

CASE REPORT

**Chronische Pankreatitis des Kopf-, Korpus- und Schwanzbereichs bei
53-jährigem Patienten**

Baermed
Prof. Dr. med. H. U. Baer
Klinik Hirslanden
Witellikerstrasse 40
CH-8032 Zürich
info@baermed.ch
www.baermed.ch

Telefon +41 44 387 30 70
Fax +41 44 387 30 90

DIAGNOSEN

Ausgedehnter Polypenrasen im Colon ascendens

Verdacht auf Pankreastumor bei volumenvermehrtem Pankreaskorpus und Pankreasschwanz

Zwei Pankreaspseudozysten im Pankreasschwanz mit Infiltration in den Milzhilus

Diabetes mellitus mit Gewichtsverlust von 10 Kilogramm

ANAMNESE

Wegen eines Brillenrezeptes konsultierte der Patient den Augenarzt. Aufgrund von Veränderungen des Augenhintergrundes mit Verdacht auf Diabetes mellitus wurde der Patient dem Hausarzt überwiesen: Nachweis eines Gewichtsverlustes (10 kg).

Bei Anamnese von wenigen linksseitigen Bauchschmerzen wurde eine Koloskopie durchgeführt, welche einen Polypenrasen ileozökal ergab.

CT-Untersuchung ergab eine Vergrößerung im Pankreasschwanz sowie eine zystische Raumforderung. Eine CT-Untersuchung zwei Monate später zeigte erneut ein massiv aufgetriebenes, volumenvermehrtes Pankreas, praktisch vom Hals des Pankreas bis in den Schwanzbereich. Dort wurden zwei Pankreaspseudozysten gefunden, die nach über zwei Monaten nicht kleiner geworden sind. Verdacht auf Pankreaskarzinom.



INDIKATION ZUR OPERATION

- Vergrößerung im Pankreasschwanz und zystische Raumforderung
- Zwei Pankreaspseudozysten
- Verdacht auf Pankreaskarzinom

OPERATION

- Pankreaskorpus- und Pankreasschwanzresektion
- Milzresektion
- Hemikolektomie rechts
- Pancreaticojejunostomie Y-Roux termino-terminal
- Cholezystektomie

Abbildung 1: Operationskizze

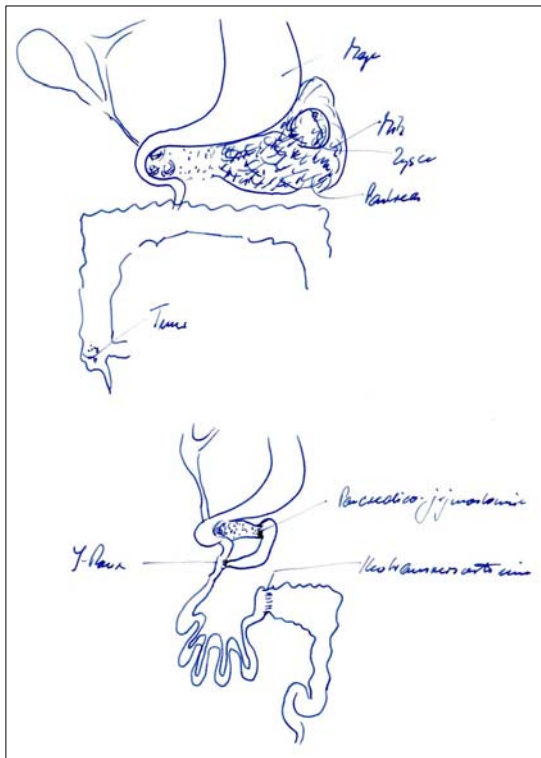


Abbildung 2: Aufgequollenes und verdicktes Pankreas

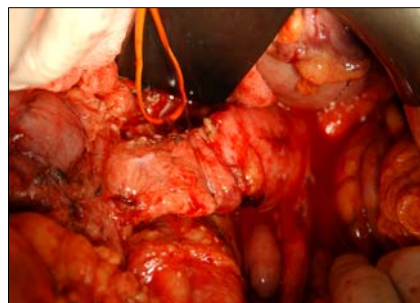


Abbildung 3: Resezierte Zyste und Pankreasschwanz



POSTOPERATIVE DIAGNOSE

- Polypenrasen im Zökum
- Chronische Pankreaskopf, Pankreaskorpus und Pankreasschwanz Pankreatitis mit zwei Pankreaspseudozysten im Schwanz

HISTOLOGIE

- Geringe chronische, unspezifische Cholezystitis
- Hemikolektomiepräparat rechts: Tubulovillöses (überwiegend villöses) Adenom der Zökumschleimhaut mit leichtgradiger Epitheldysplasie. Unauffälliger Appendix veriformis. Kein Anhalt für Malignität.

- Pankreasbiopsien (Kopf, Hals, Schwanz): Tumorfrees Pankreasgewebe mit intensiver, chronischer, fibrosierender, unspezifischer Pankreatitis. Kein Anhalt für Malignität.
- Pankreasteilresektat und Splenektomiepräparat: Teilresektat des Korpus, der Cauda pancreatis mit schwerer, chronischer, unspezifischer, fibrosierender Pankreatitis und Peripankreatitis, sowie entzündlich bedingter eingebluteter Pseudozyste im Bereich der Cauda mit Verwachsungen zum Milzhilus. Geringe entzündliche Veränderungen des Pankreas im Bereich des Resektionsrandes. Leicht hypoplastische Milz mit peritonealen Verwachsungen. Kein Anhalt für Malignität.

VERLAUF

- Problemloser postoperativer Verlauf
- Am 2. postoperativen Tag Verlegung von der Intensiv- auf die Normalstation

PROBLEME

- **Abdomen**
 - Zahlreiche Resektionen: Pankreaskorpus-/Pankreasschwanzresektion, Milzresektion, Hemikolektomie rechts, Cholezystektomie, Pancreaticojejunostomie
- **Ernährung**
 - Beginn mit kleinen Mengen Flüssigkeit per Os
 - Langsamer Kostaufbau
- **Diabetes mellitus**
 - Bereits vor der Operation bestand eine diabetische Stoffwechsellage, die sich nach der Resektion von Pankreasschwanz und -korpus weiter verschlechterte.
 - Einstellung durch professionelle Diabetologin (Insulintherapie)
 - Ausführliche Diabeteschulung
- **Exokrine Pankreasfunktion**
 - Bei schleichendem Gewichtsverlust muss gegebenenfalls die Substitution der Pankreasenzyme mit Creon geprüft werden.
- **Splenektomie**
 - Anstieg der Thrombozyten: Verordnung von Aspirin cardio und Impfung mit Pneumovax und Hiberix am 10. Tag.
- **Lungenembolie**
 - Klinisch inapparent: Zufallsbefund bei Kontroll-CT-Abdomen
 - Lungenembolie mediobasal rechts am 13. postoperativen Tag
 - Überlappende Antikoagulation mit Marcoumar für sechs Monate