

Kongress über viszeralmedizinische Themen

Als Kongressnachlese der 7. Jahrestagung der „Mitteldeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie“ (MGG) und der „Mitteldeutschen Chirurgenvereinigung“ (MDCV) vom 23.–24.05.2025 wird nachfolgende Kasuistik veröffentlicht. Bei der gemeinsamen Austragung der jährlichen Kongresse der beiden Fachgesellschaften ist die Überlappung der viszeralmedizinischen Themenfelder das tragende Konzept – länderübergreifend für Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Hessen. Kongresspräsidenten waren PD Dr. med. Thadäus Till Wissniowski (Gastroenterologe aus Chemnitz) und Prof. Dr. med. Lutz Mirow (Viszeralchirurg aus Chemnitz).

Langstreckige Ösophagusdissektion als Komplikation der nasogastralen Sondenanlage

Erschienen bereits online in „Die Chirurgie 2025 (<https://doi.org/10.1007/s00104-025-02325-9>) [Epub, Jun 24, 2025]“ – Erlaubnis zur Zweitpublikation liegt vor.

Einleitung

Die nasogastrale Ablaufsonde (Magensonde) stellt in der Notfallbehandlung, insbesondere gastrointestinaler und viszeralchirurgischer/-medizinischer Krankheitsbilder wie der Ileuskrankheit, einen wichtigen Pfeiler der Erstversorgung dar, entlastet zügig als auch wirksam den oberen Gastrointestinal(GI)-Trakt und schützt bei korrekter Anlage die PatientInnen vor Regurgitation, Erbrechen und Aspiration.

In der Intensivmedizin ermöglicht die nasogastrale Sonde zudem die frühzeitige enterale Ernährung für einen besseren Nahrungsaufschluss sowie Prävention einer früh einsetzenden mukosalen und Zottenatrophie.

Im Folgenden soll anhand eines seltenen Falles exemplarisch das Risikoportfolio der Magensondenanlage, die Diagnosestellung sowie das Konzept eines Komplikationsmanagements mit Hilfe eines wissenschaftlichen „case reports“ dargestellt werden.

Ergebnisse

Anamnese: Ein männlicher 72-jähriger Patient nach Aneurysmaausschaltung durch Bifurkationsprothesenimplantation als aorto-bifemorale Bypass mittels 18 x 9 mm durchmessender Gelsoft™Plus-Prothese (Vascutek Deutschland GmbH, Hamburg, Deutschland) bei einem Bauch-

aortenaneurysma (BAA) von über 5,5 cm Durchmesser mit prolongiertem postoperativen Weaning erhielt im Verlauf auf der Intensivtherapiestation (ITS) eine nasogastrale Sonde mit erschwelter Anlage zur Etablierung einer enteralen Ernährung. Nach Steigerung der kontinuierlichen Sondenkost fielen am zweiten Tag nach Anlage deutlich erhöhte Infektparameter auf.

Vorerkrankungen: Arterieller Hypertonus, chronische Niereninsuffizienz mit subtotaler Nierenarterienabgangsstenose rechts durch das bestehende BAA, Spinalkanalstenose mit chronischem Schmerzsyndrom, Arteriosklerose und aktiver Nikotinabusus (keine Voroperationen).

Diagnostik: Eine CT ergab eine extragastral liegende Magensondenspitze und ein Luft-Flüssigkeit-Gemisch intraabdominell im Oberbauch (Abb. 1).

In der Endoskopie auf der ITS zeigte sich der Verlauf der in situ liegenden Magensonde submukosal entlang des gesamten Ösophagus im Sinne einer Ösophagus(wand)dissektion. Intraoral konnten weder die Magensondenspitze noch eine Perforationsstelle eruiert werden. Durch die HNO-Kolleginnen und -Kollegen war in einer Laryngoskopie und flexiblen nasopharyngealen Endoskopie keine Schleimhautläsion zu finden.

Diagnose: Langstreckige Ösophagusdissektion als Komplikation der nasogastralen Sondenanlage.

Differenzialdiagnose: (iatrogene) Ösophagusperforation, ösophageale Wandverletzung.

Therapeutische Entscheidungsfindung: Indikation zur Notfalllaparotomie.

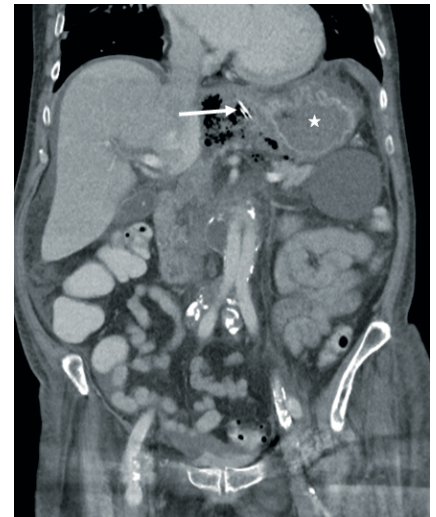


Foto: Rechte bei den Autoren

Abb. 1: CT-morphologische Darstellung (Koronar-Scan) der fehl liegenden Magensonde (Pfeil) mit umgebender Sondenflüssigkeit und Luft einschlüssen neben dem Magen (Stern).

Therapie: Präoperativ erfolgte unter kalulierter Breitspektrumantibiotikagabe in der o. g. Endoskopie bereits die Entfernung der fehl liegenden Magensonde mit Anlage einer neuen in korrekter Lage. Intraoperativ zeigte sich keine freie Perforation oder Sondennahrung. Am ehesten lag die Spitze der Magensonde im Omentum minus oder der Magenwand kleinkurvaturseitig. Es erfolgte eine Lavage und Drainagenanlage.

Postoperativer Verlauf: Der Patient tolerierte die Operation gut mit folgender Verlegungsoption auf die „intermediate-care“ (IMC)-Station nach zügigem Weaning und Extubation.

Outcome: Der Patient befand sich zum Entlassungszeitpunkt in kardiopulmonal stabilem und beschwerdefreiem Zustand ohne klinische oder funktionelle Residuen.

Procedere: intensivmedizinische Komplexbetreuung, endoskopische Verlaufskontrolle; weitere ambulante Verlaufsbeobachtung der Rekonvaleszenz durch Hausärztin/Hausarzt und fachspezifische

Vorstellung in einem (GI)-Endoskopiezentrum.

Ausblick: Bei adäquater Behandlung und regelrechtem Verlauf ist eine vollständige funktionelle Erholung von der OP mit Erhalt der Lebensqualität zu erwarten.

Schlussfolgerung

Die rechtzeitige Etablierung einer Magenablaufsonde bei gastrointestinaler (GI-) Passagestörung oder Ileusbild kann durch die Vermeidung von Aspirationen Leben retten und ist daher im klinischen Alltag kaum entbehrlich. Ebenso ist die nasogastriale Sonde zur frühzeitigen enteralen Ernährung bei Patienten mit Langzeitbeatmung oder prolongiertem postoperativen Weaning geeignet.

Wie jede Intervention hat auch die nasopharyngeale Anlage einer Magensonde ein Risikoprofil mit entsprechenden Fol-

gen, nicht zuletzt die Fehlintonation der Bronchien – gefürchtet sind die Perforation mit drohend-konsekutiver Mediastinitis und der fatale Ausgang.

Der vorgestellte Kasus zeigt einen sicherlich besonderen und anschaulichen Fall der Fehlanlagenkomplikation mit dem entsprechenden individuell entschiedenen interdisziplinären (Viszeralchirurgie, Gastroenterologie/GI-Endoskopie, HNO/Endoskopie, Radiologie, Anästhesiologie/Intensivtherapie) fallspezifischen Komplikationsmanagement im angezeigten Notfall-Setting.

Bereits 2016 beschrieben Atig et al. (working group of Agrawal) eine „Esophageal wall dissection: an unknown adverse event of EUS“ in *Gastrointest Endosc.*

Kilian Doßow
Dr. med. Steffi Peglow
Prof. Dr. med. Frank Benedix

Dr. med. Ahmed Afifi¹
Mohammad Abdallah Alhababbeh²
Dr. med. Christine March, neu Rose³
Prof. Dr. med. Roland S. Croner
Prof. Dr. med. Frank Meyer

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie;
Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie ¹;
Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie ²;
Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin ³;

Otto-von-Guericke-Universität
mit Universitätsklinikum,
Magdeburg, Deutschland

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. Frank Meyer
E-Mail: f.meyer@med.ovgu.de

Foto: © Werner Hilpert – stock.adobe.com

Leserbriefe

Leserbrief zum Artikel „Es gibt künstliche Intelligenz, die man täglich nutzen kann“ aus dem Hessischen Ärzteblatt 2/2026, S. 82

Über Jahrzehnte gesammelte Fachkompetenz an jüngere Kollegen weitergeben

Sehr beeindruckt und gefreut hat mich das Interview mit dem Kollegen Professor Bechstein, der als Chefarzt der Chirurgie sich jetzt noch als Facharzt für Allgemeinmedizin weiterbildet und sich in die „Niederungen“ der Allgemeinmedizin begibt. Es ist bewundernswert, dass er einen Neuanfang macht und sich auf ein neues Terrain begibt, das von einigen Facharztkollegen nicht besonders hoch angesehen wird.

Ich denke, ich weiß, wovon ich rede, denn als Facharzt für Allgemeinmedizin mit 35 Jahren in eigener Praxis niedergelassen und nun Angestellter in einem MVZ ist es fast eine häufig wiederkehrende Erfahrung. Von Ambulanzen und von Facharztkollegen kehren Patienten zurück mit Bemerkungen wie: „Oh Gott, oh Gott, wie konnte der nur“, „Der hat doch absolut

keine Ahnung davon“ oder „Warum schickte er sie jetzt zu mir?“

Dieser Entschluss zur Weiterbildung nach solcher Berufserfahrung ist für mich die Bestätigung, dass ältere, erfahrene Kollegen neben dem neuen Erlernen auch ihre über Jahrzehnte gesammelte Fachkompetenz an jüngere Kollegen weitergeben können. So entsteht die Chance für beide Seiten: für die jüngeren Kollegen, durch den ständigen Austausch der Erfahrungen vieles zu lernen, und für die älteren Kollegen, ihre geliebte Medizin weiter betreiben zu können.

Nachdem ich 35 Jahre eine eigene Praxis als Allgemeinmediziner geführt hatte, löste ich diese auf und pausierte ein Jahr. Nach dieser Zeit bemerkte ich, dass die Medizin mir fehlte. Bei Bewerbungen wartete ich häufig vergeblich auf eine Rück-

antwort; selbst nach persönlichen Vorstellungen hielt man es leider nicht für nötig, mir irgendeine Art von Absage zu erteilen. Dies hielt mich aber nicht davon ab, mich weiterhin zu bewerben, und erfreulicherweise wurde ich in meinem Umfeld fündig und arbeite nun in einem MVZ im Landkreis Darmstadt. Hier schätzt man meine Erfahrung, und meine nur halbtags betriebene Tätigkeit macht mir Freude und Spaß.

Alle Kollegen, die sich frühzeitig in den Ruhestand begeben haben, sollten sich noch einmal fragen und überprüfen, ob sie nicht doch zumindest in Teilzeit sich noch einmal der Medizin widmen wollen, um den schönsten Beruf der Welt weiter auszuführen.

Dr. med. Jürgen Rabe
Heusenstamm