit zunehmender Gefährdung des Patienten zu vermeiden. Ziel ist daher der rechtzeitige kleinstmögliche Eingriff zur Sicherung des Therapieerfolges. Die vielseitigste Möglichkeit als Zugangsweg für eine Laparotomie stellt die mediane Inzision dar. Andere Varianten sind jedoch je nach Ort der Läsion, so zum Beispiel der rechtsseitige Rippenbogenrandschnitt bei der konventionellen Cholezystektomie oder der linksseitige Rippenbogenrandschnitt bei einer Milzruptur, möglich. In Ausnahmefällen kann bei einem akuten Abdomen auch eine Thorakotomie, beispielsweise beim Vorliegen eines eventuell traumatisch bedingten Enterothorax oder einer Oesophagusläsion, notwendig werden (4) (Tab. 1, Tab. 2).

■ Extraabdominelles „akutes Abdomen“

Auch außerhalb des Abdomens liegende Veränderungen können die Symptome eines akuten Abdomens vortäuschen. Die Therapie einer solchen Veränderung richtet sich natürlich nach der Grunderkrankung.

Tab. 1 Konservative versus operative Behandlung

Erkrankungen, die nicht operiert werden dürfen:

- Kardiovaskuläre Erkrankungen:
 - Myokardinfarkt
 - akute Perikarditis
 - Überdigitalisierung
- Pleuropulmonale Erkrankungen:
 - Pneumonie v.a. bei Kindern (!)
 - Pleuritis
 - Spontanpneumothorax
 - Lungenembolie
- Stoffwechselerkrankungen:
 - Diabetes
 - Hypoglykämie
 - akute Porphyrie
 - Addison-Krise
- Vergiftungen (Blei, Arsen, Thallium, Alkohol, Nikotin)
- Erkrankungen des Blutes:
 - Leukosen
 - hämolytische Krise
 - Purpura Schoenlein-Henoch
- Neurologische Erkrankungen:
 - Tabische Krise
 - Psychose
- Infektionskrankheiten:
 - Malaria
 - Typhus
 - Meningitis

Erkrankungen, die unbedingt operiert werden müssen:

- Perforation eines Hohlorgans (Appendix, Magen und Duodenum, Gallenblase, Dickdarm)
- Mechanischer Ileus
- Peritonitis
- Ruptur parenchymatöser Organe (spontan, traumatisch)
- Akute Appendizitis
- Extrauterin gravidität (Tubarruptur)

Abb. 1 72-jähriger Patient mit 48-Stunden altem Bridenileus



Die konsekutive Durchblutungsstörung machte eine Dünndarmteilresektion notwendig.

Tab. 2 Möglichkeiten der operativen Versorgung bei verschiedenen abdominalen Läsionen

	Ileus	Blutung	Perforation	Peritonitis	Trauma
Magen	Stenteinlage, Ernährungsfistel	(1. Wahl: endoskopische Blutstillung), Umstechung, Teilresektion	Exzision, Übernähung	Herdsanierung, Lavage	Übernähung, Teilresektion, Gastrektomie
Duodenum	Gastroenterostomie (GE)	Umstechung, BI, BII	Übernähung	Herdsanierung, Lavage	Übernähung
Dünndarm	Segmentresektion	Segmentresektion	Resektion	Herdsanierung, Lavage	Übernähung, Segmentresektion
Leber		Teilresektion „Packing“		Herdsanierung, Lavage	Übernähung, Kompression, Resektion
Galle		Exstirpation	Exstirpation	Herdsanierung, Lavage	Exstirpation
Milz		Exstirpation, Erhaltungsversuch	Übernähung, Exstirpation, Fibrinkleber	Exstirpation	Erhaltungsversuch, Exstirpation
Appendix		Exstirpation	Exstirpation	Herdsanierung, Lavage	Exstirpation
Kolon	Anus praeter-Anlage, Resektion, Enteroanastomose	Segmentresektion	Übernähung, Resektion, evtl. Anus praeter (AP)	Herdsanierung, Lavage	Übernähung, Resektion, Anus praeter (AP)
Pankreas		(Teil-)Exstirpation	Ruptur: Resektion	Herdsanierung, Lavage	Übernähung, (Teil-)Resektion

Abb. 2 89-jähriger Patient: Sigmavolvulus in der Abdomenübersicht

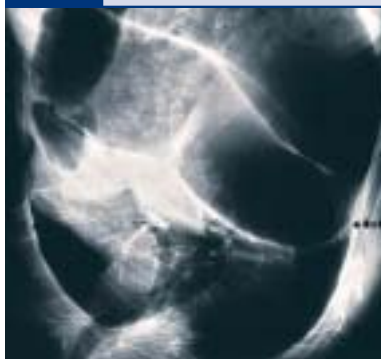


Abb. 3 32-jährige Patientin: Pankreaskopfpankreatitis im CT-Bild



Kardiale Ursache

Kardiale Erkrankungen, wie eine akute Perikarditis oder das Rechtsherzversagen mit Leberstauung, können ebenso wie ein Hinterwandinfarkt, welcher aufgrund der fortgeleiteten Schmerzen eine gastrale Genese vortäuscht, zu einem Symptomenkomplex des akuten Abdomens führen.

Pulmonale Erkrankung

Zwerchfellnahe und basale Lungenerkrankungen wie eine Pneumonie oder Pleuritis aber auch eine Embolie oder ein Infarkt basaler Lungensegmente können zu dem Bild eines akuten Abdomens führen.

Intoxikation und metabolische Erkrankungen

Neben einer akuten intermittierenden Porphyrie kann auch ein entgleister Diabetes mit Hyperglykämie zu dem Bild eines akuten Abdomens führen. Auch systemische Vergiftungen mit Schwermetallen führen zu abdominalen Beschwerden.

Erkrankungen der Bauchwand

Veränderungen der Bauchdecke wie Prellungen mit sub- oder epifaszialen Einblutungen, aber auch Er-

krankungen wie Herpesbefall oder andere neurale Läsionen können aufgrund ihrer Symptomatik ein akutes Abdomen vortäuschen. Hierzu gehören die eher seltene tabische Krise oder aber Erkrankungen aus dem psychotischen Formenkreis. Nicht selten sind Einblutungen in die Bauchdecken bei Marcumar- oder Heparin-Therapie.

Hämatologische Erkrankungen

Auch Leukosen, hämolytische Krisen oder aber die Purpura Schoenlein-Henoch können klinisch als akutes Abdomen imponieren (5).

Gute Prognose durch rasches Handeln

Alle akuten abdominalen Erkrankungen bedürfen einer raschen klinischen Behandlung, damit bereits die Frühphase eines akuten Abdomens erfasst werden kann und nicht erst der Endzustand mit gegebenenfalls diffuser eitrigem Peritonitis und der daraus resultierenden wesentlich schlechteren Prognose therapiert werden muss. Als Sofortmaßnahmen zur Einleitung der Therapie ist insbesondere bei noch nicht gesicherter Diagnose bereits durch den erstbehandelnden Arzt die ab-

Abb. 4 40-jähriger Patient: Aerobilie bei Gallensteinileus in der Abdomenübersicht



Abb. 5 Op.-Situs Gallenstein im Darm



Die Pinzettenspitze weist auf den Stein.

solute orale Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz von entscheidender Bedeutung.

Analgetika sollten bis zur endgültigen Diagnosestellung beziehungsweise bis zum Entschluss zur Operation aufgrund der Verschleierung der Symptomatik und des Verlaufs nicht gegeben werden. Eine Magensonde ist zur Dekompression des Gastrointestinaltraktes zu empfehlen. Ein intravenöser Zugang sollte zur Elektrolyt- und Flüssigkeitssubstitution und eventuell zur Schockbehandlung angelegt werden. Die weiteren Maßnahmen richten sich nach der Entscheidung, ob abwartend konservatives Verhalten oder eine operative Therapie indiziert ist. Dabei gilt der Grundsatz: „Lieber eine diagnostische Laparotomie zu viel, als eine notwendige Operation zu wenig.“

Summary

The term acute abdomen covers a complex of symptoms caused by a range of different illnesses. A characteristic of this condition is a sudden-onset, rapidly progressively life-threatening, situation that always requires prompt and resolute action. Of decisive importance is the topographical differential diagnosis. Certain features can already be established by careful history taking and a simple clinical examination, and should rapidly enable a suspected diagnosis to be made. Frequently, but not generally, treatment may be operative.

Literatur

1. Nemsman B. In: Bob A, Bob K (Hrsg.). Chirurgie. Duale Reihe. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2001; 105–217
2. Schreiber HW. Aufgaben der Darmchirurgie. In: Baumgarth F et al. Spezielle Chirurgie für die Praxis. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 1972; 21–24
3. Farthmann EH, Wilms H. Therapie chirurgischer Erkrankungen im hohen Alter. In: Franke H (Hrsg.). Gerontotherapie. Gustav Fischer Verlag 1983; 68–83
4. Buchardi H. Akute Notfälle. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 1988; 203–215
5. Boehringer Ingelheim (Hrsg.). Abdominelle Leitsymptome mit Stufendiagnostik im Abdominalbereich. 1987; 5–72

Anschrift für die Verfasser

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Horst Wilms
 Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie und Thoraxchirurgie
 Chefarzt der Chirurgischen Abteilung
 Johanniter Krankenhaus
 Johanniterstraße 3–5
 53113 Bonn

Sind Sie vorbereitet?



FACHZEITSCHRIFTEN

Mit der Notfallmedizin sind Sie bestens informiert!

- Übersichten und Kasuistiken
- Sofortmaßnahmen nach aktuellen Leitlinien
- Notfälle und deren Praxis
- Aktuelles Wissen mit allgemeinarztlicher Relevanz
- Entwicklungen im Rettungswesen
- Schwerpunktthema in jedem Heft
- Für Sie recherchiert:
 - Termine
 - Blickpunkte
 - News&Views
 - Medizin im Internet
 - Neue Bücher

Erscheint 12mal im Jahr.
 Jahresbezugspreis 2003: € 93,-
 inkl. MwSt. und Versandkosten.

Interessiert an einem Abo?

- 0711/8931-333
- 0711/8931-133
- kundenservice@thieme.de
- www.thieme.de

Mehr Infos unter:
www.thieme.de/notfallmedizin
 Q E11



Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. €-Heise gültig in Deutschland.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.