

INHALTSVERZEICHNIS

1. KKK 04 - DD des Unterbauches	1
1.1. Urologisches	1
2. Steinau-Chirurgie	2
2.1. Appendizitis	2
2.2. offene OP	2
2.3. Laparoskopie	3
2.4. Postoperativ	3
2.5. Spülung	3
2.6. Folgen	3
2.7. Häufigkeiten	3
2.8. Beobachtung	3
2.9. Adhäsion	3

1. KKK 04 - DD DES UNTERBAUCHES

Rohrman, Steinau (Gyn ausgefallen)

1.1. Urologisches.

- positiver Urin != urologischer Fall, kann auch einfach eine Kontamination sein
- Prostatitis muss abgeklärt werden, die Prostata entzündet normalerweise eher nicht, gibt es Restharn o.ä.?
- Harnverhalt: meistens natürlich ist es eine Prostatahyperplasie → es reicht wenn der Patient ordentlich Alkohol trinkt → Prostata schwillt und zusätzlich viel Urin – das wäre nicht operationspflichtig
- Harnröhrenstriktur: Typisch bei Fahrradunfall → man knallt perineal auf die Stange, Mikroverletzungen am Bulbus machen teilweise erst Jahre später eine relevante stenotische Symptomatik
- MS: Harnverhalt kann Erstsymptom sein
- Phimose: radikaler Harnverhalt beim Kinde selten
- Iglu-Penis: Urinieren in die Vorhaut bei Phimose führt zur blähenden Weitung der Vorhaut

- bei Katheterisierung kann ein starker Vagusreiz erzeugt werden, besonders wenn die ganze Blase auf einmal abgelassen wird – sogar Asystolie mit folgendem Exitus ist möglich → Ablassung in 500ml-Schritten
- von Suprapubischem Katheter wird eher abgeraten, besonders bei Voroperation
- für Katheterismus bei Phimose, dorsaler (=oben/vorne ohne Erektion) Schnitt mit Schere nach Peniswurzelblock
- Steinkolik: DD bei z.B. RectumCA
- Pseudokolik: alles gastroenterologisches wird so genannt, warum Pseudo weiß man nicht
- Stein-Findung per strahlenarmer Spiral-CT-Einstellung → ALLE Steine sind sichtbar, auch die, die in der Röntgenübersicht unsichtbar scheinen
- Headsche Zonen: tiefe Harnleitersteine können in den Scrotal/Labialbereich (ext) ausstrahlen, auch innerseits der Oberschenkel
- atypische Kolik bei Steinleiden möglich, nur Druckgefühl mit Dauerschmerz z.B.
- Fornixfraktur: Kontrastmittel-Komplikation bei Steinbedingtem Verhalt im Ureter – das Nierenbecken reißt ein
- innere Schienung: doppel-J, auf beiden Seiten ein Kringel, damit er nicht verrutscht, kann sogar an Stein vorbei gelegt werden, der dünne Draht geht vorbei, evtl schiebt man den Stein nach oben
- percutane Nephrostomie: senkt das Risiko der Urosepsis deutlich
- Lithotripsie: Narkose erforderlich, bei distalen Steinen keine effektive Methode
- bei schlechten Patienten ist idR eine percutane Ableitung die beste Option
- Morbus Ormond: obskure Fibrose, kann eine DD sein
- Genitalschmerz beim Kerl: Bekannte Gründe wie Torsion, Epididymitis, Hydrozele, inkarzerierte Leistenhernie
- Hyatidentorsion: embryo-Relikt-Anhängsel, maximal im Schulkindalter – Kind geht wie ein Cowboy, Skrotum teigig, nicht rot mit schmerzhaftem Knubbel auf dem oberen Hodenpol, der Hoden selbst ist nicht schmerzhaft, der obere Pol hat eben diesen schmerzhaften Knubbel

- Torsion: völlig aus heiterem Himmel, oft aus dem Schlaf heraus → ABsterben innerhalb von 4-6h wenn man ihn nicht entknotet
- Genitalschmerz beim Mädchen: Eileiter/Ovar kann sich auch drehen
- Crack: akute unklare Hodenschmerzen (vermutlich Ischämisch)
- Prensches Zeichen: Hodenanhebung hilft
- Zebra: Spontanpneumothorax kann Hodenschmerz machen
- Schlinge: veraltete Lasso-Methode – die Leute hatten diese Schlinge drinnen mit einem Gewicht am Ende und sind auf dem Gang rumgelaufen, bis sich der Stein verfangen hat → sparte OP, heute endoskopischer Eingriff und kein Bedarf mehr für diese Methode

2. STEINAU-CHIRURGIE

2.1. Appendizitis.

- ..dieses Krankheitsbild sollte auch der Psychiater kennen..
- erste Entfernung 1899
- teil des GALT (GAstroLyTi)
- Gründe:
 - Narbenkram
 - Kotsteine (Fäkolithe)
 - Parasiten
 - Endometriose
 - Hyperplasie
 - Tumore
 - Schleim
 - Nahrungsbestandteile (Fasern)
- Inzidenz: 7-12%
- Frauen: 23% Appendektomieisiko, Männer 12% → Perforation würde das Ovar killen → größere Sicherheit durch frühere Indikationsstellung
- Entzündungstypen der Appendix:
 - Katharralisch: leicht in der Wand
 - Phlegmonös: schwerer in der Wand, Fibrinbeläge (außen!)
 - Nekrotisierend = undicht
 - perityphlitischer Abzeß
- neuogene Appendikopathie: neurom in der Appendix → Pathologie braucht eine Spezialfärbung nach Entfernung
- Druckpunkte & Zeichen:

- Lanz unten
- McBurney richtung Nabel
- Blumberg gegenseitig
- Rovsing: ausstreichen retrograd
- Psoas-Zeichen: anheben gegen Widerstand
- Abwehrspannung
- Klopfschmerz

- mit der Dokumentation von Abwehrspannung muss man vorsichtig sein, wenn da steht: ..lokale Abwehrspannung.. muss operiert werden
- rektal: Abszess, Verschiebeschmerz, Vorwölbung
- Leukos und CRP können total falsch liegen, einzig die Klinik zählt für die OP-Indikation
- nur die vergrößerte Appendix ist darstellbar, sie kann aber auch nicht gefunden werden und dennoch entzündet sein → Klinik entscheidet
- oft wandert der Schmerz erst von rechts oben nach unten → das kann kein Gyn-Problem sein, weil zu typisch für Appendix
- Schmerz auch gerne initial periumilical
- Temperatur-Unterschied von 0,5 Grad wäre klassisch
- Gastroenteritis ist die wichtigste Differentialdiagnose
- Yersinien machen manchmal eine Mesenterialeentzündung
- Meckel/Appendix kann nur intraoperativ unterschieden werden
- Meckel: Komplikation in 40% der Fälle wenn vorhanden
- dem Blinddarm sieht man die Entzündung vor Entfernung nicht immer an, manchmal sind das nur die inneren Schichten
- diabetische pseudoperitonitis ist gerade bei Kindern gelegentlich der Grund für zuerst nach Blinddarm scheinende Symptome
- Verschleierung: → großzügigere Indikation
 - Kinder
 - Immunsuppression
 - alte Menschen

2.2. offene OP.

- kleiner Hautschnitt
- präpp auf die Faszie
- Basisligatur
- absetzen
- Fasziennaht

- Hautnaht

2.3. Laparoskopie.

- drei kleine Schnitte = ein mittlerer Schnitt
- Klammererät oder Schlinge zur Ligatur

2.4. Postoperativ.

- Antibiose nur bei Peritonitis (sichtbar wenn der Bauch offen ist)
- Kostenaufbau 24-48h
- 3 Tage oder so

2.5. Spülung.

- auch laparoskopisch möglich
- besser natürlich offen

2.6. Folgen.

- 1,24% → Ileus nach 10 Jahren

- bei Perforation wesentlich mehr Vernarbungen vorhanden, Ileus typisch
- 1-4% bridenileus

2.7. Häufigkeiten.

- zwischen 6-11 ist der Peak
- (je kleiner desto schwieriger)
- Perforation bei Kindern 30-50% → 25% dann mit Folgeerkrankungen

2.8. Beobachtung.

- selber Untersucher sollte den Verlauf beobachten
- Nahrungskaranz & Abführung natürlich sofort

2.9. Adhäsion.

- man weiß nicht was man dagegen machen soll
- individuelle Disposition
- Tierversuche für Studien brachten keine Unterschiede