



Falldarstellung Multiviszeraltransplantation

Nagi Salaz, Petra Hecker, PD Dr. A. Pascher

Fallbericht 1

- 36 - jährige Patientin
- Ultrakurzdarmsyndrom nach über 20 Operationen
- Fistulierender Morbus Crohn, ED1988
- Z.n. subtotaler Colektomie 11/2001
- Postoperative Dünndarmfisteln / Anastomoseninsuffizienzen
- Abdomen apertum
- Total parenterale Ernährung seit 04/2002
-> Cholestatiche, TPN assoziierte Lebererkrankung ED 06/2002
- Dekompensierte Leberzirrhose, TPN assoziiert
- Portaler Hypertonus
- Ösophagusvarizen III° Grades
- Rezidivierende Katheterinfekte
- Dekompensierte Niereninsuffizienz
- Chronisch sklerosierende Pankreatitis
- Vorstellung : 06/2003: Wenige Tage nach Aufnahme: Akute intraabd. und transrektale Blutung, intraabd. Abszess -> Notfall-OP: „Frozen abdomen“
- Anfang 07 / 2003: Meldung zur Multiviszeral- und Nierentransplantation
- Im weiteren Verlauf Verbrauch von 8-10 EK + 5-6 FFP / Woche
- Intermittierend hepatisches Ausfallkoma, Dialysepflichtigkeit
- 20.11.2003: MVTx+NTx (Magen, Duodenum, Pankreas, Leber, Dünndarm, rechtes Hemicolon, rechte Niere und Nebenniere)
- Verlauf:
- Volle soziale, körperliche und private Rehabilitation; derzeit mit uneingeschränkter Organfunktion
- Invasive pulmonale und cerebrale Aspergillose 9 Monate nach Tx folgenlos ausgeheilt



Präoperativer Situs



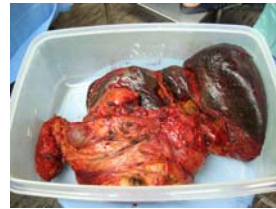
Intraoperative Schnitfführung



Starke intraabdominelle Verwachsungen („Frozen abdomen“)



Explantierter, retrohepatischer Anteil der Vena Cava



Explantiertes Organpaket



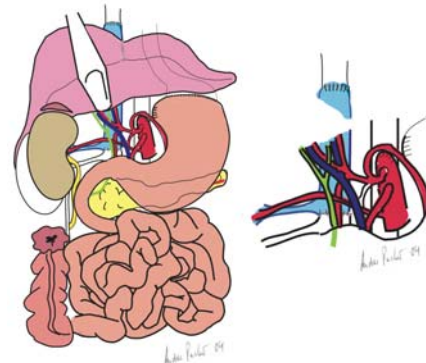
Backtable Präparation

Fallbericht 2

- 25 jähriger Patient
- Im Alter von 3 Jahren Dünndarmvolvulus mit Malrotation I, Dünndarmperturbation, Fistelbildung und tertiäre 4-Quadrantenperitonitis
- Zweizeitige Duodenotransversostomie
- 22 Jahre vollparenterale Ernährung
- ⇒ -Metabolische Hepatopathie
- Hyperbilirubinämie
- Erste Evaluierung und Meldung bei ET 2001, NT gemeldet auf Wunsch d. Patienten
- Splenomegalie
- Rez. Urolithiasis
- Rez. Cholangitis bei extrahepatischer Gallengangsstenose (Ballondilatation 05/2006)
- AZ -Verschlechterung Anfang 2007
- Aufnahme März 2007:
- Diagnosen:
Leberzirrhose (Bilirubin > 50mg/dl), Splenomegalie, Panzytopenie, chronisches Nierenversagen, transfusions- und OP-bedürftige Epistaxis, hepatische Enzephalopathie, Pneumonie
- Mehrere ITS Aufenthalte, regelmäßige Prometheus - Bilirubin dialyse bei aggravierender Hyperbilirubinämie, Blut-/FFP-/Thrombozytentransfusionen
- 10. Juli 2007 Multiviscerale TX von Magen, Duodenum, Dünndarm, Pankreas, Leber, Niere und Anlage eines term.diagnostischen Bishop-Koop Ileostomas
- Intra-OP Befund: massive Verwachsungen („Frozen abdomen“), komplette Leberzirrhose, portaler Hypertonus, Splenomegalie, chron. Pankreatitis
- Immunsuppression mit Tacrolimus, MMF, Decortin und Thymoglobulin
- Postoperative Tracheotomie bei Aspergillenpneumonie
- Mehrzeitiger Abdominalverschluss

Aktuell:

- Regelrechte Funktion aller Organe
- Patient wird auf Entlassung vorbereitet



Operationsschema