

Shuntchirurgisches Kaleidoskop: Fall Nr. 1

Vorbemerkungen

In der Shuntchirurgie geht es neben der Technik vor allem auch darum, vorausschauend einen Behandlungsplan festzulegen, der den allgemein gültigen Behandlungsrichtlinien entspricht, aber auch auf die individuellen Gegebenheiten des Patienten wie dessen Komorbiditäten, Lebenserwartung und allgemeine Risiken Rücksicht nimmt. Lokale Gepflogenheiten, Innovationsfreudigkeit, finanzielle und materielle Ressourcen, aber auch organisatorische Abläufe und die Verfügbarkeit diagnostischer und apparativer Instrumente können entscheidend sein, welches Therapiekonzept gewählt wird.

In Zukunft möchten wir gerne in loser Folge facettenreiche Fälle aus der Shuntchirurgiepraxis zur Diskussion stellen. Ziel ist es, jeweils in einer Nachfolgenummer einige Meinungen von Lesern zu veröffentlichen sowie von uns eingeholte Stellungnahmen von Experten aus aller Welt. Letztere werden mit einigen persönlichen Fragen kurz vorgestellt. Was natürlich nicht fehlen darf, ist das Therapiekonzept, welches von den Autoren vorgeschlagen wird oder gewählt wurde.

Schon heute freuen wir uns auf zahlreiche Zuschriften zur ersten von Pascal Kissling verfassten Kasuistik, aber auch über neue Fälle aus ihrem klinischen Alltag, welche Sie gerne diskutiert haben möchten. Bei jedem Fall soll natürlich ihr Lösungsvorschlag mit einer Begründung für das Vorgehen angefügt sein.

Fallbeschreibung

Ein 31-jähriger Patient mit bekannter chronischer Niereninsuffizienz entwickelt rasch eine Dialysepflichtigkeit („acute on chronic“ Niereninsuffizienz). Für die Notfalldialyse wurde ein provisorischer Mahurkar-Katheter femoral links eingelegt. Nebendiagnostisch bestehen bei dem Patienten eine Glykogenose Typ Ib und eine Hepatitis C.

Für die Planung eines definitiven Hämodialysezugangs wurde eine MR-Angiographie der Halsregion durchgeführt (Abb. 1). Diese zeigte eine beidseitige Agenesie der inneren Jugularvenen, kollateralisiert über äußere Jugular- und Muskelvenen sowie eine Agenesie der linken V. subclavia. Aufgrund dieser Ausgangs-

lage entscheidet man sich, über einen kleinen Leistenzugang einen tunnelierten Dialysekatheter in die rechte V. iliaca externa resp. communis einzulegen. Der Katheter kann aber nicht wie gewünscht vorgeschoben werden. In der intraoperativ angefertigten Phlebographie zeigt sich ein Verschluss der rechten venösen Beckenachse mit ausgebildetem Kollateralkreislauf nach links (Abb. 2).

Die Vorbemerkungen wurden von Herrn PD Dr. Widmer verfasst.

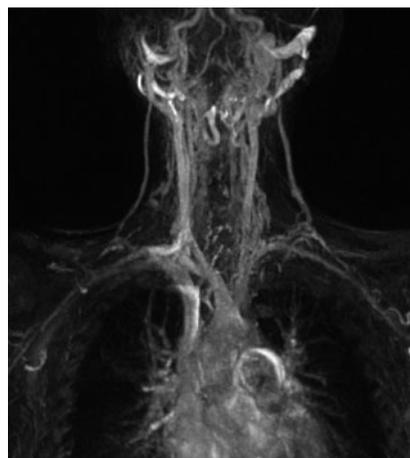


Abb. 1 ▲ Präoperative MRI-Aufnahme der Halsregion



Abb. 2 ▲ Intraoperative Phlebographie während der versuchten HD-Katheter-Einlage von femoral rechts

Frage an die Leser

Wie würde Ihr Konzept zur Anlage eines Dialysezugangs aussehen und wie begründen Sie Ihr Vorgehen?

Meinungen werden bis zum **15. Januar 2015** erbeten an:

PD Dr. med. M.K. Widmer, MME
Universitätsklinik für Herz- und Gefäßchirurgie, Inselspital
3010 Bern
Schweiz
E-Mail: matthias.widmer@insel.ch

Korrespondenzadresse



PD Dr. M.K. Widmer MME
Universitätsklinik für Herz- und
Gefäßchirurgie, Inselspital
3010 Bern
Schweiz
matthias.widmer@insel.ch

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. P. Kissling gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht. M.K. Widmer weist auf folgende Beziehung hin: Referententätigkeit für Atrium/Maquet.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Hier steht eine Anzeige.