look, Reperfusionsoedem und enterale Minderdurchblutung. Perfusionverbesserung während Relaparotomie, gedecktes Laparostoma (Vicryl-Netz, Epigard®); 6. pod: Extubation, diffuse Peritonitis (*Enterococcus faecalis*), jedoch weiterhin klinische Verbesserung, Darmödem rückläufig; 8. und 15. pod: Verkleinerung des Laparostoma bis auf 7 cm, Deckung mittels Mesh-graft; 17. pod: Transferierung auf die Normalstation; 31. pod: Entlassung in häusliche Pflege. Die histologische Aufarbeitung zeigte Veränderungen wie bei Dieulafoyscher Gefäßmißbildung.

Schlußfolgerungen: In der Weltliteratur existieren nur 4 Fallberichte (2) mit histologisch gesicherten Dokumentationen einer Dieulafoyschen Blutung im Jejunum, 2 weitere über endoskopische Verdachtsdiagnosen. Im vorliegenden Bericht wird ein weiterer Fall mit histologisch gesicherter jejunaler Manifestation einer lebensbedrohlichen Dieulafoyschen Blutung mit zusätzlich außergewöhnlicher Befundkonstellation vorgestellt: Der Situs inversus stellte sowohl diagnostisch wie therapeutisch eine Erschwerung dar, eine endoskopische Therapie war nicht möglich. Trotz Zustransferierung im dekompensierten Schockstadium, Verbrauchskoagulopathie, technisch anspruchsvoller Notoperationsumstände mit der Notwendigkeit der Anlage eines Mesenterialbypasses, anschließender Entwicklung eines intestinalen Reperfusionssyndromes sowie einer Peritonitis und der Notwendigkeit einer Massivtransfusion und mehrerer Reoperationen war es durch interdisziplinäre Kooperation möglich, nicht nur den letalen Ausgang abzuwehren, sondern den Patienten nach Kostenaufbau mit der Einschränkung einer Bauchwanddiastase in ausgezeichnetem Allgemeinzustand auch wieder nach Hause zu entlassen.

Literatur

- (1) Dieulafoy G: Exulceratio simplex: l'intervention chirurgicale dans les hematemeses foudroyantes consecutives a l'exulceration simple de l'estomac. *Bull Acad Med* 1898;1:84-91.
 (2) Matuchansky C, Babin P, Abadie JC, Payen J, Gasquet C: Jejunal bleeding from a solitary large submucosal artery. *Gastroenterology* 1978;75:110-113.

Intraperitoneale hypertherme Chemoperfusion bei Ovarialkarzinom

Agnes Heiss, F. Kober und R. Roka (Chirurgische Abteilung des Kaiserin-Elisabeth-Spitals der Stadt Wien)

Grundlagen: In den letzten Jahren wurde die Überlebenszeit von Patienten mit fortgeschrittenen Ovarialkarzinomen im Stadium FIGO III und IV durch die Gabe von cisplatinhaltiger systemischer Chemotherapie zusehends verbessert. Bei einer Subgruppe von Patienten mit diffuser grobknotiger (> 2 cm) Karzinose und malignen Aszites oder rezidivierender Peritonealkarzinose nach cisplatinhaltiger systemischer Chemotherapie ist die durchschnittliche Überlebenszeit weiterhin mit 4,4 bis 6 Monaten begrenzt. Aus diesen Gründen wird seit längerer Zeit nach therapeutischen Möglichkeiten gesucht, die Carcinosis peritonei zu behandeln. Eine dieser in den letzten Jahren propagierten Methode ist die intraoperative hypertherme intraperitoneale Chemoperfusion.

Patienten und Methodik: Seit April 1992 wurden 80 Patienten mit einer Carcinosis peritonei unterschiedlicher Genese an unserer Abteilung behandelt. Davon hatten 25 Patienten ein Ovarialkarzinom FIGO III und IV. Es folgt nun die Beschreibung einer dieser Patientinnen.

Am 24.06.1994 erfolgte die Aufnahme einer 44-jährigen Patientin mit massivem Aszites und Verdacht auf Ovarialkarzinom. Die Patientin klagte weiters über krampfartige abdominale Schmerzen. In der durchgeführten Irrigoskopie fand sich eine Stenose im Rektum-Sigmabereich. Die Unterbauchsonographie ergab zystische Veränderungen an beiden Ovarien. Tumormarker CA 125: 921. Die übrigen erhobenen Befunde waren unauffällig.

Diagnose: Ovarialkarzinom beidseits, diffuse grobknotige Carcinosis peritonei (> 2 cm) mit Stenose im Sigma-Rektumbereich.

28.06.1994 Operation: Panhysterektomie, Netzresektion, tiefe vordere Resektion, Milzexstirpation und ausgedehnte Peritonectomie. Frühoperativ Relaparotomie wegen einer Blutung aus ei-

nem Ast der A. lienalis. Wegen des langdauernden Ersteingriffes erfolgte die geplante IHCP 2 Tage später.

30.06.1994 intraperitoneale hypertherme Chemoperfusion mit 200 mg Cisplatin. Histologie: Solides adenoidpapilläres Karzinom der Ovarien. FIGO IIIc, G3. Nach 2 Wochen erhielt die Patientin systemische Chemotherapie mit Cisplatin 100 mg/m² KOF und Endoxan 500 mg/m² KOF. CA 125: 60,4.

28.05.1995 Second look neuerlicher IHCP mit 800 mg Paraplatin.

Histologie: Mikrokarzinosis, metastatische Absiedelung eines soliden adenoidpapillären Karzinoms. Postoperativ systemische Chemotherapie mit Endoxan und Novantron (Wechsel des Schemas wegen Neurotoxizität).

12.12.1995 CT Abdomen: Verdacht auf Sekundärblastome der Leber. Punktion: unauffällig. CA 125: 7,3.

24.07.1997 nach den bildgebenden Verfahren befindet sich die Patientin in einer Vollremission. CA 125: 4,4.

Technik der IHCP: Nach der Laparotomie wird eine vollkommene Adhäsilyse durchgeführt und das gesamte Abdomen genau exploriert. Wenn möglich, sollten der Primär- oder Rezidivtumor entfernt und die einzelnen Karzinoseknoten in ihrem Durchmesser auf weniger als 2 cm reduziert werden. Am Ende der Operation werden ein Y-förmiger Inflow-Katheter in das Epigastrium und ein Outflow-Katheter in den Douglasschen Raum für die IHCP gelegt. Zumindest 3 Temperatursonden, 2 davon an besonders „kalten“ Regionen des Abdomens (subphrenisch rechts und parakolisch links), die 3. paraumbilikal, wo die höchste intraperitoneale Temperatur zu erwarten ist, platziert. Nach Verschluss der Bauchdecke wird der Abdominalraum mit 3500 bis 5000 ml einer salinen Lösung gefüllt. Dieses Volumen wird mit Hilfe einer Rollerpumpe über die liegenden Katheter zum Zirkulieren gebracht. Gleichzeitig wird die zirkulierende Lösung über einen speziellen Hitzetauscher erwärmt. Nach Erreichen von 42 °C paraumbilikal wird das Zytostatikum der zirkulierenden Perfusionslösung zugesetzt. Von diesem Zeitpunkt an wird die Perfusion für eine weitere Stunde aufrecht erhalten. Eine gleichmäßige Temperaturverteilung wird durch allseitiges vorsichtiges Kippen des Operationstisches sowie durch manuelles Schütteln des Abdomens erreicht.

Ergebnisse: Wir fanden bei 25 Patienten 3mal eine pathologisch histologisch komplette Remission, wobei 2 Patienten bereits ein Rezidiv hatten. Bei 15 Patienten zeigte sich klinisch eine komplette Remission, 4 Patienten hatten einen Response und 3 Patienten eine Progression. Bei 20 von 21 Patienten bildete sich nach der IHCP der Aszites vollkommen zurück. Die mediane Überlebenszeit beträgt 17,9 Monate. Die 3-Jahres-Überlebensrate ist derzeit 37%.

Schlußfolgerungen: Für die Peritonealkarzinose bei rezidivierendem Ovarialkarzinom sollte die IHCP als Konsolidierungstherapie nach neuerlicher zytoreduktiver Chirurgie in Erwägung gezogen werden. Bei grobknotiger diffuser Carcinosis peritonei und massivem Aszites kann die IHCP über längerer Zeit dessen Neubildung verhindern und damit zu einer Verbesserung der Lebensqualität und Verlängerung der Überlebenszeit beitragen.

Literatur

Kober F, Heiss Agnes, Roka R: Grundlagen und Technik der intraperitonealen hyperthermen Chemoperfusion (IHCP) – Erste Erfahrungen bei diffuser Carcinosis peritonei. *Acta Chir Austriaca* 1995;27:87-89.

Riesenleiomyom des Ösophagus

Adelheid Endl¹, F. X. Felberbauer², A. Pentsch¹, W. Schima³, G. Dekan⁴ und E. Wenzl¹ (¹Abteilung für Herz-Thorax-Chirurgie, ²Abteilung für Allgemeinchirurgie, ³Abteilung für Radiodiagnostik und ⁴Institut für Klinische Pathologie der Universität Wien)

Einleitung: Das Vorkommen von Ösophagusleiomyomen ist selten und beträgt 4% aller Ösophagustumoren. Bei Autopsien wird die Inzidenz mit 8% angegeben. Während die meisten Leiomyome relativ klein sind (bis 5 cm), wird das Vorkommen von Riesenleiomyomen in der Literatur nur kasuistisch geschildert.