

Röntgenanalyse 5 (ileus)



Anamnese

Der 74-jährige Patient berichtet, dass gestern zunächst Völlegefühl, Dyspepsie und kolikartige Bauchkrämpfe begonnen haben.

Im Verlauf kam es zu dreimaligem Erbrechen, zuletzt von galligem Mageninhalt.

Stuhl- und Windabgang sind seit gestern Abend ausgeblieben.

Der Appetit ist deutlich reduziert. Fieber verneint er.

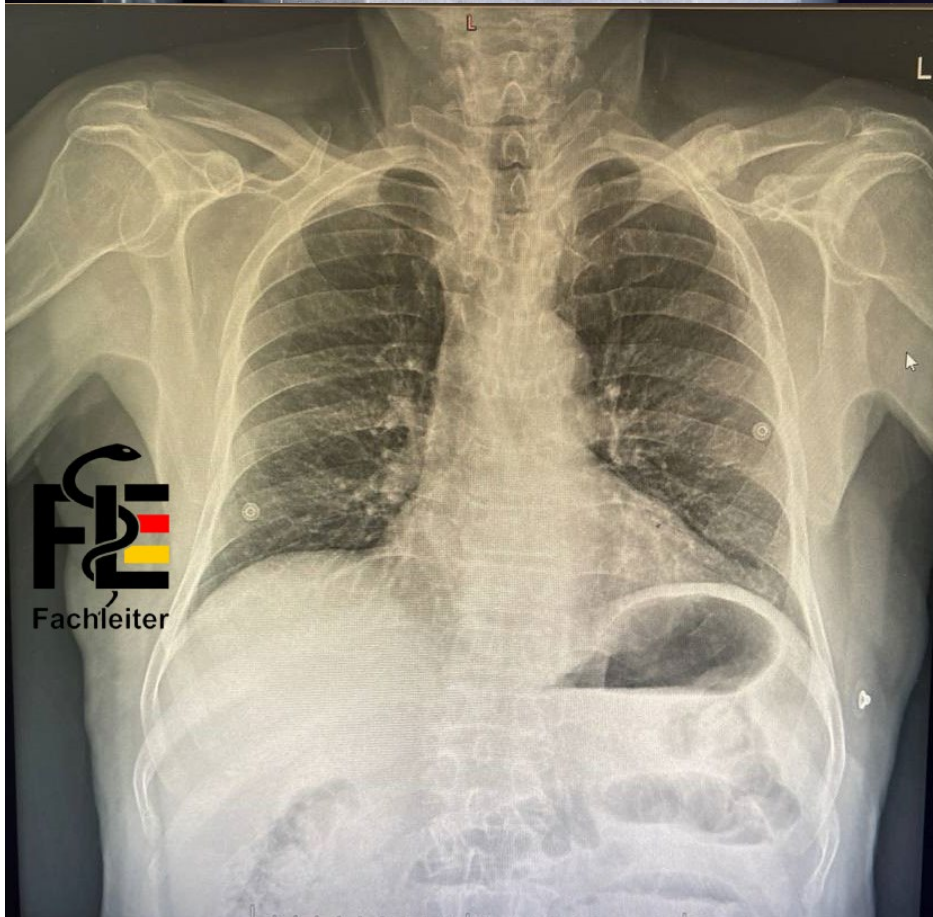
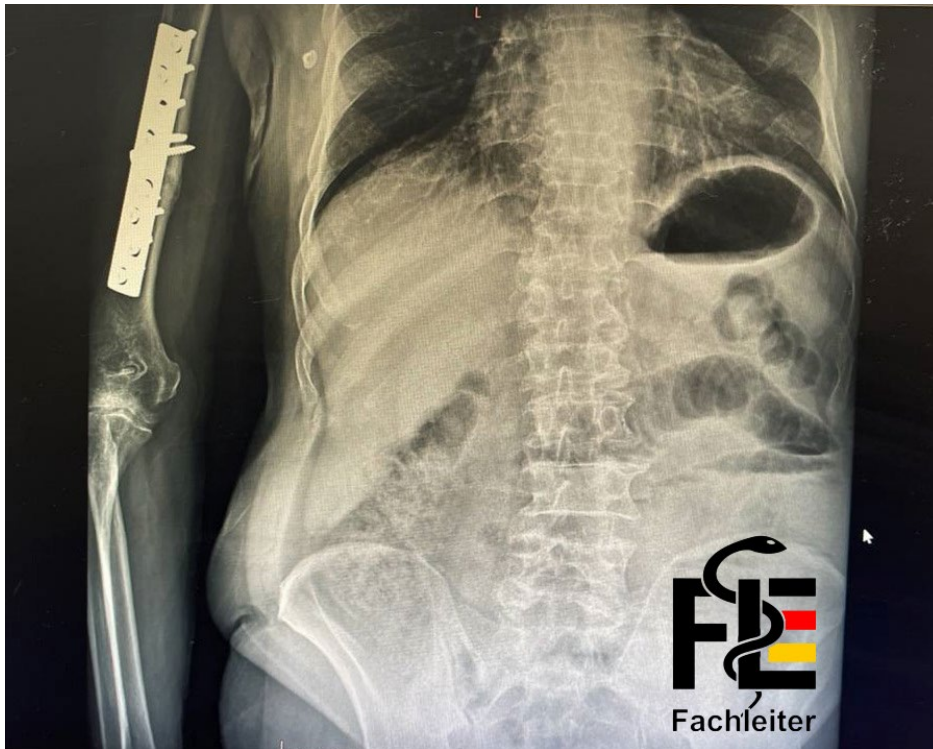
Frühere abdominelle Operationen gibt er an. Keine Blutbeimengungen im Erbrochenen.

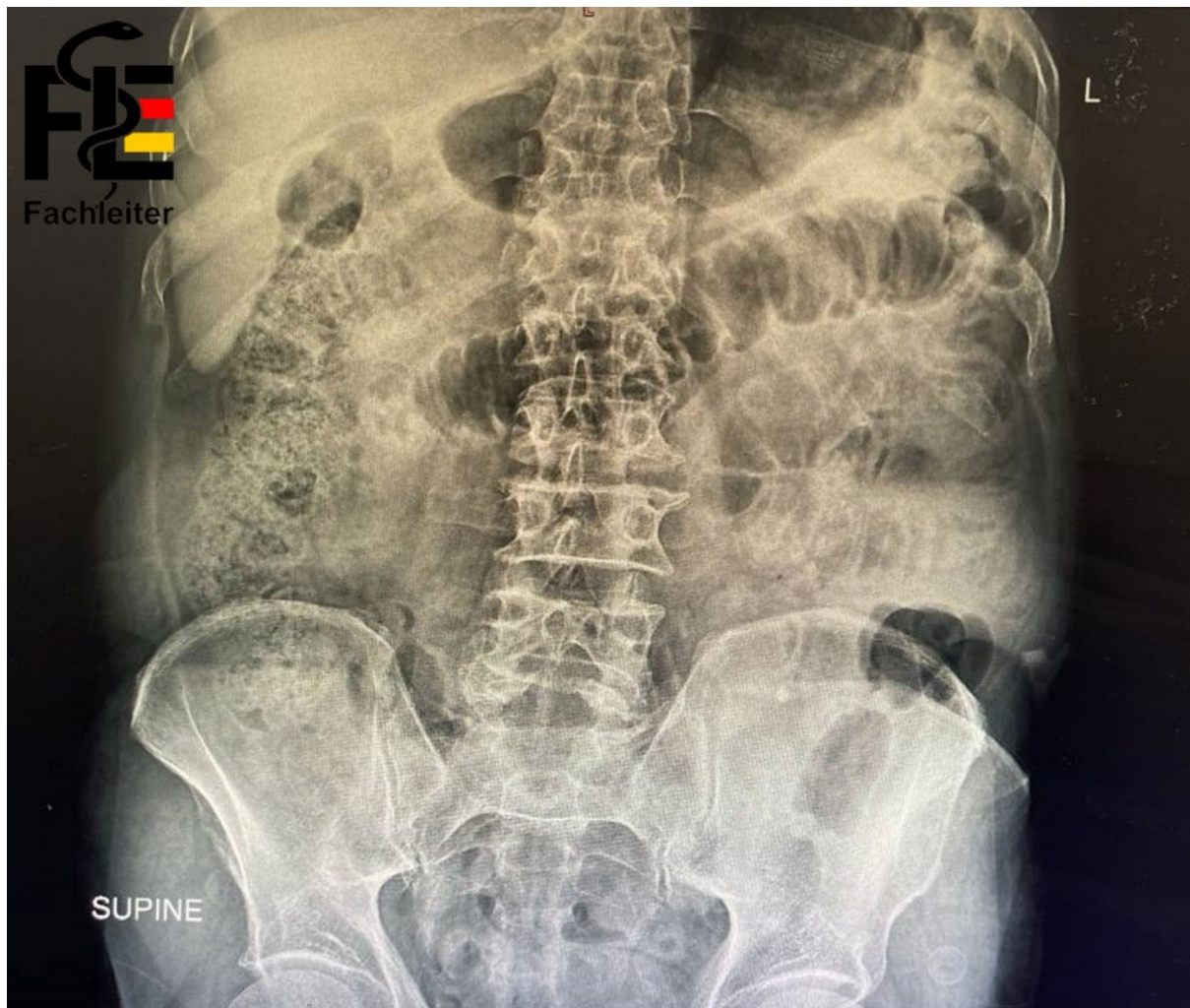
Vitalparameter:

- RR: 148/88 mmHg
- HF: 102/min, tachykard
- AF: 19/min
- Temp: 37,4 °C
- SpO₂: 96 % (Raumluft)

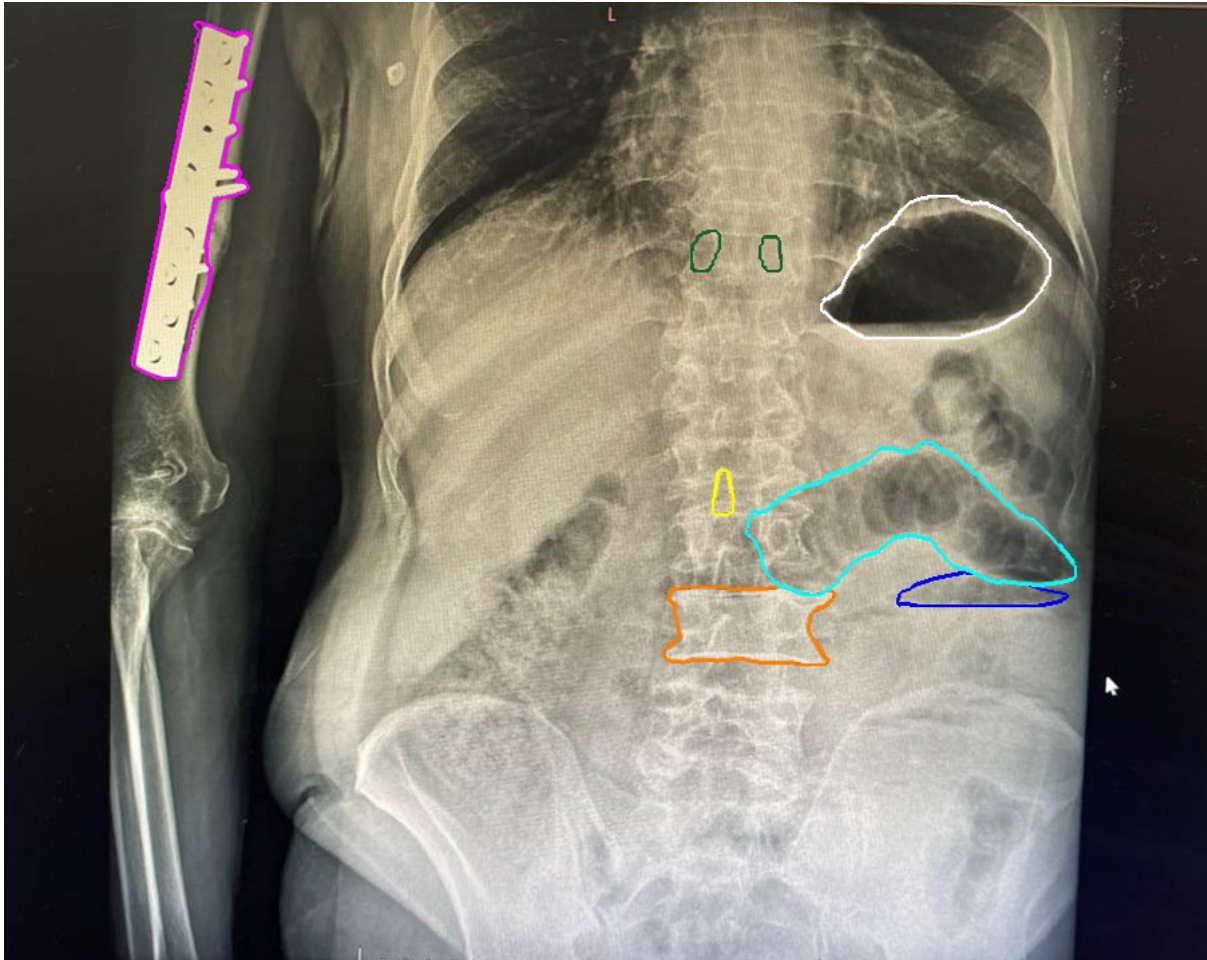
Abdomenuntersuchung

- Inspektion: Leicht aufgetriebenes Abdomen, vermindertes Atemexkursionsmitgehen. Keine sichtbaren Narbenhernie, keine Hautveränderungen
- Auskultation: Hochgestellte, klingende Darmgeräusche, phasenweise verstärkt
- Palpation: Abdomen diffus druckempfindlich, jedoch kein peritonitischer Abwehrstatus
- Perkussion: Tympanitisch über weiten Abschnitten
- Rektalstatus: Ampulle leer, kein Blutbeimengung





Fachleiter



Gas im Fundus des Magens

Pedikel der Wirbelkörper

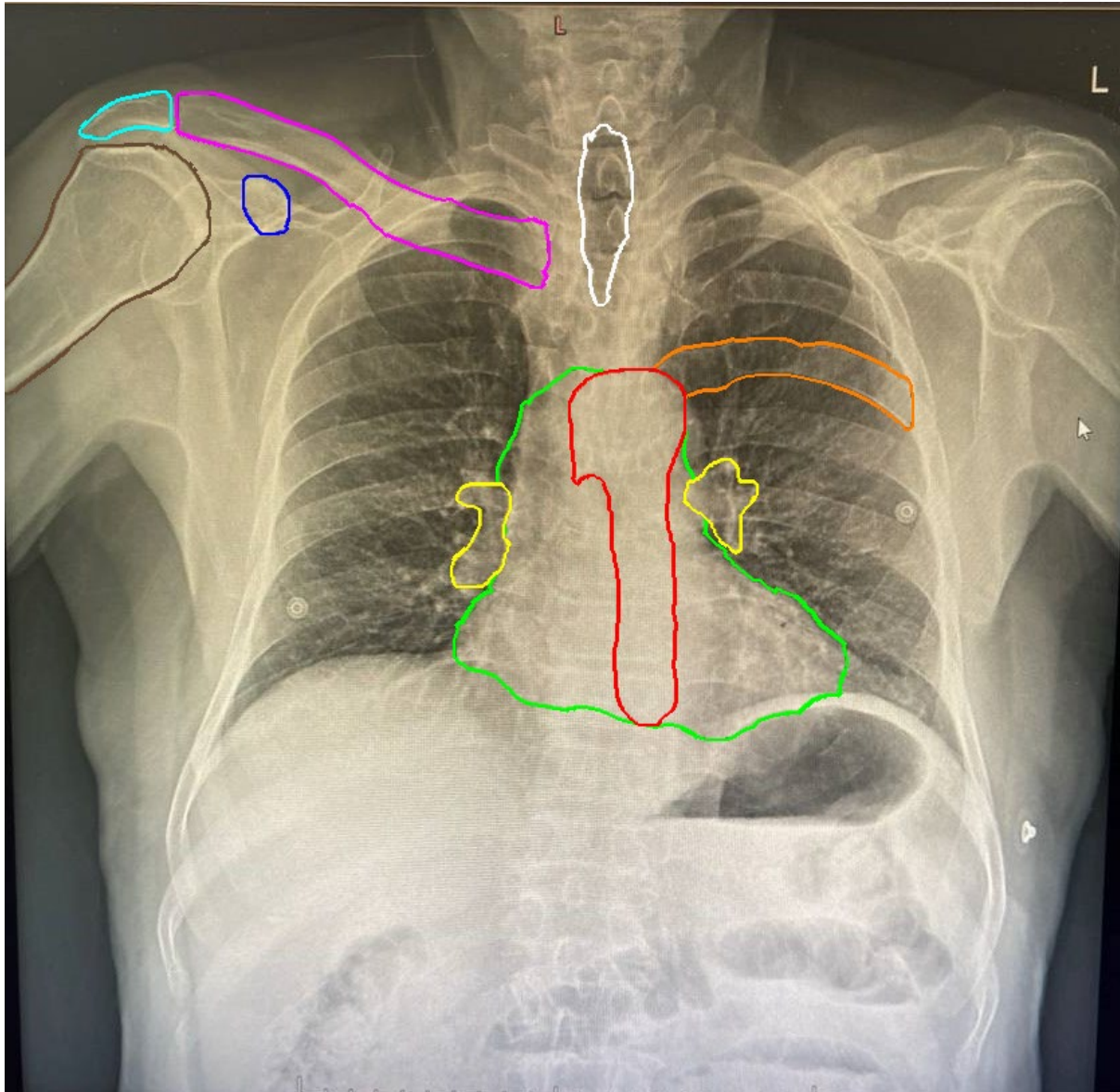
Schrauben und Platte im Schaft des rechten Humerus (nach früherer Operation)

Gas im linken Bereich des **Colon transversum** und im **Flexura lienalis**

L3-Wirbelkörper mit Zeichen einer degenerativen Veränderung (DJD)

Dornfortsatz

Fachleiter



rechte Clavicula

Processus coracoideus (Korakoidfortsatz)

Acromion

Humeruskopf und der proximale Humerusschaft

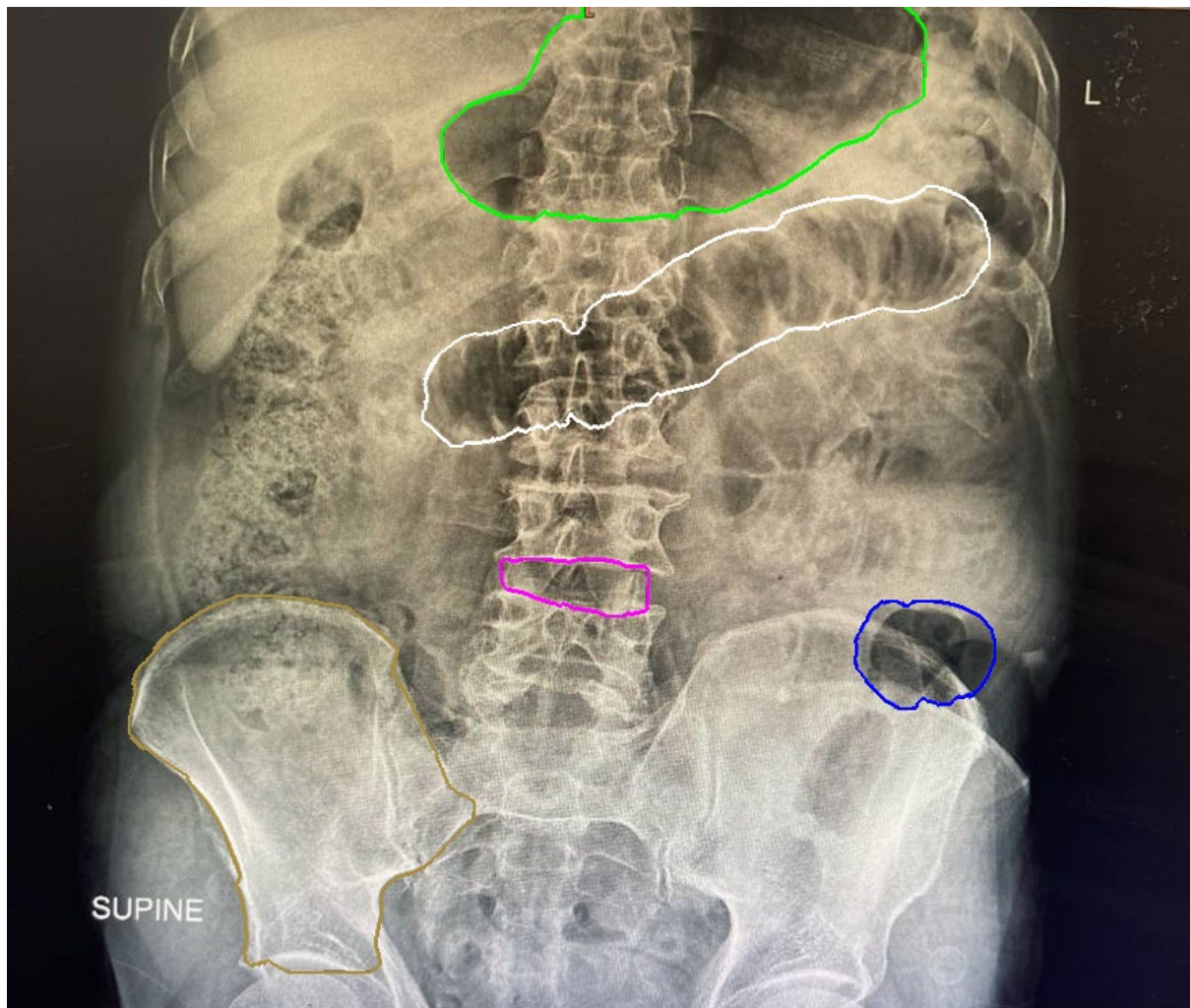
Trachea-Schattenbildung

hinterer Abschnitt der 5. linken Rippe

Schattenbildung durch den Aortenbogen, die absteigende Aorta und das Sternum

der Hilus der Lunge

Herzschatten



Gas im Magen

ein Abschnitt des **Colon transversum**

Bandscheibenraum L3/L4

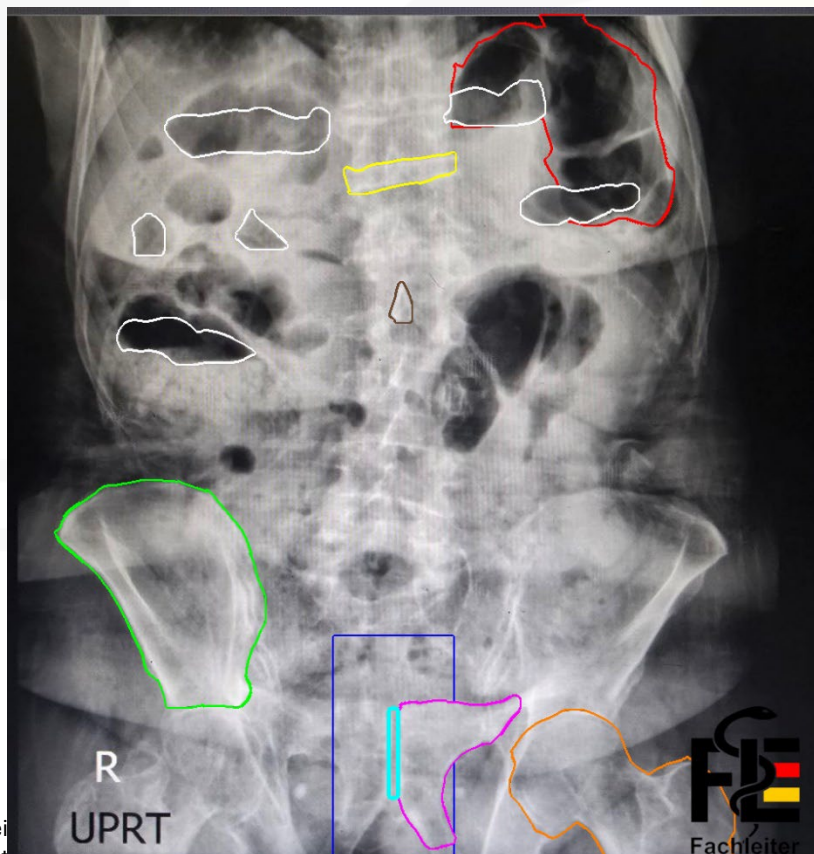
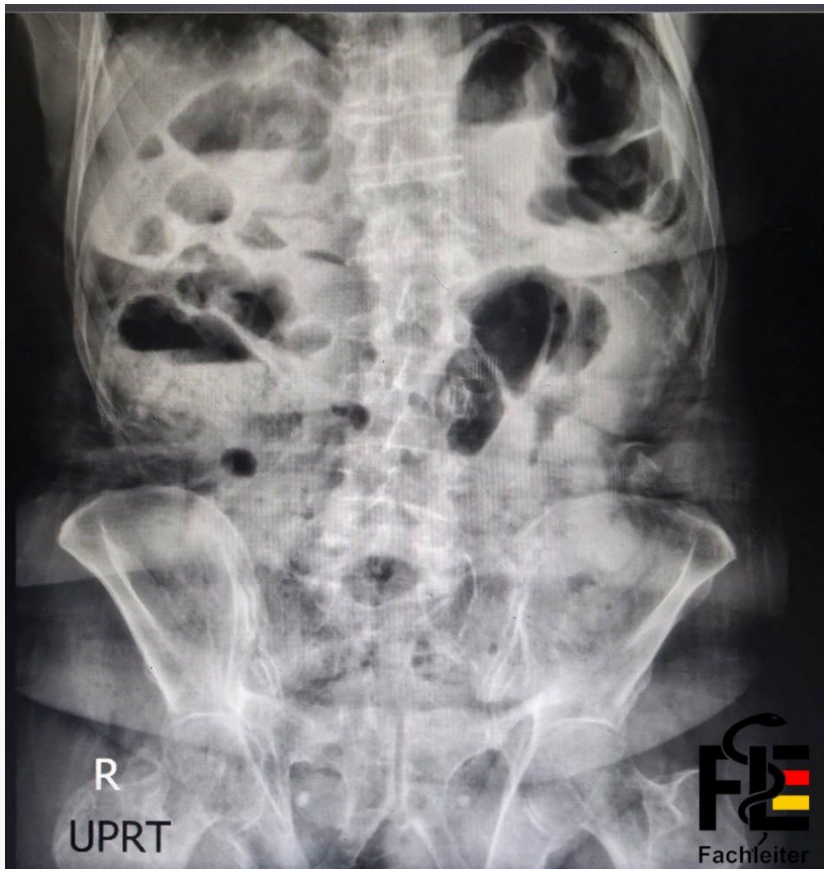
Anteile des **Gastrointestinaltrakts** (GI-Gase)

Beurteilung:

Es ist möglich, dass radiologische Veränderungen im Röntgen erst verzögert auftreten. In den oben gezeigten Aufnahmen lassen sich keine spezifischen Hinweise auf eine intestinale Obstruktion (Ileus) erkennen.

Im Parenchym der Lunge ist ein verstärktes retikuläres Muster erkennbar, das beispielsweise auf interstitielle Entzündungen oder fibrotische Veränderungen hindeuten kann.

Nach einigen Stunden wurde eine zweite Aufnahme gemacht. (Diese gehört jedoch nicht zu demselben Patienten.)



Erweiterte Darmschlingen/ Flüssigkeits-Luft-Spiegel

Rechte Crista iliaca

Hals des linken Femurs

Dilatation der Flexura lienalis des Kolons/ Aufweitung der Milzflexur des Dickdarms

Os sacrum / Sakrum

Fehlende Gasfüllung im Rektum

Symphysis pubica

Intervertebralraum/ Zwischenwirbelraum

Dornfortsatz

Beurteilung:

Mehrere Flüssigkeits-Luft-Spiegel deuten auf einen Ileus hin. Nach dem chirurgischen Konsil wurde aufgrund früherer Narbenbildung infolge einer vorausgegangenen Operation eine Bridenobstruktion als wahrscheinlich angesehen. Der Patient wurde zur weiteren Diagnostik und Therapie dem Oberarzt vorgestellt, um das weitere Vorgehen — einschließlich der Indikationsstellung zur operativen Versorgung — zu besprechen.

Für die Beurteilung von Flüssigkeits-Luft-Spiegeln ist die aufrechte Projektion (AP/stehend) zuverlässiger.

Das spezifischste radiologische Zeichen ist die Trias:

- Erweiterte Dünndarmschlingen > 3 cm
- Mehrere Luft-Flüssigkeitsspiegel im Stehen
- Luftarmut im Kolon

Dünndarmileus

Ätiologie

Ein Dünndarmileus kann durch drei Hauptmechanismen entstehen:

- Extrinsisch
Adhäsionen, Hernien, peritoneale Karzinose.
- Intraluminal
Fremdkörper, Gallensteine (Gallensteinileus), Mekonium u. a.
- Intramural
Tumoren, chronisch-entzündliche Veränderungen wie entzündliche Strikturen bei Morbus Crohn.

Adhäsionen nach abdominellen Voroperationen sind mit ca. 3/4 die häufigste Ursache des mechanischen Dünndarmileus.

Pathophysiologie

Zu Beginn der Obstruktion kommt es zu einer Ansammlung von Gas und Flüssigkeit proximal der Blockade.

Die Darmmotilität nimmt zu, um das Hindernis zu überwinden, was kolikartige Schmerzen und gelegentlich Durchfall verursacht – selbst bei vollständig blockiertem Lumen.

Mit fortschreitender Obstruktion kommt es zu einer zunehmenden Dilatation des Darmlumens, wodurch der intraluminalen und intramuralen Druck steigt. Dies begünstigt Wandischämie und bakterielle Translokation.

Klinische Symptome

- Kolikartige Bauchschmerzen
- Übelkeit und Erbrechen (besonders ausgeprägt bei proximalen Ileusformen)
- Obstipation/Stuhl- und Windverhalt
- Abnahme der Hydratation durch Vomitus und Third Spacing

Klinische Zeichen

- Abdominale Distension (v. a. bei distal gelegenen Ileus deutlich)

- Hochgestellte Darmgeräusche zu Beginn, tief oder fehlend im Spätstadium
- Tachykardie, Hypotonie bei Volumenmangel
- Laborbefunde: Hämokonzentration, Elektrolytstörungen, leichte Leukozytose

Therapie – Grundprinzipien

- Sofortige Volumenresuscitation (kristalloide Infusionen)
- Dekompression durch eine nasogastrale Sonde (kontinuierliche Ableitung von Luft/Flüssigkeit)
- Elektrolytmanagement, engmaschige Überwachung

Indikation zur notfallmäßigen Operation

Bei Hinweisen auf Strangulation oder intestinale Ischämie muss der Patient sofort in den OP.

Typische Zeichen einer Strangulation/Ischämie:

- Fieber
- Tachykardie, Schockzeichen
- Stark zunehmender, kontinuierlicher Schmerz (nicht mehr kolikartig)
- Peritoneale Reizung: Abwehrspannung, Loslassschmerz
- Leukozytose, Laktaterhöhung
- Verfärbung der Haut, Palpabler Bauchdeckenspannung
- Metabolische Azidose
- Freie Flüssigkeit oder Pneumatosis intestinalis im CT

Diese Befunde sprechen für minderdurchbluteten oder nekrotischen Darm
→ sofortige chirurgische Exploration.

[youtube.com/@Fach.Leiter](https://www.youtube.com/@Fach.Leiter)
t.me/Fachleiter
t.me/Fachleiterinfo
fachleiterinfo@gmail.com
[instagram.com/fachleiterinfo](https://www.instagram.com/fachleiterinfo)