

INHALTSVERZEICHNIS

1.	KKK 2 - Oberbauch aus Sicht des Internisten	
1.1.	Zeichen	
1.2.	verschiedenes	
1.3.	Labor	
1.4.	Ikterus	
1.5.	Pankreatitis	
1.6.	Reflu	
1.7.	Gastritis	
1.8.	Ulker	
1.9.	Pank-Karzinom	
1.10.	Vergiftungen	
1.11.	Porphyrien	
2.	Oberbauch aus Sicht von Prof. Steinau	
2.1.	Schmerzqualitäten	
2.2.	Risikogruppen	
2.3.	Cardiakarzinom	
2.4.	Reflux	
2.5.	Ulzera	
2.6.	Magenkarzinom	
2.7.	Mesenterialinfarkt	
2.8.	Ablauf	
2.9.	Duodenum & Blut	
2.10.	Cholezystitis	
2.11.	Luft	
2.12.	Ileus	
2.13.	Ausstrahlung mal andersherum	
2.14.	Pylorus	
2.15.	Duodenaatresie	
2.16.	Coledochuszyste	

1. KKK 2 - OBERBAUCH AUS SICHT DES INTERNISTEN

1	Tacke 15 Minuten verpasst	
1		
1	1.1. Zeichen.	
1	• Murphy: Patient bricht ab	
1	• Couvoursier: nur pralle GB tastbar ohne Abbruch	
1		
2	1.2. verschiedenes.	
2	• Diabetes: Erstmanifestation kann als Pseudoperitonitis imponieren	
2	• keine Nierensteine ohne Blut im Urin	
2	• Klausurfrage: Was muss apparativ bei jedem Oberbauch-Patienten gemacht werden? – Sono & EKG	
2	• Röntgenabdomen: Freie Luft unter dem Zwerchfell bei Perforation, Blasen und Spiegel bei Ileus	
2	• RCA macht auch Sinusknoten → Hinterwandinfarkt gerne mit Übelkeit und Schwindel zusätzlich zum Bauchschmerz	
2		
2	1.3. Labor.	
3	• Cholestase: Bili & AP + CRP	
3	• PSC: Typischerweise große und mittlere Gallenwege (autoimmun irgendwie, daher: primär)	
3		
3	1.4. Ikterus.	
3	• Prähepatisch, hepatisch & posthepatisch alles logisch	
3	• prähep: indirekt hoch, posthep: direkt hoch	
3	• direkt = konjugiert	
3	• Hämolyse: LDH hoch und Hapto niedrig	
3		
3	1.5. Pankreatitis.	
3	• Ca sinkt, durch extravasale Verseifungsreaktionen	
3	• Obligatorisch: Pankreaslabor und Oberbauchschmerz, restliche Zeichen sind optional	
3	• nekrotisierend ist die schwerste Form, ödematös ist besser	
3	• Azathioprin (TX, Autoimm, GBS, MS, RA usw.) und 5AS-Präparate: Pankreatitis im Prozentbereich	

- Sono sono sono, CT erst nach ein paar Tagen sind die Nekrosen sichtbar
- Behandlung: Volumen, Volumen, zügiger Kostenaufbau, oft Intensivstation erforderlich
- bei der ERCP gelingt es in 50% der Fälle auch nur die Gallenwege darzustellen, in den anderen 50% wird auch das Pankreas mit Kontrastmittel retrograd gespült
- Organisation: Endosono ist anderer Saal, integriertes Konzept Endosono & KM-sparende ERCP gibt es zumindest in Ac nicht

1.6. Reflu.

- LA-Klassifikation A-D
- mehrschichtiges unverhorntes wird zum Zylinderepithel
- Empfehlungen: kleinere Mahlzeiten, nicht spät essen, evtl mit erh. Oberk schlafen

1.7. Gastritis.

- ABC: Autoimmun, Bakteriell (HP), Chemisch(NSAR)
- Italienische Tripeltherapie wird meistens gemacht

1.8. Ulk.

- Ulcus dupeni: Nüchternschmerz
- Ulcus ventrikuli: dauernd, Essen erhöht beschwerden
- wenn man den Gefäßstumpf sieht: hohe rezidivblutungsrisiko
- Forrest: niedrige Zahl ist schlecht
- Ia & Ib blutet
- III: fibrinbelegt nur → PPI und keine Intervention

1.9. Punk-Karz.

- meistens im Kopf
- schmerzloer Ikterus
- Prognose bekannt

1.10. Vergiftungen.

- Blei, heftige diffuse Kolik
- Thallium, wie Blei + Obstipation

1.11. Porphyrrien.

- kann auch Oberbauchbeschwerden machen
- Häm-Stoffwechsel kaputt → genau das passiert akut auch bei der Bleivergiftung

2. OBERBAUCH AUS SICHT VON PROF. STEINAU

2.1. Schmerzqualitäten.

- Viszeraler Schmerz: dumpf, bohrend, brennend, schlecht zu lokalisieren → Patient wandert wegen Kolik
- somatischer = parietaler Peritoneal-Schmerz, gut lokalisierbar mit einem Finger: Appendizitis, Cholezystitis, Einklemmung.. Patient bewegt sich gar nicht → Kinder kann man hüpfen lassen
- projezierter Schmerz:
 - galle: re. Schulter
 - Milz: li. Schulter (Typisch bei Abszess nach OP)
 - Punk: Rücken/gürtelförmig
 - Ureterkolik: Leiste, Genitale

2.2. Risikogruppen.

- alte Patienten mit perf. Gallenblase: untypische Klinik, kein akuter Bauch
- alle Immunsupprimierten reagieren viel undeutlicher wegen des Schwachen Immunsystems
- Appendixdruckpunkt bei Schwangerschaft: Mittel oder Oberbauch

2.3. Cardiakarzinom.

- 2 Typen Adenokarzinom oder distales Ösophagus
- es muss immer der größte Magenteil und der untere Ösophagus heraus
- Verätzung durch Abflussreiniger o.ä. kann ähnliche OP erforderlich machen

2.4. Reflux.

- pH-Metrie, PPI, Gastroskopie, Manometrie
- OP nur für die seltenen & obligat schwerden Restfälle
- OP: 360° Funduplikatio nach Nissen-Rosetti und verengung der Zwerchfellspalte

- Ö-Spinkter bildet sich erst innerhalb des ersten Jahres, daher das nasale rülpsen
- Hiatushernie nur OP-Indikation bei klinischen Beschwerden

2.5. Ulzera.

- bei Re-Blutungen muss der Ulkus chirurgisch behandelt werden
- Bluterbrechen: Magensonde legen und schon sieht man ob er wirklich blutet, ggf. Wasser hineingeben: wenn Galle dabei, auch Duodenum gut → bei Blut Gastroskopie (= Blutungstest nach Steinau)
- nur Magenulzera entarten zu Karzinomen, Duodenalulzera nie
- Magendruckbruch: Nachweisbar durch Abdomenübersichtsaufnahme, für OP-Indikationsstellung reicht jedoch die Klinik aus

2.6. Magenkarzinom.

- komischerweise Aversion gegen Fleisch
- T. Storm: Beginn des Endes = sehr treffendes Gedicht

2.7. Mesenterialinfarkt.

- Laktat hoch, zuerst besser dann schlechter → stationär abklären
- klassisch: kardiale Anamnese vorhanden

2.8. Ablauf.

- Ö-Ruptur: Läuft herunter
- Galle: unterbauchbeschwerden möglich, wenn der Kram runterläuft
- Überlaufblase: akuter Bauch: Katheter schieben und der Patient ist sein Leben lang dankbar

2.9. Duodenum & Blut.

- Gefäßversorgung auf der Rückseite
- gastroduo, pankreatoduo, gastroepiplo

2.10. Cholezystite.

- Problem, Gefäße sehr nahe → Verletzungsgefahr
- Operation der akuten Gallenblase innerhalb von 42 Stunden, ansonsten muss man warten (außer Perforation, Abszess o.ä.)

2.11. Luft.

- nach der OP ist natürlich immernoch 5 Tage freie Luft im Abdomen
- Entscheidend für die Beurteilung ist dann die Drainage
- Luft in den Gallenwegen: Darm muss verstopft sein

2.12. Ileus.

- proximal aufgetrieben, Pendel usw. – distal Hungerdarm
- mechanischer Ileus: 80-90% Bridenileus bei voroperierten Patienten
- Zeitliches Auftreten: Typischerweise frühestens nach 6 Monaten, meist 2 Jahre, maximal 5 Jahre nach Operation
- ca. 20% der Leute müssen deshalb nachoperiert werden

2.13. Ausstrahlung mal andersherum.

- der Bauch kann auch richtung Herz ausstrahlen!

2.14. Pylorus.

- 2-6 Wochen p.p.
- OP: Weber-Ramsted

2.15. Duodenaatresie.

- double bubble

2.16. Coledochuszyste.

- Prüfungsfrage für Einserkandidaten
- eher bei kleinen Patienten
- Einteilung nach Todani 1-4 wäre dann gefragt