

5. FALLBEISPIELE

Zur Veranschaulichung seien hier stellvertretend vier Fallbeispiele von Patienten genannt, die durch die präoperative Diagnostik mittels einer Gastroskopie einer entsprechenden Therapie zugeführt werden konnten.

5.1 Fall 1

Eine 35-jährige Patientin wurde vom Hausarzt zur Cholecystektomie eingewiesen. Sie klagte seit 10 Tagen über Übelkeit, Erbrechen und Durchfall. Die Beschwerden traten vor einem Jahr zum ersten Mal in Erscheinung. Sonografisch wurden Gallenkonkremente mit Verdacht auf eine Abflußbehinderung nachgewiesen.

Anamnestisch war neben einem seit Jahren bestehenden Nikotinabusus bekannt, daß die Patientin nie ernsthaft erkrankt und Mutter zweier Kindern war.

Bei der routinemäßig präoperativ durchgeführten Gastroskopie fand sich ein Ulcus im Bulbus duodeni.

Dieser Befund führte zum Aufschub der geplanten OP. Nach ambulanter Therapie zeigte drei Wochen später die Kontrollgastroskopie eine völlige Abheilung des Ulcus mit jedoch persistierenden Beschwerden. Die Cholecystektomie konnte sodann erfolgreich durchgeführt werden. Die Patientin wurde nach Abschluß der Wundheilung beschwerdefrei entlassen.

5.2 Fall 2

Ein 58-jähriger Patient stellte sich nach konservativ behandelter Cholecystitis zur operativen Sanierung vor.

Anamnestisch zu erwähnen waren eine Appendektomie, eine Inguinalhernie links, ein Bandscheibenprolaps und eine Hypertonie. Nie war eine Erkrankung des Magens bekannt gewesen.

Bei der Vorbereitung zur Cholecystektomie und der präoperativen Diagnostik zeigte der Gastroskopiebefund ein Ulcus im Antrumbereich sowie eine akute Gastritis. Entnommene Probeexzisionen ergaben keinen Anhalt für Malignität.

Die notwendige Ulcustherapie verschob den Zeitpunkt der OP um 13 Tage. Postoperativ kam es zu keinen Komplikationen, und der Patient konnte in subjektiv gutem Allgemeinempfinden entlassen werden.

5.3 Fall 3

Eine 34-jährige Patientin kam wegen rezidivierender Schmerzen im rechten Oberbauch, die in den Rücken ausstrahlten und oft nach dem Essen bestanden. Erstmalig traten diese Schmerzen vor 8 Monaten auf. Ein Ikterus und Stuhlfärbungen wurden verneint.

In einer intravenösen Kontrastmitteldarstellung der Gallenwege zeigten sich zwei kirschgroße Konkremente im Gallenblasenfundus.

Anamnestisch waren eine Appendektomie, ein Nabelbruch, eine Tonsillektomie, eine Adipositas per magna und ein Nikotinabusus zu erwähnen. Die Patientin war Nullipara.

Innerhalb der präoperativen Diagnostik und Vorbereitung zur Cholecystektomie wurden bei der Gastroskopie drei Duodenalulcera festgestellt.

Dies führte zum Aufschub der geplanten OP und zur Entlassung in die ambulante Weiterbehandlung. Die Patientin wurde nach endoskopischer Kontrolle wieder in stationäre Behandlung aufgenommen und operiert.

5.4 Fall 4

Eine 41-jährige Patientin klagte über rezidivierende rechtsseitige Oberbauchschmerzen zum Teil mit Übelkeit ohne Erbrechen. Seit zwei Jahren war eine Cholecystolithiasis bekannt. Die Einweisung erfolgte zur Cholecystektomie. Wesentliche Begleiterkrankungen bestanden nicht. Eine Ulcusanamnese war nicht bekannt.

In der präoperativen Gastroskopie fand sich ein Ulcus ventriculi. Sonografisch zeigte sich die bekannte Cholecystolithiasis mit multiplen Konkrementen ohne Zeichen einer Cholecystitis. Der Helicobacter-Schnelltest war positiv.

Die Patientin wurde mit einer Eradikationstherapie bestehend aus Protonenpumpeninhibitor (PPI) und Antibiotika anbehandelt und zunächst wieder aus der stationären Behandlung entlassen. In der ambulanten Kontrollgastroskopie war das Ulcus bereits fast vollständig abgeheilt. Die Eradikationstherapie war nach 7 Tagen abgeschlossen, die medikamentöse Therapie mit dem Protonenpumpeninhibitor wurde fortgesetzt. 20 Tage nach der ersten stationären Aufnahme konnte die Cholecystektomie erfolgen.