

Perforation bei ERCP: reicht Antibiose?



Im Rahmen einer elektiven ERCP kommt es zu einer Dünndarmperforation und in der Folge trotz Antibiose zu Abszessen und Nekrosen.

Im Rahmen einer elektiven ERCP kommt es im Routinebetrieb auf einer Abteilung für Innere Medizin bei einer jungen Frau zu einer Dünndarmperforation. Diese macht sich noch am selben Tag (am Abend) durch starke Bauchschmerzen bei der Frau, die zwischen 21 und 30 Jahre alt ist, bemerkbar und wird im CT bestätigt. Nach Ansicht der Chirurgen besteht kein Interventionsbedarf; eine Antibiose würde reichen.

Wie der meldende Arzt mit bis zu fünf Jahren Berufserfahrung berichtet, reichte die Antibiotikagabe nicht aus und bei der Patientin bildeten sich massive Abszesse und Nekrosen. Diese

wurden drainiert. Klinisch geht es der Patientin schlecht; sie befindet sich mehrere Wochen im Spital.

Als Gründe für dieses Ereignis führt der meldende Arzt an, dass sofort eine Operation stattfinden hätte sollen. Dann wäre seiner Ansicht nach das Risiko geringer gewesen, dass sich rundherum Nekrosen ausgebildet hätten. Als Faktoren, die zu diesem Ereignis beigetragen hätten, nennt der meldende Arzt Ausbildung und Training.

Ein Ereignis dieser Art hat sich zum ersten Mal zugetragen.

Feedback des CIRS-Teams/Fachkommentar



www.cirsmedical.at

Lösungsvorschlag- bzw. Fallanalyse

Die Perforation im Rahmen einer Papillotomie ist eine mögliche, zu erwartende Komplikation. Die Dunkelziffer der asymptomatischen retroperitonealen Perforationen ist weit höher, als wir es radiologisch nachweisen können. Die Rate der Perforationen schwankt in der Literatur zwischen 0,15 und 1,6 Prozent. Der Großteil der bei einer Papillotomie gesetzten Perforationen läuft relativ asymptomatisch ohne die Notwendigkeit einer Bildgebung ab. Um das Management einer Perforation nach ERCP besser differenzieren zu können, empfiehlt es sich, die Klassifizierung nach Kim et al. zu kennen. Eine Typ I-Perforation erfolgt durch das Gerät selbst mit hoher Kontaminationsgefahr des umliegenden Gewebes. Typ II erfolgt durch das needle-knife Manöver mit moderater Kontamination und Typ III resultiert durch den Guidewire mit minimaler Kontaminationsgefahr. Typ I-Perforationen sind relativ selten, – werden in der Regel vom Endoskopiker erkannt und aufgrund ihrer Größe dem Chirurgen zur Operation vorgestellt. Nach chirurgischer Sanierung beträgt die Hospitalisierung durchschnittlich zwölf bis 16 Tage. Typ II-Perforationen sind am häufigsten und werden primär konservativ behandelt. Erst die erfolglose konservative Behandlung zieht eine chirurgische Intervention nach sich mit der Folge eines längeren Spitalsaufenthalts, der laut Literatur bis zu 75 Tage im Durchschnitt

betragen kann. Bei Typ III –Perforationen werden kaum chirurgische Interventionen notwendig; der Aufenthalt im Krankenhaus beträgt maximal eine Woche.

Da dem Bericht nicht ganz klar zu entnehmen ist, wo die Perforation lag, aber der Häufigkeit nach anzunehmen ist, dass diese nach retroperitoneal im Rahmen der needle-knife Technik erfolgte, war die primäre Entscheidung des Chirurgen korrekt. Die Tatsache, dass sich Nekrosen bilden, resultiert aus der Keimsituation lokal, aber auch aus der möglichen Begleitpankreatitis. Eine Verlängerung der Hospitalisierung bleibt leider unausbleiblich, – auch kann die Notwendigkeit einer chirurgischen Intervention in diesem speziellen Fall noch immer nicht ausgeschlossen werden.

Die Vorstellung des Melders, dass eine sofortige Operation den Krankheitsverlauf verkürzt hätte, muss somit relativiert werden. Eine Operation im Sinne einer Whipple Operation oder eines PPPD wegen einer post-ERCP Perforation stellt einerseits per se keine Indikation bei dieser Komplikation a priori dar und ist andererseits bekannterweise selbst mit hoher Morbidität assoziiert, abgesehen davon, dass diese Eingriffe nur dort stattfinden sollten, wo es eine entsprechende Fallzahl (> zehn Rechtsresektionen) gibt. Auch der

Umstand, dass liquide oder superinfizierte Nekroseareale radiologisch interventionell drainiert werden mussten, ist als minimal invasives Vorgehen, sofern der Patient kein septisches Zustandsbild bietet, absolut legitim. Allerdings muss nochmals darauf hingewiesen werden, dass ein operatives Verfahren noch immer nicht ausgeschlossen werden kann.

Rechtliche Gegebenheiten

Über die Möglichkeit einer retroperitonealen Perforation im Rahmen einer ERCP wird jeder Patient im Rahmen des Aufklärungsgesprächs, reversasoziiert, aufgeklärt. Eine nochmalige Erklärung und

das Vermerken eines Hinweises auf dem Revers stellen seitens des aufklärenden Arztes sicherlich das Optimum dar!

Gefahren-/Wiederholungspotential

Da es sich um eine seltene, aber doch mögliche Komplikation im Rahmen einer speziellen endoskopischen Intervention handelt, ist die Gefahr eines Wiederholungspotentials natürlich gegeben. Verständlicherweise ist auch hier die Komplikationsrate umso geringer, je besser die Expertise des Endoskopikers ist!

*Experte der KRAGES
(medizinisch-fachlicher Aspekt, Chirurgie)*