

Bursa omentalis Endo-VAC-Therapie bei nekrotisierender Pankreatitis

Nietsch H., Otto F., Hammelmann F., Köpernik W., Asperger W.
Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle/Saale

Hintergrund: Die möglichst minimal-invasive Therapie (Drainage/Debridement) von infizierten Pankreasnekrosen in der Akutphase der Pankreatitis ist heute ein etabliertes Standardverfahren zur Beherrschung schwerer Infektionen. Die simple transgastrische Zystendrainage wurde in den letzten Jahren durch ausgedehnte endoskopische Bursaausräumungen erweitert. Die Methode selbst ist jedoch nicht standardisiert und die zur Verfügung stehenden endoskopischen Instrumentarien nicht optimal.

Kasuistik: Wir berichten über eine 79-jährige Patientin mit schwerster nekrotisierender biliärer Pankreatitis und Anwendung eines modifizierten Endo-VAC Systems zur Bursa-drainage. Im CT zeigte sich eine Totalnekrose des Pankreas (Abb. 1).



Verlauf: Bei schwerem SIRS und V. a. infizierte Nekrose erfolgte am 20. stationären Tag die endosonografische Entlastung der Bursa.

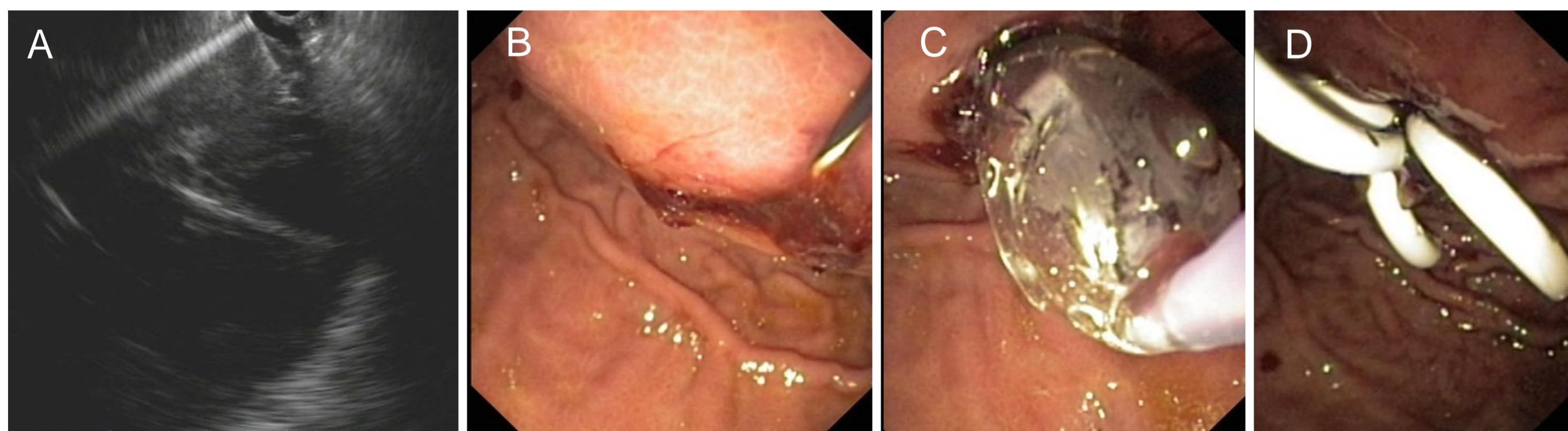


Abb. 2: A: EUS der Zyste; B: Zystenbulge im Magencorpus; C: Ballon-Gastrostomie; D: Drainage der Bursa mit Plastikstents

4 Tage später erfolgte die erweiterte endoskopische Nekrosektomie:

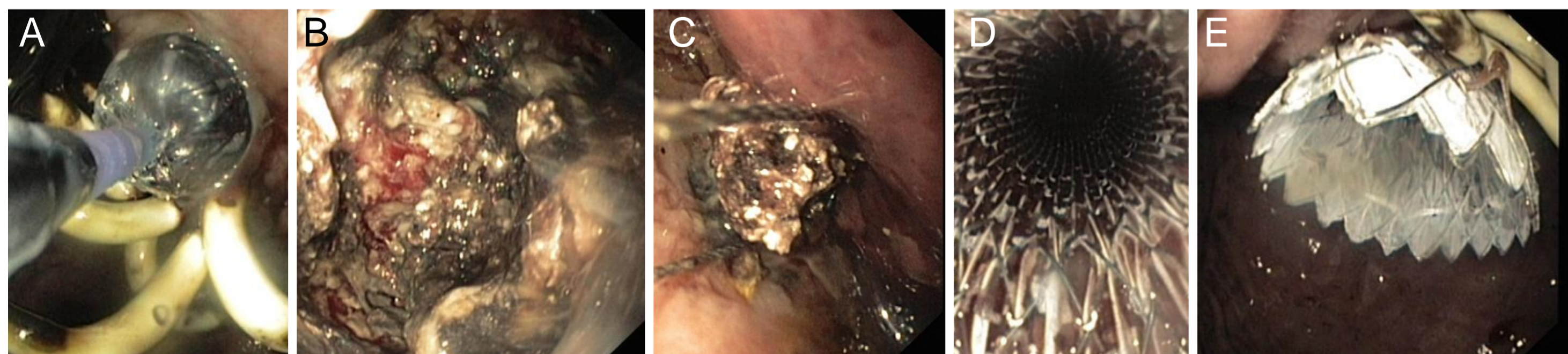


Abb. 3: A: Erweiterung der Gastrostomie mittels Ballon; B: Inspektion der Nekrohöhle; C: Debridement mittels Schlinge; D: Metallstentimplantation zum Offenhalten der Gastrostomie; E: Stents in situ

Das endoskopische Debridement mittels Spülung und mechanischer Nekrosektomie wurde in 2-3 tägigem Abstand wiederholt. Da trotz dieser Maßnahmen keine adäquate Säuberung der Bursa zu erreichen war und der hämodynamische Zustand der Patientin eine Operation nicht zuließ entschieden wir uns für die endoskopische Implantation eines selbst modifizierten Endo-VAC-Systems. Zum Einsatz kam das von Braun-Melsungen® vertriebene rektale Endosponge-System. Der Schwamm wurde in seiner Größe an die Erfordernisse der Gastrostomie angepasst und das Schlauchsystem mittels einer Magensonde verlängert.

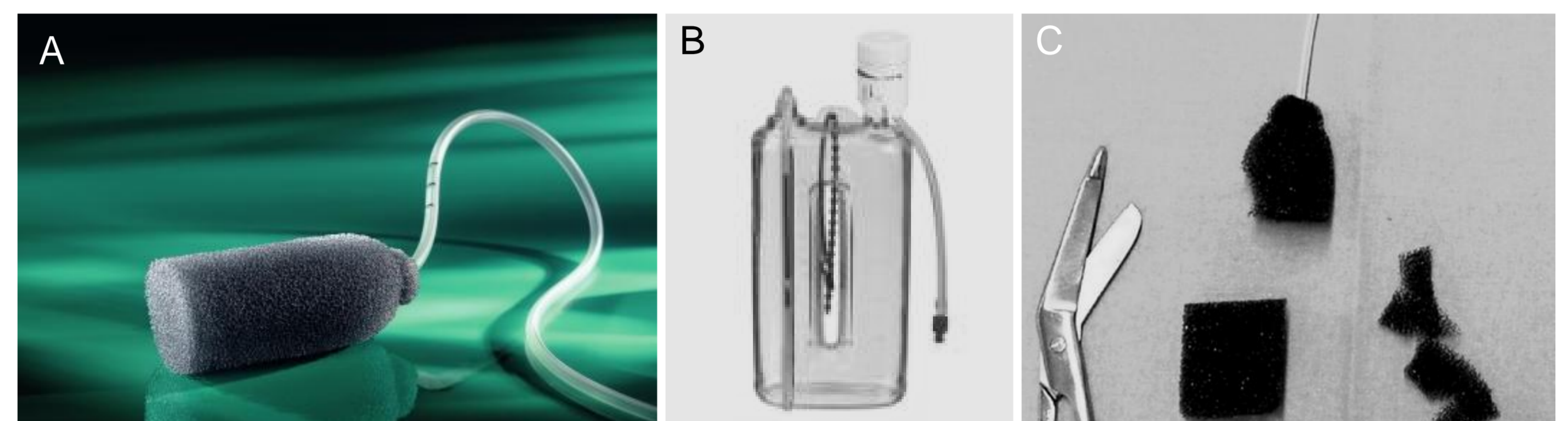


Abb. 4: A: Endo-VAC®; B: Vacuumflasche; C: Notwendige Modifikation

Der Endo-Vac-Wechsel wurde alle 3 Tage durchgeführt. Nach bereits einer Woche war nun zu beobachten, wie vitales Granulationsgewebe in die Nekrohöhle einspross und die Nekrosen geringer wurden:

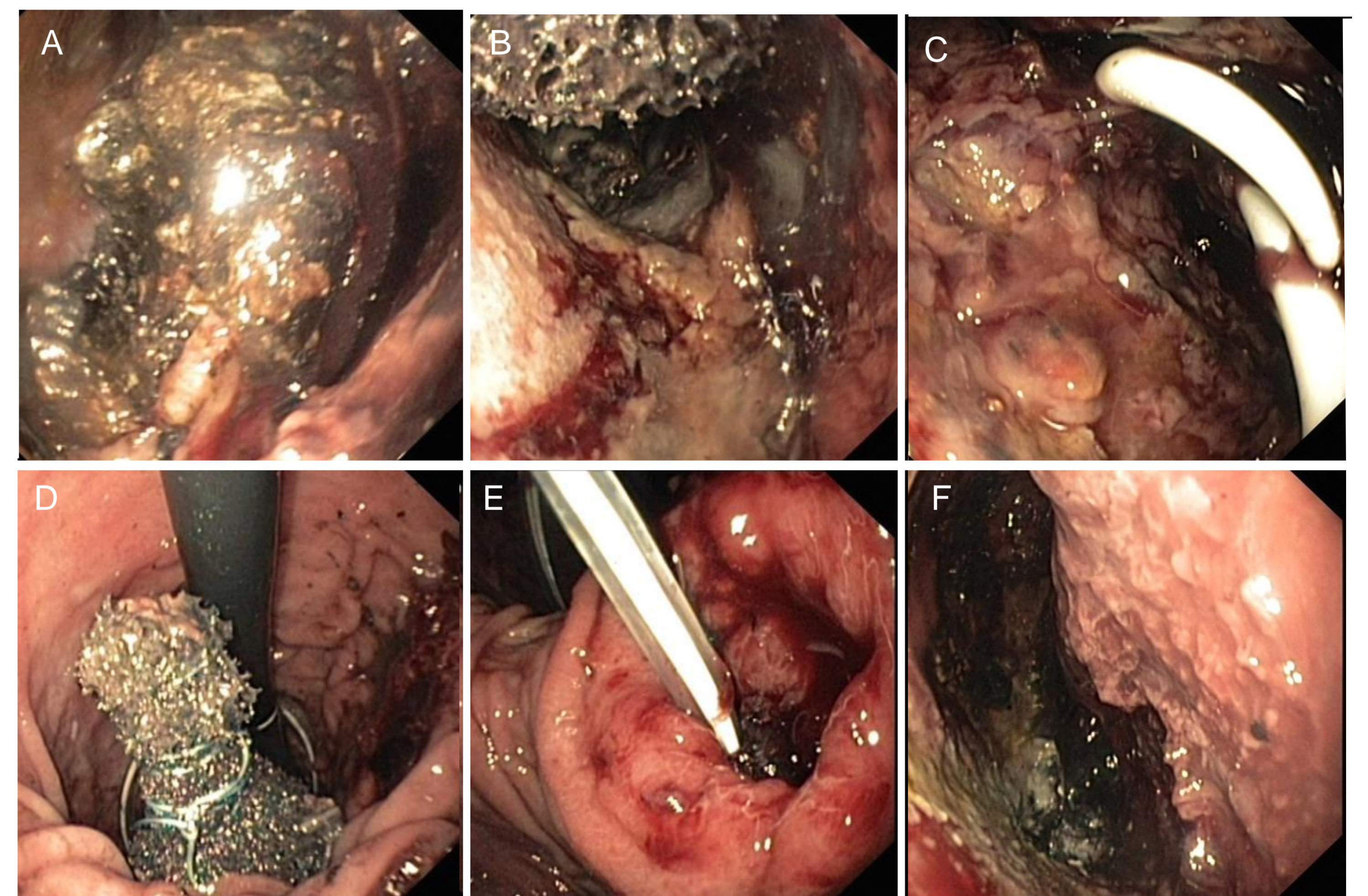


Abb. 5: A: Ausgedehnte Nekrosen; B: Z. n. zwei Tagen VAC-Therapie; C: Nach Schwammentfernung; D: Einbringen eines neuen VAC-Systems; E: Gastrostomie mit Schwamm in situ; F: Z. n. 3. VAC-Wechsel, Nekrohöhle mit Granulationsgewebe

Verlauf: Die Patientin war während der ersten 5 Wochen auf der Intensivstation beatmungspflichtig bei respiratorischer Globalinsuffizienz und Pneumonie. Sie entwickelte zusätzlich ein akutes Nierenversagen und eine Critical-Illness-Neuropathie. Die Entzündungswerte besserten sich nach wiederholtem endoskopischem Debridement, so dass ein langsamer Kostaufbau bereits möglich war. Trotz unserer intensivmedizinischen Maßnahmen verstarb die Patientin am 62. Krankenhaustag jedoch an einer plötzlich aufgetretenen Asystolie.

Schlussfolgerung: Die endoskopische Vacuumtherapie zur kontinuierlichen Absaugung und Induktion von Granulationsgewebe ist ein experimentelles Verfahren zum Bursadebridement. Das Verfahren wird mit geringfügiger Adaptation analog zur Wund- und Endorektal-Vacuumtherapie angewandt und stellt für ausgewählte Fälle eine Behandlungsalternative zur offenen Operation dar.