

Cystisches Lymphangiom des Mesenteriums als seltene Ileusursache

Als Ergänzung zu der Veröffentlichung von Mayer et al. [2] über ein cystisches Lymphangiom im Mesocolon transversum berichten wir über einen weiteren Fall von kindlichem cystischem Lymphangiom des Mesenteriums. Wie in der zitierten Arbeit beschrieben, treten nur 5% aller Lymphangiome intraabdominal auf, und hier vorwiegend im Bereich der Mesenterien. Der weitestgrößte Teil der kindlichen – häufig angeborenen – Lymphangiome findet sich auch hierzulande meist in der Hals- und Nackenregion, im Bereich von Schulter und Axilla, bei unseren kleinen Patienten zudem mehrfach an den Wangen, einmal auch suboral und gleichzeitig im Bereich von Epiglottis und Larynx.

Bei unserer Beobachtung des seltenen Bildes eines komplizierenden mesenterialen Lymphangioms im Kindesalter handelte es sich um ein siebenjähriges Mädchen, das mit Unterbauchschmerzen und Erbrechen in schwerkrankem Zustand und dehydriert zur Aufnahme kam. Es bot sich das klinische Bild eines akuten Abdomens mit Ileuszustand. Nach Angaben der Eltern sei bei dem Kind bereits seit einigen Monaten eine Vorwölbung am Bauch aufgefallen, die sich nach allen Richtungen habe bewegen lassen. Seit vier Tagen würde das Mädchen jegliche Nahrung erbrechen, die Vorwölbung habe sich auf den Unterbauch lokalisiert und sei zunehmend schmerzhaft.

Als Ursache für das beschriebene Zustandsbild wurde an eine stielgedrehte Dermoidcyste des Ovars gedacht und am Aufnahmetag notfallmäßig eine Laparotomie durchgeführt. Bei der medianen Unterbauchlaparotomie fand sich eine kindskopfgroße dünnwandige, mit Eiter gefüllte Cyste, die den ganzen Unterbauch bis zum Nabel ausfüllte und mit dem parietalen Peritoneum und dem Darm entzündlich verwachsen war. Sie ging bei der Eröffnung des Abdomens auf und wurde entleert. Nach Lösung der Verwachsungen erwies sich das Gebilde als eine Cyste des dem Jejunum zugehörigen Mesenteriums. Infolge von Penetration der Cystenwand war es zu einer eitrig-fibrinösen Unterbauchperitonitis gekommen. Das Jejunum war 10 cm oralwärts der Cyste dreimal um seine Achse gedreht, so daß zusätzlich ein hochsitzender mechanischer Ileus vorlag. Der infolge der Cysten- und Darmtorsion strangulierte Darmabschnitt von 2 cm Länge war sehr eng und blauschwarz-avital. Wir führten eine Resektion des Jejunums 10 cm aboral der Flexura duodenojejunalis bis ca. 5 cm aboral der großen Mesenterialcyste in ei-

ner Länge von 25 cm durch, mit anschließender End-zu-End-Anastomose. Es folgten Säuberung des Abdomens, Appendektomie und Drainage.

Die histologische Untersuchung ergab ein „Lymphangiom des Mesenteriums“. Der Verlauf war komplikationslos, die Wunde heilte primär. Das Kind wurde nach 10 Tagen in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen.

Zur Problematik und Differentialdiagnostik der Mesenterialcysten sei hier abschließend noch eine Beschreibung von H. Imdahl [1] zitiert: „Cystische Veränderungen des Mesenteriums können Folge einer Hemmungsmißbildung oder entzündlichen Reaktion sein, aber auch echte Neubildungen darstellen. Die chirurgisch brauchbarste Einteilung orientiert sich an dem Inhalt der Cysten; so kann man seröse Cysten, Blutcysten, Chyluscysten, Echinococcuscysten, Dermoidcysten, Lymphcysten und Mesotheliome unterscheiden. Typische klinische Leitsymptome existieren nicht. Blutungen, Infektionen und Perforationen sind möglich. Die Diagnose wird durch die explorative Laparotomie ermittelt, die gewöhnlich unter der Indikationsstellung unklarer Bauchbeschwerden und eines meist tastbaren Tumors erfolgt“.

1. Imdahl H (1972) Spezielle Chirurgie für die Praxis. Thieme, Stuttgart
2. Mayer M, Fartab M, Villiger A, Yurtsever H (1994) Cystisches Lymphangiom im Mesocolon transversum. *Chirurg* 65: 561

Dr. Elisabeth Bartholomäus
Chirurgische Abteilung
Christliches Krankenhaus „Mardi Rahayu“
Kotak Pos 3
RI-Kudus 59301
Java, Indonesien