

Akute Appendagitis als unterschätzte Differenzialdiagnose des akuten Unterbauchschmerzes – Ein Fallbericht

Einführung

Der klinische Befund eines akuten Unterbauchschmerzes leitet je nach Lokalisation zunächst zu den Differenzialdiagnosen der Appendizitis vermiformis oder der akuten Divertikulitis (Rao PM et al., Am J Surg 1998; 176: 81–85).

Neben der hier thematisierten akuten Appendagitis sollten differenzialdiagnostisch weiterhin eine mesenteriale Panniculitis, ein Trauma, eine Neoplasie des Omentums oder ein omentaler Infarkt in Betracht kommen (Singh AK et al., AJR 2004; 183: 1303–1307). Ziel dieses Fallberichts soll es sein, an die im Vergleich zur Appendizitis vermiformis oder Divertikulitis selten vorkommende Appendagitis epiploica als zusätzliche Entität zu erinnern, die in der Regel selbstlimitierend und komplikationslos verläuft.

Definition Appendagitis epiploica (engl. Appendage = Anhängsel): Akute Entzündung ein oder mehrerer Appendices epiploicae. Ursächlich ist in erster Linie eine Torsion mit konsekutivem Gefäßverschluss.

Die Appendices epiploicae sind mit Fettgewebe gefüllte, lappenartige Anhängsel von etwa 0,5–5 cm Länge, die sich vom

Colon ascendens bis zum rektosigmoidalen Übergang erstrecken und sich in ein oder zwei Reihen formieren. Mehr als die Hälfte befindet sich rektosigmoidal, was das gehäufte Auftreten im linken Unterbauch erklärt (Ng KS et al., Eur Radiol 2006; 59: 284–288). Sie werden jeweils von Endarterien der A. mesenterica superior und inferior versorgt, drainieren über kleine mesenteriale Venen und dienen in erster Linie der Wasser- und Elektrolytresorption aus dem Darm. Klinisch zeigt sich eine lokalisierte Abwehrspannung bei mäßigen Schmerzen, das Labor ist nicht richtungweisend. Eine Leukozytose kann begleitend auftreten (Son HJ, Lee SJ, Lee JH, et al., J Clin Gastroenterol 2002; 34: 435–438).

Fallbeschreibung

Ein 25-jähriger adipöser Mann (180 cm, 107 kg BMI 33) stellte sich mit akut aufgetretenem linksseitigen Unterbauchschmerz bei lokaler Abwehrspannung in der Rettungsstelle vor. Es lag keine CRP-Erhöhung oder eine Leukozytose vor. Die Sonografie zeigte eine hyper-echogene Läsion an der vorderen linken Bauchwand, die sich mit einem echoar-

men Randsaum demarkierte (Abb. 1). Für die weitere Differenzierung wurde im Anschluss eine Computertomografie durchgeführt.

Material und Methoden/Untersuchungstechnik

Die Untersuchung wurde an einem 16-Zeilen-Mehrschicht-Spiral-CT (Aquilion 16, Toshiba, Nasu, Japan) mit einer Röhrenspannung von 120 kV und einer Kollimation von 16×1 mm, bei dosismodulierten 150 mAs und einem Field-of-view von 500 mm (Patient mit BMI von 33) in axialer Ebene durch Abdomen und Becken in Mehrzeilen-Spiraltechnik nach bolusförmiger Applikation von 120 ml Ultravist 300i.v. (Iopromidum 623 mg/1 ml; Schering) durchgeführt. Die Schichtdicke betrug 1 mm bei einem Rekonstruktionsintervall von 0,8 mm. Multiplanare Rekonstruktionen mit 2,5 mm Schichtdicke wurden in axialer und koronarer Ebene angefertigt.



Abb. 1 Sonographische Darstellung einer Appendagitis.



Abb. 2 Axiale Schichtung durch das Abdomen. 25-jähriger Mann mit akut aufgetretenem linksseitigem Unterbauchschmerz. Es zeigt sich eine ovoide Imbibierung des perisigmoidalen Fettgewebes mit der infarzierten und mit koaguliertem Blut gefüllten Vene.

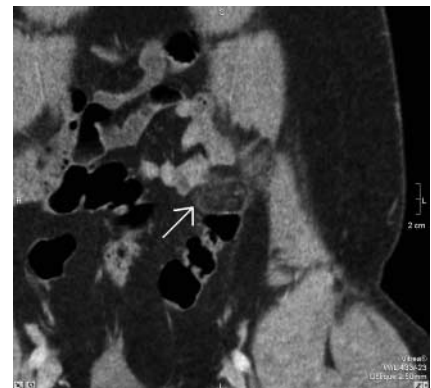


Abb. 3 Koronare Rekonstruktion. Imbibiertes Fettgewebe am Colon sigmoideum. Die Klinik und die CT-morphologischen Zeichen sind vereinbar mit einer akuten Appendagitis.



Abb. 4 Makroskopisches OP-Präparat. Es zeigt sich die hämorrhagisch infarzierte Appendix epiploica mit einer Größe von ca. 38x19x18 mm.

Ergebnis

Am Colon sigmoideum präsentierte sich antimesenterial eine 38 × 24 × 18 mm messende ovoide Verdichtung des perisigmoidalen Fettgewebes mit einer 25 mm langen linienförmigen Kontraststeigerung entsprechend der infarzierten und mit koaguliertem Blut gefüllten Vene (● **Abb. 2, 3**). Die Befunde waren vereinbar mit dem Befund einer akuten Appendagitis epiploica. Differenzialdiagnosen wie etwa eine akute Appendizitis vermiformis oder Sigmadivertikulitis konnten CT-morphologisch ausgeschlossen werden. Aufgrund der hochakuten Schmerzsymptomatik und fehlender Entzündungsparameter wurde eine explorative Laparoskopie mit Entfernung der entzündlich veränderten Appendix epiploica durchgeführt. Anschließend präsentierte sich der Patient beschwerdefrei. Das makroskopische OP-Präparat wurde zur pathologischen Begutachtung gesendet. Es wurde eine stielgedrehte, infarzierte Ap-

pendix epiploica des Sigmas diagnostiziert, womit die computertomografische Diagnose bestätigt war (● **Abb. 4**).

Diskussion

Die Symptomatik der akuten Appendagitis epiploica wird häufig klinisch missinterpretiert. Wird eine Sigmadivertikulitis vermutet, kann eine Kolonteilresektion folgen bzw. eine Appendektomie bei der Verdachtsdiagnose Appendizitis vermiformis. Die Appendagitis epiploica ist mit Adipositas (Son HJ et al., *J Clin Gastroenterol* 2002; 34: 435–438) assoziiert, was in unserem Fallbeispiel (BMI 33) zutrifft. Zu den charakteristischen CT-morphologischen Zeichen zählt eine antimesenterial vorkommende ovoide Raumforderung (<5 cm) mit einem kräftigen Randenhancement, der einer hämorrhagisch entzündlichen Begleitreaktion entspricht. Eine lobulierte dichtevermehrte Raumforderung, die mit multiplen infarzierten Appendices zu er-

klären ist (Ng KS, Tan AG, Chen KK, et al., *Eur Radiol* 2006; 59: 284–288), kommt insgesamt sehr selten vor. Die Darmwand zeigt sich ebenfalls in nur wenigen Fällen verdickt. Ein seltenes, aber charakteristisches Zeichen ist eine strangförmige zentrale Dichtezunahme (Ng KS et al., *Eur Radiol* 2006; 59: 284–288), die als „positives Venenzeichen durch Koagel“ bekannt ist und die thrombosierte Vene repräsentiert. Die Appendagitis epiploica ist eine in den allermeisten Fällen in 2 Tagen bis 4 Wochen selbstlimitierende Entzündung, der eine Torsion mit konsekutivem Gefäßverschluss zugrunde liegt (Singh AK et al., *RadioGraphics* 2005; 25: 1521–1534). Im Regelfall reicht eine konservative Schmerzmedikation zur Behandlung aus (Singh AK et al., *AJR* 2004; 183: 1303–1307). Unser Fall demonstriert einen komplizierten Verlauf mit notwendiger chirurgischer Intervention.

A.-K. Mager, L. Krug, J. Neudecker, P. Rogalla, B. Hamm, Berlin