

CASE REPORT

**Gallengangstriktur und chronischer Verschluss der Pancreatico-
jejunostomie bei Status nach Whipple**

Baermed 2007
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

Tubulovillöses Adenom der Papilla vateri mit fokaler High-Grade-Dysplasie:

- Status nach Duodenopankreatektomie nach Whipple-Kausch im Mai 2004
- Wegen abnormer Gefäßversorgung der Leber und komplizierter Operation vorübergehende Leberischämie, akute Pankreatitis und Fistelbildung der Choledochojejunostomie, sekundärer Wundinfekt
- Status nach enterocutaner Fistel bei dehiszenter Choledocho- und Pankreaticojejunostomie
- Status nach PTD-Drain-Einlage im August 2004
- Status nach Cholangitis im August 2004
- Status nach Leberabszess im September 2004 mit Anlage eines Abszessdrains und Verabreichung Hyiodin in die Abszesshöhle
- Aktuell: Revisionslaparotomie mit Neuanlage der Hepaticojejunostomie wegen Stenosierung und der Pancreaticojejunostomie wegen Stenosierung und Fibrosierung.

Status nach rezidivierender Fluidothorax beidseits, rechtsbetont:

- Status nach wiederholten Pleurapunktionen zuletzt im Juli 2004
- Aktuell: Pulmonal ohne Einschränkung

Diabetes mellitus:

- Präoperative Therapie mit Aktrapid und Levemir
- Postoperativ ohne Insulin

Arterielle Hypertonie:

- Aktuell ohne medikamentöse antihypertensive Therapie

ANAMNESE

Der 46-jährige Patient unterzog sich wegen eines tubulovillösen Adenoms der Papilla vateri im Mai 2004 einer Duodenopankreatektomie nach Whipple-Kausch an einer chirurgischen Universitätsklinik in Tschechien.

Postoperativ entstand eine Reihe von Komplikationen. Primär bestand eine Insuffizienz an der Choledochojejunostomie. Im weiteren Verlauf kam es ebenfalls zu einer Anastomoseninsuffizienz an der Pancreaticojejunostomie.

Schlussendlich musste dann nach mehreren Klinik Aufenthalten eine percutane Drainage des Hepaticus gemacht werden. Die Stenteinlage brachte keinen Nutzen.

CT-Bilder zeigen ausserdem eine deutliche Striktur im Bereich der Choledochojejunostomie und einen mit Sicherheit nicht optimal sitzenden Stent im Anastomosenbereich. Ferner konnte eine deutliche Dilatation des D. pancreaticus mit Obliteration im Bereich der Pancreaticojejunostomie festgestellt werden.

INDIKATION ZUR OPERATION

- Akute rezidivierende Cholangitiden aufgrund einer Stenose im Bereich der Hepaticojejunostomie sowie Verschluss der Pancreaticojejunostomie

OPERATION

- Resektion und Neuanlage einer Hepaticojejunostomie zu neuer Y-Roux-Schlinge
- Resektion und Neuanlage einer Pancreaticojejunostomie zu bestehender Omega-Schlinge und nach Nachresektat des Pankreaskorpus
- Fusspunktanastomose
- Ausgedehnte visceroparietale und visceroviscerale Adhäsionolyse

Abbildung 1: Operations-Skizze

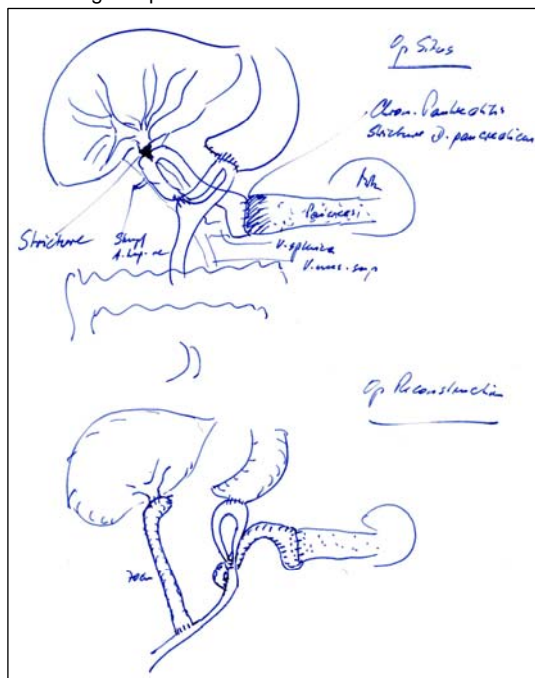


Abbildung 2: Pancreaticojejunostomie



Abbildung 3: Hepaticojejunostomie



POSTOPERATIVE DIAGNOSE

- Fast komplette Stenosierung der Hepaticojejunostomie
- Komplette Stenosierung und Fibrosierung des Pankreaskorpus an der Pancreaticojejunostomie
- Status nach Durchtrennung der Arteria hepatica rechts, welche aberierend aus der Arteria mesenterica superior entspringt
- Unauffällige Verhältnisse im Bereich des rechten sowie linken Leberlappens

HISTOLOGIE

- Tumorfreies Pankreasexzizat mit narbenartiger Fibrose
- Keine Epitheldysplasie und kein Anhaltspunkt für Malignität

VERLAUF

- Ein Tag Intensivstation, am zweiten Tag Spaziergang auf dem Gang, hungrig
- Nach zwölf Tagen Austritt nach Hause in sehr gutem Allgemeinzustand

PROBLEME

- **Abdomen**
 - Pancreaticojejunostomie: Sandostatin für fünf Tage, Tazobac und Tiberall für fünf Tage, Nahrungsaufbau nach drei Tagen, Amylase am vierten Tag postoperativ aus Easyflow
 - Hepaticojejunostomie: Drainage auf Galle überprüfen, Bilirubin im Easyflow, Kontrolle der Cholestaseparameter (Bilirubin)
- **Resektion und Neuanlage einer Hepaticojejunostomie**
- **Resektion und Neuanlage einer Pancreaticojejunostomie**
- **Diabetes mellitus**
 - Blutzuckertagesprofil Überwachung
 - Anfangs total parentale Ernährung mit Actrapid-Perfusor
 - Unter Kostenaufbau normale Blutzuckerwerte ohne Actrapidbedarf
 - Exokrine Insuffizienz? Kein Durchfall, keine Steatorrhö, keine Hinweise für eine exokrine Pankreasinsuffizienz