

Schwangere mit verschleppter Appendizitis

# Gesundes Baby trotz Laparotomie

Eine verzögerte Diagnose einer akuten Appendizitis kann sich im schlimmsten Fall bis zur abdominalen Sepsis auswachsen. Wie etwa im Fall einer 38-jährigen Schwangeren, bei der die Chirurgen schließlich zu drastischen Mitteln greifen mussten.

Die Frau stellte sich in der 13. Schwangerschaftswoche in der Notaufnahme einer Klinik vor. Sie berichtete über abdominale Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen, die bereits seit einem Tag anhielten. Da weder Fieber noch vaginaler Ausfluss bestand und die gynäkologische Ultraschalluntersuchung regelhaft ausfiel, entließen die anfangs mit dem Fall betrauten Gynäkologen die Frau nach Hause. Fünf Tage später suchte die Schwangere die Klinik erneut auf. Zu diesem Zeitpunkt fielen bei der klinischen Untersuchung eine Tachykardie und eine diffuse abdominale Schmerzhaftigkeit mit Schwerpunkt im rechten Quadranten auf. Die Blutanalyse ergab Hinweise auf eine systemische Infektion: Neben einer Neutrophilie und einer geringen Prothrombinämie fanden sich hohe Konzentrationen an Procalcitonin (180 ng/ml; Referenzwert: 0,01–0,64 ng/ml) und C-reaktivem Protein (17 mg/dl; Referenzwert: < 0,5 mg/dl). Darüber hinaus sprachen die Messwerte für ein akutes Nierenversagen. Bei der Sonografie des Abdomens war in allen Quadranten freie Flüssigkeit nachzuweisen und erfreulicherweise ein vitaler Fötus. Aufgrund der akuten Verschlechterung des Allgemeinzustandes der Patientin im Sinne eines septischen Schocks mit Hypotension, Hyperlaktatämie, Hypokaliämie und Hyperglykämie entschieden sich die Chirurgen für eine Notlaparotomie.

## Fulminante Peritonitis

Intraoperativ zeigte sich das Bild einer ausgeprägten eitrigen Peritonitis nach Perforation einer akuten Appendizitis. Insgesamt 300 ml eitriges Sekret konnten die Chirurgen absaugen und mussten zahlreiche Abszesse eröffnen und drainieren. Außerdem entfernten sie den rupturierten Wurmfortsatz und spülten die Bauchhöhle. Aufgrund der generalisierten intraabdominalen Infektion mit deutlich geblähten Darmschlingen und dem damit verbundenen Risiko eines abdominalen Kompartmentsyndroms ent-

schieden sich die Operateure, das Abdomen unverschlossen zu lassen.

## Drastischer Verlauf erfordert drastische Maßnahmen

Auf der Intensivstation war die Frau zunächst Vasopressoren- und Dialysepflichtig, und wurde empirisch mit Piperacillin-Tazobactam i. v. antibiotisch behandelt. 48 Stunden später explorierten die Chirurgen die Bauchhöhle erneut: Die Darmschlingen waren ödematisiert und gebläht und die Bauchhöhle gering verschmutzt. Nach peritonealer Spülung legten die Chirurgen nochmals ein Laparostoma an, dieses Mal in einer Technik zum progressiven Bauchdeckenverschluss. Vier Tage nach dem ersten Eingriff konnte die Bauchdecke primär wieder verschlossen werden. Anhand des Antibiotogramms wurde die Antibiotikatherapie schließlich auf Amoxicillin und Clavulansäure umgestellt. Die Patientin



© Lisa5201 / Getty Images / iStock, (Symbolbild mit Fotomodell)

erholte sich rasch und konnte schließlich am 12. Tag auf die gynäkologische Normalstation verlegt und zwei Tage später sogar nach Hause entlassen werden.

Das Ungeborene hatte sich in der Zeit gut entwickelt und auch die weitere Schwangerschaft verlief komplikationslos. Die Frau brachte in der 41. Schwangerschaftswoche per Kaiserschnitt ein gesundes Kind zur Welt. Bei der Kontrolluntersuchung drei Monate nach Sectio stellte sich die Patientin in sehr gutem Allgemeinzustand vor. Das Kind war altersgerecht entwickelt und zeigte keinerlei Auffälligkeiten. dk

Logrado A et al. *Int J Surg Case Rep* 2018 (online first)

Plantare Ulzera bei diabetischem Fuß

# Infrarotkamera erleichtert die Prognose

Infrarotaufnahmen sind offenbar besser geeignet, um die Prognose bei Fußulzera besser abzuschätzen als eine rein optische Vermessung.

Die Vermessung des Wundbetts mit Infrarotkameras ermöglicht es, heilende von nicht heilenden Ulzera bereits nach zwei Wochen zu unterscheiden. Dafür sprechen die Ergebnisse einer Studie an acht Patienten mit Typ-1- sowie 18 Patienten mit Typ-2-Diabetes und neuropathischem Fußulkus. Die Geschwüre wurden zu Beginn der Studie und in der zweiten Woche zum ei-

nen über optische Farbaufnahmen, zum anderen über Aufnahmen mit einer speziellen Infrarotkamera vermessen. Dabei berechnete eine spezielle Software die Größe des Wundbetts in den Aufnahmen. Areale gleicher Temperatur im Bereich des optischen Wundbetts wurden auf den Infrarotaufnahmen als isothermisches Wundbett klassifiziert. Damit steht ein Verfahren zur Verfügung, das früh erkennen kann, ob eine Therapie anschlägt. mut

Aliahmad B et al. *J Diab Sci Technol* 2018; online 26. September