

Journal für
**Gastroenterologische und
Hepatologische Erkrankungen**

Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes

**Aktuelle Bilder: Petersen-Hernie
nach Magen-Bypass-OP**

Schima W, Pfarl G, Klaus A

*Journal für Gastroenterologische
und Hepatologische Erkrankungen*

2012; 10 (4), 26-27

Österreichische Gesellschaft
für Gastroenterologie und
Hepatology

www.oeggh.at



ÖGGH

Österreichische Gesellschaft
für Chirurgische Onkologie

www.aco-asso.at

acoasso

Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology

Homepage:

**[www.kup.at/
gastroenterologie](http://www.kup.at/gastroenterologie)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in EMBASE/Compendex, Geobase
and Scopus

www.kup.at/gastroenterologie

Member of the



Krause & Pacherneegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. 032035263M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Petersen-Hernie nach Magen-Bypass-OP

W. Schima¹, G. Pfarl¹, A. Klaus²

¹Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, KH Göttlicher Heiland, KH der Barmherzigen Schwestern und Sankt Josef-Krankenhaus, Wien; ²Chirurgische Abteilung, KH der Barmherzigen Schwestern, Wien



Eine 44-jährige Patientin, die 2010 wegen einer Adipositas per magna einer laparoskopischen Roux-Y-Magen-Bypassoperation unterzogen worden war, wurde wegen akut aufgetretener, rezidivierender, postprandialer abdomineller Schmerzen stationär aufgenommen. Die Beschwerden bestanden seit mehreren Monaten und hatten in den letzten Stunden an Intensität stark zugenommen. Die Patientin wurde unter dem Verdacht einer gastrointestinalen Komplikation nach Magen-Bypass zu einer Multidetektor-CT-Untersuchung zugewiesen. Es zeigte sich in der CT eine Rotation der Mesenterialachse als Hinweis auf einen Volvulus (Abb. 1). Zudem wiesen die mesenterischen Gefäße der in den rechten Mittelbauch ziehenden ersten Jejunumschlinge einen abnormen Verlauf auf (Abb. 2). Die drainierende Mesenterialvene dieser Schlinge war deutlich gestaut (Abb. 2), was zusammen mit dem abnormen Verlauf der Dünndarmschlinge suspekt auf das Vorliegen einer inneren Hernie war.

Es wurde daraufhin die Indikation zur explorativen Laparoskopie gestellt, wobei sich bereits eine Durchwanderungsperitonitis in allen 4 Quadranten mit trüber intraabdomineller Flüssigkeit zeigte. Intraoperativ fand sich ein Volvulus der alimentären Dünndarmschlinge. Zusätzlich zeigte sich eine innere Herniation der gesamten biliären Dünndarmschlinge durch den Mesenterialschlitz, der vom Mesocolon transversum und dem Mesenterium der antekolischen alimentären Dünndarmschlinge begrenzt wird. Diese nach Magen-Bypass typische Komplikation wird als Petersen-Hernie bezeichnet. Es wurde daraufhin die innere Hernie in laparoskopischer Technik reponiert und der Mesenterialschlitz mit nicht resorbierbarem Nahtmaterial verschlossen, um ein Hernienrezidiv zu verhindern (Video 2).

Bei einer MDCT nach Magen-Bypass-OP ist die Gabe von oralem und i.v.-Kontrastmittel wichtig, da durch das orale Kontrastmittel die Anastomose der Gastro-Jejunostomie und

der abführende Dünndarmschenkel gut dargestellt werden können. Weiters ist die CT-angiographische Darstellung der mesenterischen Gefäßachse wichtig, um Rotationen des Mesenteriums oder abnorme Verläufe der Mesenterialgefäße als Hinweis

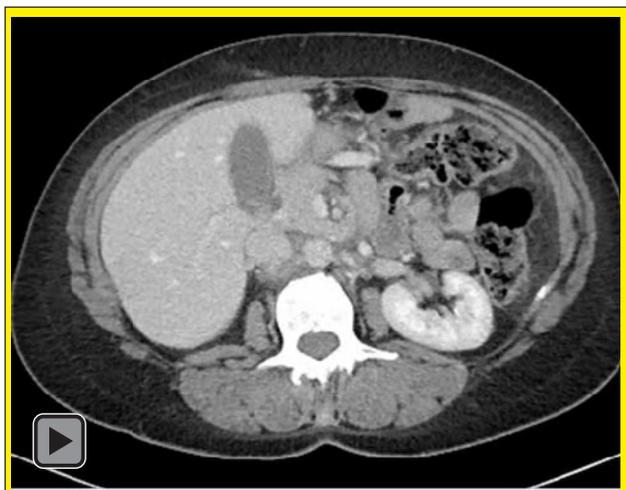


Abbildung 1: Die MDCT zeigt eine abnorme Rotation der V. mes. sup. (Pfeil) um die eigene Achse, was suspekt auf einen Dünndarmvolvulus ist.

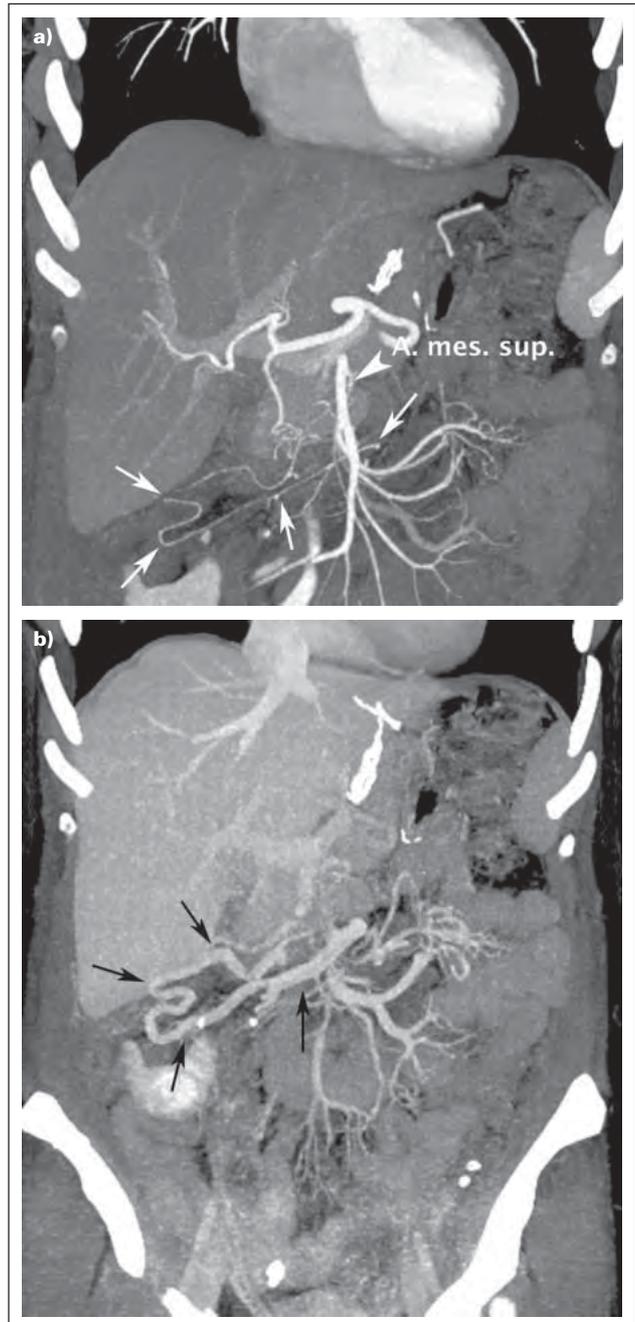


Abbildung 2: (a) Die 3D-Rekonstruktion der MDCT in der arteriellen Phase zeigt, dass der erste Jejunalast der A. mes. sup. einen abnormen Verlauf in den rechten Mittelbauch nimmt (Pfeile).

(b) In der 3D-Rekonstruktion in der venösen Phase analog dazu die gestaute Mesenterialvene (Pfeile). Dafür ursächlich ist die Kompression beim Durchtritt durch den Mesenterialschlitz, der aber in der MDCT nicht sichtbar ist.

auf eine innere Hernie nachweisen zu können. Die CT-Diagnose einer inneren Hernie ist oft schwierig, da anders als bei Bauchdeckenhernien in der Bildgebung meist keine Bruchpforte identifiziert werden kann. Insbesondere bei der Petersen-Hernie ist der Mesenterialschlitz, durch den die Dünndarmschlinge durchtritt, oft weit, sodass es nicht zu einer akuten Strangulation mit entsprechender, in der CT eindeutig diagnostizierbarer Dilatation der Darmschlinge kommt. Durch den Aufstau der biliären Dünndarmschlinge würde auch das klinische Bild des Ileus im Sinne von Erbrechen fehlen. Im vorliegenden Fall wurde die Diagnose aufgrund des abnormen mesenterialen Gefäßverlau-

fes und der ausgeprägten Stauung der Mesenterialvenen der entsprechenden Schlinge gestellt.

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Schima, MSc
Abteilung für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
KH Göttlicher Heiland, A-1170 Wien, Dornbacher Straße 20–28
KH der Barmherzigen Schwestern Wien
A-1060 Wien, Stumpergasse 13
Sankt-Josef-Krankenhaus, A-1130 Wien, Auhofstraße 189
E-Mail: wolfgang.schima@kgh.at



Video 2: Der intraoperative Situs während der Laparoskopie

Die entsprechenden Filme finden Sie unter www.kup.at/kup/pdf/A11006.pdf oder mittels Eingabe von A11006 in ein Suchfeld auf www.kup.at



Unser neuer Service: die Filme sind auch im Online-PDF

<http://www.kup.at/download/gastroenterologie.html>

Benutzername: gastroenterologie – Passwort: gastroenterologie

direkt zum Download verfügbar.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)