

# Versorgung einer Peritonitis nach gedeckter Sigmaperforation in Folge eines Motorradunfalles

**G. Hösl, A. Miksch, M. Gaupmann und St. Pölten**

Bei dem Patienten handelte es sich um ein Polytrauma. Ein sehr großes Problem war eine gedeckte Sigmaperforation. Nach Ansteigen der Entzündungszeichen war eine Sigmateileresektion und die Anlage eines Colostomas notwendig. Postoperativ kam der Patient auf unsere Station. Das offene Laparostoma war mit feuchten Bauchtüchern, darüber eine Folie, versorgt. Täglich wurde im OP ein Verbandswechsel und eine Lavage durchgeführt. Über das Laparostoma verlor der Patient sehr viel Flüssigkeit, dies erhöhte den pflegerischen Aufwand um vieles. Hautschutz mit Caviloncreme und das Einlegen von Sorbion gewährleisteten, dass die Hautumgebung intakt gehalten werden konnte.

Am 1. 6. 2003 kam es zu einer arteriellen Blutung in der Nähe des Colostomas, diese wurde im OP umnäht, gleichzeitig wurden zwei Laschendrains zur besseren Exsudatableitung eingelegt.

Nun konnte ein Teil der verlorenen Flüssigkeit bilanziert werden. Es waren durchschnittlich 1000 ml pro Tag! Am 3.6.2003 wurde nach der Lavage im OP ein Abdominaldressing eingelegt. Am 4.6.2003 routinemäßiger Verbandswechsel. Danach wurde jeden zweiten Tag das Abdominaldressing gewechselt. Durch die gezielte Exudatelimination konnte auch diese Verlustmenge ordentlich bilanziert werden – um weitere 1000 ml pro Tag.

Sehr rasch zeigte sich der geplante Therapieerfolg: Rückgang der Entzündungszeichen, Abnahme des Ödems, eine deutliche Festigung der Darmschlingen und sehr schöne Granulation. Das

Peritoneum konnte fast über dem gesamten Gebiet gehalten werden – es gelang jedoch nicht, die Wundränder näher aneinander zu adaptieren.

Am 21.6.2003 wurde bei sehr gutem Allgemeinzustand ein Spalthauttransplantat aufgebracht. Versorgt wurde dieses dick mit Jelonet, darüber sterile Windeln.

Postoperativ kam es dann zu einem Anstieg der Magensaftmengen. Die Peristaltik wurde forciert: primär mit Ubretid, danach Tacus. Rasch stellte sich ein Erfolg ein. Schon in der Nacht platzte das Stomasackerl mit sehr viel flüssigem Stuhl, welcher auch den frisch angelegten Verband kontaminierte, dies machte einen neuerlichen Verbandswechsel schon am ersten postoperativen Tag notwendig. Also vorsichtigste Abnahme des Verbandes, – es war keine Kontamination bis in das Wundgebiet erkennbar, neuerliche Versorgung mit Jelonet, darüber sterile Windeln und als sichere Abdeckung darüber Sorbion – erstens um die noch immer hohen Sekretmengen zu binden und zweitens um eine neuerliche Kontamination mit Stuhl weitestgehend zu vermeiden.

*Fazit:* durch die Anlage eines Abdominaldressings wesentlich rascherer Heilungsverlauf. Das Peritoneum konnte fast über den gesamten Darmschlingen gehalten werden. Es gelang jedoch nicht, die Wundränder näher aneinander zu adaptieren. Die Verwendung von Sorbion und Cavilon erleichterten die Pflege um Vieles. Am 21.6.2003 wurde der Verband noch einmal erneuert. Wir legten das Sorbion dieses Mal direkt auf das Jelonet. Zum nächsten Verbandswechsel war der Patient schon auf die IMCU Station verlegt.

**Zentralklinikum St. Pölten, Probst Führerstr. 4, A-3100 St. Pölten**