Chirurg 2019 · 90 (Suppl 2):S78

<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0860-1>

Online publiziert: 13. Februar 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Originalpublikation

Azoulay D, Lahat E, Salloum C, Compagnon P, Feray C (2017) Heterotopic liver retransplantation for impossible former graft explantation. *Hepatology* 66(2):655–657

Einleitung. Die Retransplantation einer Leber ist immer eine chirurgische Herausforderung. Insbesondere bei Rezidiven der Grunderkrankung, wie cholestatischen Krankheiten oder Hepatitis-C-Rezidiven, ist die Operation durch Verwachsungen und eventuelle inflammatorische Prozesse im Abdomen häufig deutlich erschwert. In extremen Fällen muss die Retransplantation auch intraoperativ abgebrochen werden. Diese Patienten versterben dann meistens unmittelbar postoperativ.

Der hier vorgestellte Fallbericht setzt sich mit dem Problem des „verblockten“ rechten Oberbauchs auseinander und beschreibt eine innovative Ausweichstrategie.

Fallbericht. Ein 54-jähriger Mann wurde aufgrund einer Hepatitis-C-Transplantatzirrhose zur Retransplantation gelistet. In der Bildgebung war eine Pfortaderthrombose auffällig. Bereits während der Laparotomie mussten dem Patienten 11 Erythrozytenkonzentrate transfundiert werden. Der Abbruch der Retransplantation wurde erwogen, allerdings hätte in diesem speziellen Fall aufgrund organisatorischer Gründe auch das Spenderorgan verworfen werden müssen, da bereits eine kalte Ischämiezeit von mehr als 10 h bestand

F. Rauchfuß · U. Settmacher

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland

Heterotope Leberretransplantation bei Hepatitis-C-Rezidiv

und somit eine Reallokation deutlich erschwert bis unmöglich gewesen wäre.

Da keinerlei Möglichkeit eines Zugangs zum rechten Oberbauch bestand und damit eine orthotope Transplantation nicht möglich war, wurde die Möglichkeit einer heterotopen Transplantation erwogen. Hierfür wurde der linke Oberbauch gewählt und zunächst eine Splenektomie durchgeführt. Da die Masse der Organe nahezu identisch war (Milz: 1470 g; Spenderleber: 1600 g) konnte die Leber ohne Größenmismatch im linken Oberbauch platziert werden. Zur Vorbereitung der venösen Anastomose wurde ein Veneninterponat auf die linke Nierenvene anastomosiert und in der Folge dieses Interponat auf die retrohepatische Vena cava der Spenderleber genäht.

Der portalvenöse Einstrom wurde über eine terminoterminal Anastomose der empfangereigenen Vena lienalis auf die Pfortader des Spenderorgans realisiert, die arterielle Rekonstruktion erfolgte als Anastomose der A. lienalis des Empfängers auf den Truncus coeliacus der Spenderleber.

Für die biliäre Drainage wurde eine biliodigestive Anastomose angelegt.

Der Patient konnte nach drei Tagen extubiert werden. Am 45. postoperativen Tag wurde eine erneute Viruslast der Hepatitis C mit Sofosbuvir, Daclatasvir und Ribavirin erfolgreich behandelt. Donorspezifische Antikörper wurden nicht nachgewiesen. Eine Szintigraphie zeigte nach einem Monat 20 % Leberfunktion in der „alten Spenderleber“ und 80 % in der neu implantierten Leber, nach 6 Monaten hatte die Spenderleber in der Milzloge 100 % der Funktion übernommen.

Die französische Arbeitsgruppe überblickt aktuell eine Follow-up-Zeit von

18 Monaten. Der Patient hat eine normale Transplantatfunktion ohne Nachweis einer aktiven Hepatitis C.

Fazit. Der hier vorgestellte Fallbericht beschreibt eindrucksvoll die chirurgische Herausforderung einer Leberretransplantation bei einem Hepatitis-C-Rezidiv. Da es von dem Operateur als technisch unmöglich eingeschätzt wurde, die vormals implantierte Spenderleber wieder zu explantieren, entschloss man sich zu dem ungewöhnlichen Schritt der heterotopen Transplantation. Das Konzept der heterotopen Lebertransplantation ist vor allem im Rahmen auxiliärer Transplantationen häufig durchgeführt worden. Im Rahmen von Retransplantationen wurde dieses Vorgehen bislang noch nicht beschrieben.

Korrespondenzadresse

PD Dr. F. Rauchfuß, M.Sc.

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Jena
Am Klinikum 1, 07747 Jena, Deutschland
falk.rauchfuss@med.uni-jena.de

Interessenkonflikt. F. Rauchfuß und U. Settmacher geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag wurde erstpubliziert in *Der Chirurg* (2017) 88:975–975. <https://doi.org/10.1007/s00104-017-0523-z>