H.C. Kogel

Das Kompressionssyndrom des Truncus coeliacus

Gefäßchirurgie (1999) 4:28–33

**Kommentar zur Arbeit
von P. Walter, R. Kubale,
G. Gross, E. Beraneck**

Die vorgestellte Arbeit beschäftigt sich mit dem interessanten Krankheitsbild des Kompressionssyndroms des Truncus coeliacus. Hierbei haben die Autoren Characteristica herausgearbeitet, die eine Diagnostik mittels Duplexsonographie ermöglichen. Von 61 untersuchten Patienten konnten 21 mit ligamentärer Truncusstenose gefunden werden. Die Autoren legen Wert darauf zu unterscheiden zwischen sog. fixierten und nicht fixierten Stenosen (während In- und Expiration); 10 Patienten wurden operiert, 11 konservativ behandelt. Aus der Arbeit geht leider nicht hervor, welche Kriterien für die konservative Behandlung bei 11 Patienten bestanden, zumal bei diesen in 18% der Fälle eine Fixierung auch in Inspiration festgestellt werden konnte. Andernorts ist nachgewiesen, daß auch bei singulären, arteriosklerotisch bedingten Verschlüssen des Truncus coeliacus bei offener A. mesenterica superior und inferior Beschwerden von Patienten nicht beklagt werden. Daher haben andere Autoren die perivaskuläre Denervierung als mögliche Ursache für einen chirurgischen Therapieerfolg angeführt. Dies wird jedoch in der vorliegenden Arbeit nicht diskutiert. Sicherlich ist es den Autoren entgangen, daß die Darstellung der Morphologie der pathologischen Veränderungen des Truncus coeliacus in Abb. 1 nahezu identisch der Abb. 14/12 aus dem Werk von J. Vollmar [1] entliehen ist (ein Zitat findet sich nicht). Der erstbeschreibende Autor Harjola P.T. ist im Literaturverzeichnis richtig zitiert, wurde jedoch im Beginn des

Textes orthographisch versehentlich von den Autoren fehlerhaft übertragen.

Zusammenfassend hätte man sich eine Erklärung der Gründe für eine konservative Behandlung der übrigen 11 Patienten gewünscht, oder: "Warum wurden beispielsweise 20% Patienten ohne Fixation dennoch operiert". Abgesehen davon, daß innerhalb von 2 Jahren eine erstaunlich große Anzahl von Patienten mit Operationskriterien selektioniert werden konnten, wären einige Erklärungen zur genauen Indikationsstellung nach klinischen, angiographischen und vor allem duplexsonographischen Kriterien hilfreich gewesen.

Literatur

1. Vollmar J Rekonstruktive Chirurgie der Arterien, 4. Aufl. Thieme, Stuttgart New York, S 378

H.C. Kogel
Dreifaltigkeits-Hospital, Klosterstraße 31,
D-59555 Lippstadt

**P. Walter
R. Kubale
G. Gross
E. Beraneck**

Stellungnahme der Autoren zum Kommentar von Prof. Kogel

In seinem Kommentar zum Kompressionssyndrom des Truncus coeliacus vermißt Herr Kogel eine Erklärung zur Indikationsstellung nach klinischen, angiographischen und duplexsonographischen Kriterien. Diese Kriterien sind sehr exakt im Abschnitt „Material und Methodik“ – allerdings klein gedruckt – beschrieben. Für die Einschleusung der Patienten auf die operative Schiene wurde das in Abb. 5 dargestellte Schema verwendet. Bei den 11 nicht operierten Patienten besserten sich die Beschwerden und die Gewichtsabnahme nach diätetischen Maßnah-

men (S. 30, Material und Methodik). Bei einer Patientin war die Truncusstenose nicht fixiert. Sie wurde aufgrund ihres großen Leidensdruckes nach Ausschluß aller anderen Ursachen als „Ultima ratio“ operiert und wurde der einzige Mißerfolg. Aber gerade dies ist ein Indiz dafür, daß die ausgearbeiteten farbduplexsonographischen Kriterien eingehalten werden müssen.

Zur Darstellung der Pathologie des Truncus coeliacus ist keine Bildvorlage aus einem anderen Werk notwendig, da nur 3 Aortenrohre mit 2 Gefäßabgängen gezeichnet sind. Die Annahme eines Druckfehlers bedarf keines Kommentars.

Zum letzten Kritikpunkt des Kommentators:

Ein Vergleich der ligamentären Truncusstenose mit einem arteriosklerotischen Verschuß, der langsam unter Bildung von Kollateralen erfolgt, ist natürlich weder möglich noch zulässig. Die Erklärung der abdominalen Schmerzen ist der sog. „hämodynamische Streß“ – ein Begriff, den Müller AF [1] ins Spiel gebracht hat –, der durch einen vermehrten Blutentzug beim Essen bzw. postprandial aus der A. mesenterica superior über Pankreasarkaden zustande kommt. Dieser Entzug ist übrigens auch in der FCDS nachweisbar!

Ich möchte Herrn Prof. Kogel für seinen Kommentar danken und die Gelegenheit nutzen, darauf hinzuweisen, daß die in unserer Arbeit präoperativ noch geforderte konventionelle Zöliakomesentericographie durch eine Kernspinalangiographie ersetzt werden kann.

Literatur

1. Müller AF (1992) Role of duplex Doppler ultrasound in the assessment of patients with postprandial abdominal pain. GUT 33:460–465

P. Walter
Koblenzer Straße 91, D-54516 Wittlich