

Minimalinvasives Management einer infizierten Duplikationszyste des Ösophagus

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

Hintergrund: Duplikationszysten des Vorderdarmes sind sehr selten. Man vermutet eine Störung der Organogenese in der 7. Embryonalwoche und unterteilt sie ihrer Entstehung nach in enterische Duplikationszysten, bronchogene und neuroenterische Zysten.

Kasuistik: Wir berichten über einen 34-jährigen Patienten, der aus völligem Wohlbefinden heraus eine akute Dysphagie und Fieber entwickelte. In der Laboruntersuchung fiel ein CRP von 323 mit begleitender Leukozytose von 18.1Gpt/l mit Linksverschiebung auf.

ÖGD: Extrinsische Impression des distalen Ösophagus und Magenfundus

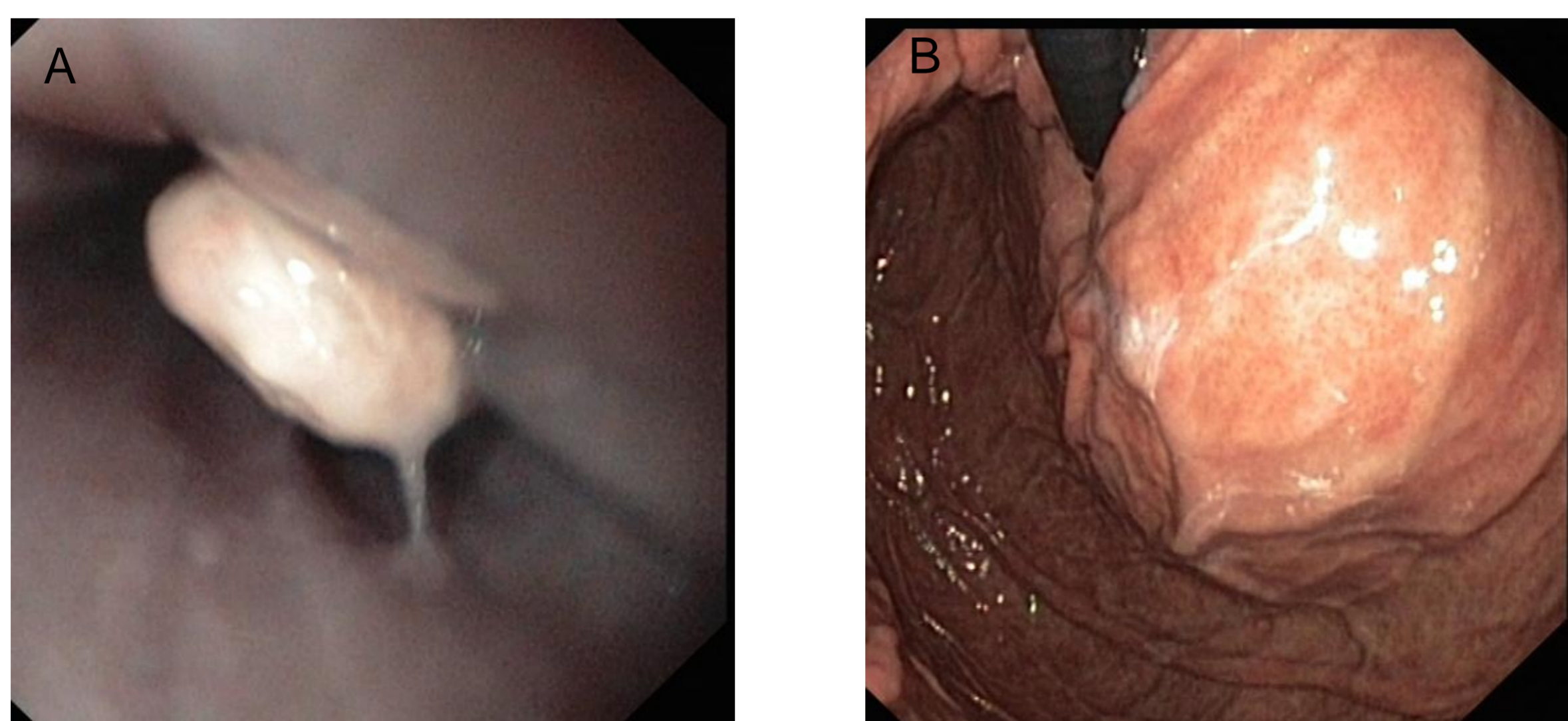


Abb. 1: A: Extrinsische Kompression des distalen Ösophagus mit PPI-Tablette in situ; B: Fundusimpression

CT Thorax und Abdomen: V. a. paraösophagealen Abszess

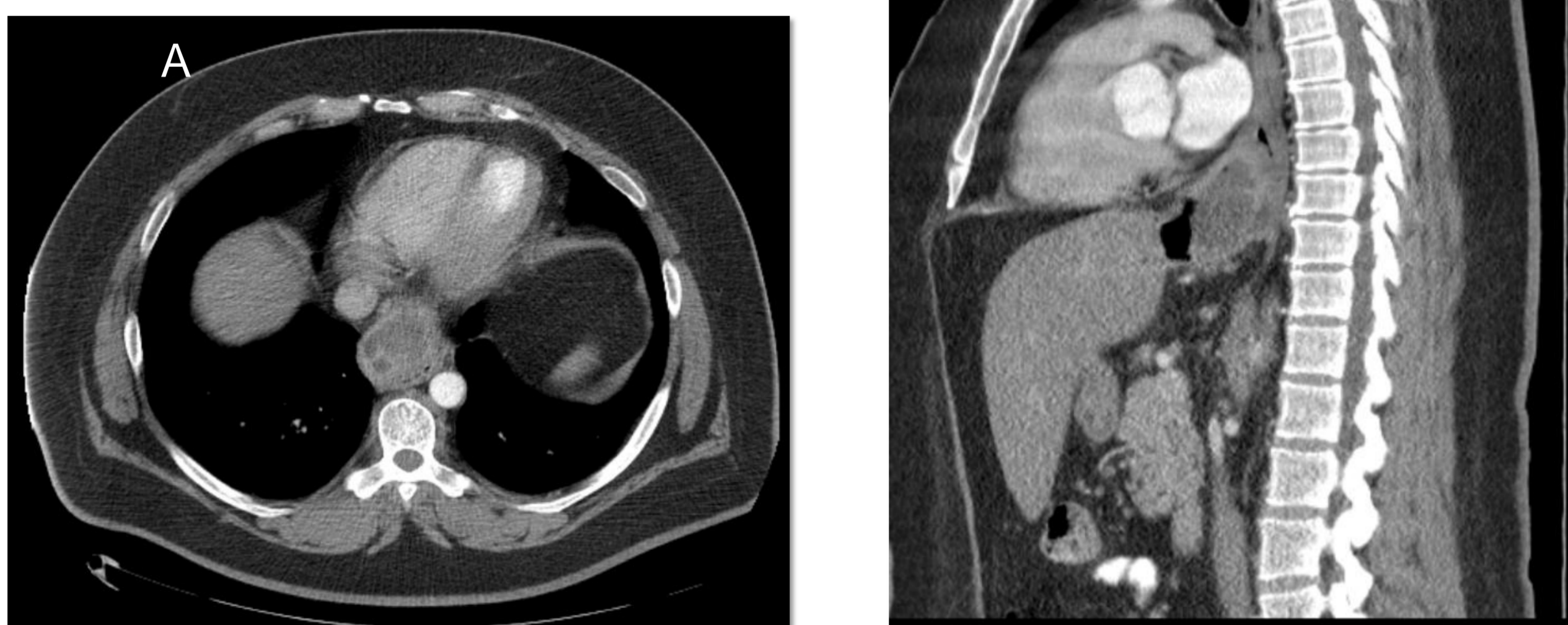


Abb. 1: CT Thorax und Abdomen mit paraösophagealem Abszess: A: axial; B: sagittal

Intervention: Bei V. a. intrathorakalen Abszess erfolgte zunächst die transösophageale Endosonografie mit Darstellung einer klassischen Duplikationszyste des distalen Ösophagus, vereinbar mit Abszess. Mittels Duplex-EUS wurde ein geeignetes Punktionsfenster gewählt und die Zyste mittels 19G Nadel punktiert. Es konnte reichlich Eiter gewonnen werden. Nach Führungsdrahteinlage erfolgte die Implantation einer 10F nasozystischen Spülsonde und eines 10F 5 cm double-pigtail Katheters. Der Eingriff dauerte 25 Minuten. Die Spülsonde wurde über 3 Tage belassen bei gleichzeitiger antibiotischer Therapie. Der Patient war bereits am Folgetag afebril und konnte wieder feste Nahrung schlucken.



Abb. 3: Endosonografische Darstellung der Duplikationszyste mit dicker Wand A und B; und proteinreichem Debris: C

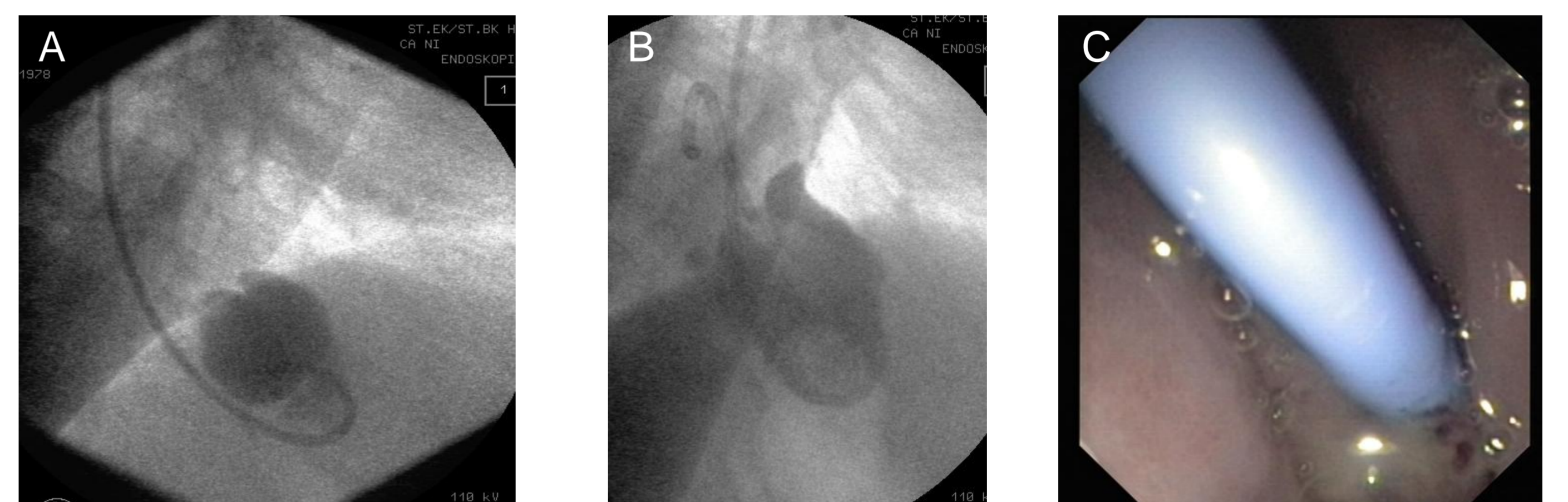


Abb. 4: Interne Drainage: A: nasozystische Spülsonde in situ; B: Spülsonde und double-pigtail Drainage, C: endoskopischer Situs

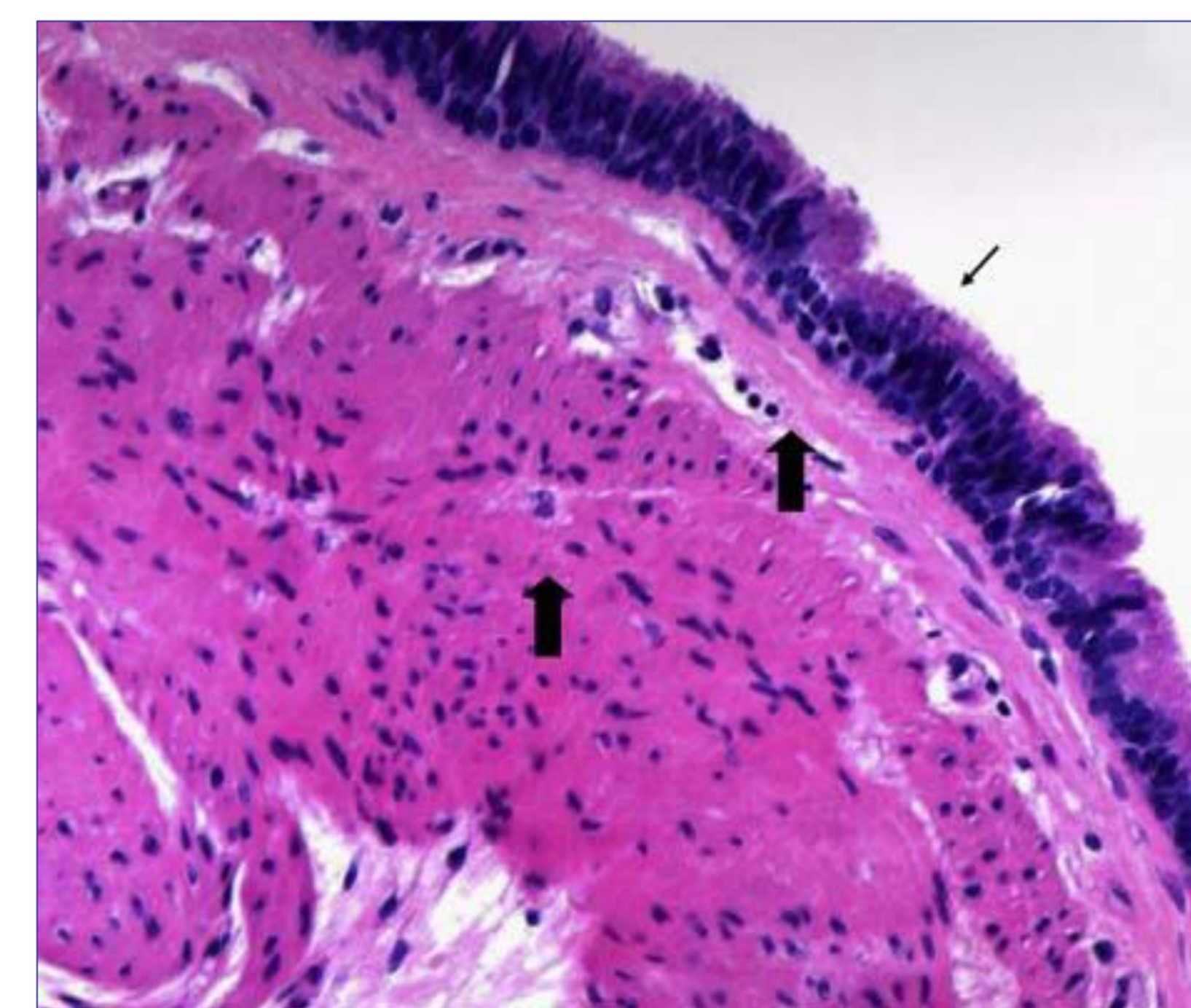


Abb. 5: Histologisches Präparat (HE-Färbung x100) mit Epithelbesatz (kleiner Pfeil) und 2 Schichten glatter Muskulatur (große Pfeile)

Verlauf: Der nasozystische Spülkatheter wurde am 4. Tag entfernt, wobei die Pigtaildrainage belassen wurde. Die Antibiose wurde oral noch über 10 Tage fortgesetzt. Der Patient wurde 6 Wochen nach Primärversorgung zur laparoskopischen Resektion der Zyste und Fundoplikatio wieder stationär aufgenommen. Intraoperativ und histologisch bestätigte sich der Befund einer großen Duplikationszyste. Der Patient konnte am 5. post-OP Tag beschwerdefrei entlassen werden.

Schlussfolgerung: Duplikationszysten des Vorderdarmes sind eine sehr seltene Ursache für Schluckbeschwerden. Noch seltener sind sekundäre Infektionen. Ein zweizeitiges Vorgehen bestehend aus endosonografischer Drainage, gefolgt von definitiver Resektion scheint bei der obigen Präsentation ein probates Mittel zur Beherrschung der Akutsituation.