



Berichte

über klinische Einsätze der CLINY Ileus Tube

1. Ein mit einer CLINY Ileus Tube behandelter 52 Jahre alter Patient

Der Patient wurde vom 07. Juni bis zum 02. Juli 2004 stationär in unserer Chirurgischen Klinik behandelt.

Diagnosen:

1. Rektumkarzinom pT3, pN0, pM1 bei Lebermetastasen Segment VII und VIII
2. Nabelhernie
3. postoperativer paralytischer Dünndarmileus
4. chronische Cholezystitis
5. chronische Appendizitis

Unsere Behandlung:

1. Tiefe anteriore Rektumresektion mit Colon-Pouch, Anlage eines protektiven Ascendstomas, Keilexzisionen der Leber (Segment VII und VIII), Nabelherniotomie, Cholecystektomie, Appendektomie am 08. Juni 2004
2. endoskopische Einlage einer CLINY Ileus Tube

Verlauf:

Ein 52 Jahre alter Mann wurde uns mit einem auswärtig histologisch diagnostizierten Adenokarzinoms des Rektums zugewiesen. Der Patient wurde am 07. Juni 2004 stationär aufgenommen. Am 08.06.2004 wurde eine anteriore Rektumresektion durchgeführt mit Anlage eines doppelläufigen protektiven Ascendostomas. Während der Operation fielen zwei metastasuspekte Herde in den Lebersegmenten VII und VIII auf, welche keilexzidiert wurden. Außerdem wurde eine Cholecystektomie, eine Appendektomie und Exzision der Analvenenthrombosen durchgeführt. Histologisch stellte ich das Exzidat des Segmentes VII als Metastase dar.

Postoperativ war der Verlauf zunächst komplikationslos, bis sich ein postoperativer paralytischer Dünndarmileus entwickelte. Medikamentös ließ sich dieser nicht beherrschen, so dass die Indikation zur endoskopischen CLINY Ileus Tube-Einlage gestellt wurde.

CLINY Ileus Tube

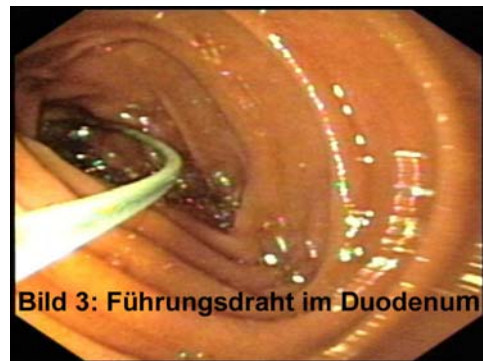


Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistraße 52 20246 Hamburg

Univ. Professor Dr. med. Jakob R. Izbicki, FACS
Direktor der Klinik und Poliklinik für Allgemein,-
Viszeral- und Thoraxchirurgie
Martinistraße 52
20246 Hamburg
www.uke.uni-hamburg.de

Nach Entleerung des Magens durch Absaugen über eine Magensonde, wurde eine Oesophagogastroduodenoskopie durchgeführt, wobei über den Arbeitskanal des Endoskopes der Führungsdraht der CLINY Ileus Tube in das descendierende Duodenum eingeführt wurde (Bild 1-3).



Beim Entfernen des Endoskopes wurde Magensaft und Luft abgesaugt. Nach Entfernen des Endoskopes bei belassen des platzierten Führungsdraht (Bild 4), wurde das orale Ende des Drahtes mit Hilfe eines transnasalen Nélaton Katheters durch den Rachen nasal umgewandelt (Bild 5-7).

CLINY Ileus Tube



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistraße 52 20246 Hamburg

Univ. Professor Dr. med. Jakob R. Izbicki, FACS
Direktor der Klinik und Poliklinik für Allgemein,-
Viszeral- und Thoraxchirurgie
Martinistraße 52
20246 Hamburg
www.uke.uni-hamburg.de



Bild 4: Führungsdraht nach Entfernen des Gastroskopes



Bild 5: Eingelegter Nelaton-Katheter



Bild 6: Nasale Ausführung des Führungsdrahtes mittels Nelaton-Katheters



Bild 7: Nasal ausgeleiteter Führungsdraht

Über den Führungsdraht wurde dann die CLINY Ileus Tube transnasal eingeführt (Bild 8-9) und mit 20ml steriler isotonischer Natriumchloridlösung geblockt.



Bild 8: Einführung der CLINY-Ileus-Tube



Bild 9: Einführen der CLINY-Ileus-Tube (2)

CLINY Ileus Tube

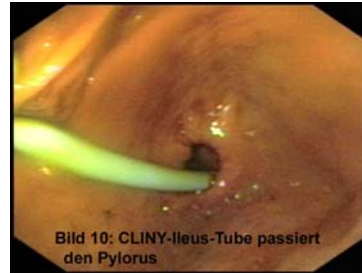


Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistraße 52 20246 Hamburg

Endoskopisch wurde die Lage der Sonde jenseits des Pylorus überprüft (Bild 10). Es wurde eine intermittierende Saugung begonnen.

Univ. Professor Dr. med. Jakob R. Izbicki, FACS
Direktor der Klinik und Poliklinik für Allgemein,-
Viszeral- und Thoraxchirurgie
Martinistraße 52
20246 Hamburg
www.uke.uni-hamburg.de



Am ersten Tag nach Einlage der Sonde wurde eine radiologische Lagekontrolle durchgeführt (Bild 11). Die CLINY Ileus Tube förderte sukzessive weniger und es stellte sich eine normale Darmpassage ein, so dass die Sonde vier Tage nach Einlage wieder entfernt werden konnte. Nach kompletter Entfernung der CLINY Ileus Tube gab es keine Störungen der Magendarmpassage ein.

So konnte der Patient am 02.07.2004 bei subjektivem Wohlbefinden entlassen werden.



2. Eine 64 Jahre alte Patientin, die mit einer CLINY Ileus Tube behandelt wurde

Der Patient wurde vom 15.06.2004 bis zum 02.07.2004 stationär von unserer Chirurgischen Klinik behandelt.

Diagnosen:

1. Ileostoma bei Z.n. Anastomoseninsuffizienz bei Wiederanschluss OP 02/2004 bei
2. Z.n. erweiterter Hemikolektomie bei Sigmavolvulus 08/03
3. postoperativer Dünndarmileus
4. Z.n. Tonsillektomie
5. Z.n. Hysterektomie und einseitiger Adnektomie
6. Z.n. Bandscheiben-OP

Unsere Behandlung:

1. Rückverlegung des Ileostomas und Narbenkorrektur am 16.06.2004
2. endoskopische Einlage der CLINY Ileus Tube am 24.06.2004-27.06.2004

Verlauf:

Eine 64 jährige Frau wurde am 15.06.2004 stationär zur Rückverlegung Ihres protektiven Ileostomas stationär aufgenommen. Nach unkomplizierter Operation entwickelte die Patientin eine medikamentenrefraktäre Dünndarmparalyse, weshalb die Indikation zur endoskopischen CLINY Ileus Tube Einlage gestellt wurde.

Nach Entleerung des Magens durch Absaugen über eine Magensonde, wurde eine Oesophagogastroduodenoskopie durchgeführt, wobei über den Arbeitskanal des Endoskopes der Führungsdraht der CLINY Ileus Tube in das descendierende Duodenum eingeführt wurde. Beim Entfernen des Endoskopes wurde Magensaft und Luft abgesaugt. Nach Entfernen des Endoskopes bei einliegendem Führungsdraht, wurde das orale Ende des Drahtes mit Hilfe eines Nélaton Katheters durch den Rachen aus der Nase ausgeführt. Über den Draht wurde dann die CLINY Ileus Tube transnasal eingeführt und mit 20ml steriler isotonischer Natriumchloridlösung geblockt. Es wurde eine intermittierende Saugung begonnen.

CLINY Ileus Tube



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistraße 52 20246 Hamburg

Univ. Professor Dr. med. Jakob R. Izbicki, FACS
Direktor der Klinik und Poliklinik für Allgemein,-
Viszeral- und Thoraxchirurgie
Martinistraße 52
20246 Hamburg
www.uke.uni-hamburg.de

Am ersten Tag nach Einlage der Sonde wurde eine radiologische Lagekontrolle durchgeführt (Bild 12). In den ersten 24 Stunden wurden 2300ml Darminhalt abgesaugt. Bei deutlich gebesserter Symptomatik konnte die Sonde am Abend des Folgetages abgeklemmt werden. In einer Magen-Darmpassage konnte eine durchgängige Passage dokumentiert werden, worauf am 27.06.2004 die CLINY Ileus Tube entfernt wurde.



Die Patientin wurde komplett kostaufgebaut und konnte am 02.07.2004 bei gutem Allgemeinbefinden nach Hause entlassen werden.



3. Ein 77 Jahre alte Patientin wurde mit einer CLINY Ileus Tube behandelt

Der Patient wurde vom 21.06.2004 bis zum ihrem Tode am 26.06.2004 stationär in unserer Chirurgischen Klinik behandelt.

Diagnosen:

1. Ileus
2. Metastasiertes Zervixkarzinom des Uterus (ED 2002)
3. Z.n. Radiatio
4. Tumorkachexie
5. Volumenmangel
6. Elektrolytentgleisung
7. Herzinsuffizienz

Unsere Behandlung:

1. endoskopische Schienung des Dünndarmes mit der CLINY Ileus Tube am 21.06.2004
2. Parenterale Ernährung, Substitution von Volumen und Elektrolyten, Schmerztherapie

Verlauf:

Am 21.06.2004 wurde eine 77 jährige Patientin mit akutem Abdomen in unserer chirurgischen Notaufnahme vorstellig. Bei schlechtem Allgemeinzustand der Patientin bei fortgeschrittenem Tumorleiden war die Operabilität nicht gegeben und bei klinischen und radiologischen Zeichen eines Ileus wurde die Indikation zur endoskopischen CLINY Ileus Tube Einlage gestellt.

Nach Entleerung des Magens durch Absaugen über eine Magensonde, wurde eine Oesophagogastroduodenoskopie durchgeführt, wobei über den Arbeitskanal des Endoskopes der Führungsdraht der CLINY Ileus Tube in das deszendierende Duodenum eingeführt wurde. Beim Entfernen des Endoskopes wurde Magensaft und Luft abgesaugt. Nach Entfernen des Endoskopes bei einliegendem Führungsdraht, wurde das orale Ende des Drahtes mit Hilfe eines Nélaton Katheters durch den Rachen aus der Nase ausgeführt. Über den Draht wurde dann die CLINY Ileus Tube transnasal eingeführt und mit 20ml

CLINY Ileus Tube



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistraße 52 20246 Hamburg

Univ. Professor Dr. med. Jakob R. Izbicki, FACS
Direktor der Klinik und Poliklinik für Allgemein,-
Viszeral- und Thoraxchirurgie
Martinistraße 52
20246 Hamburg
www.uke.uni-hamburg.de

steriler isotonischer Natriumchloridlösung geblockt. Es wurde eine, intermittierende Saugung begonnen.

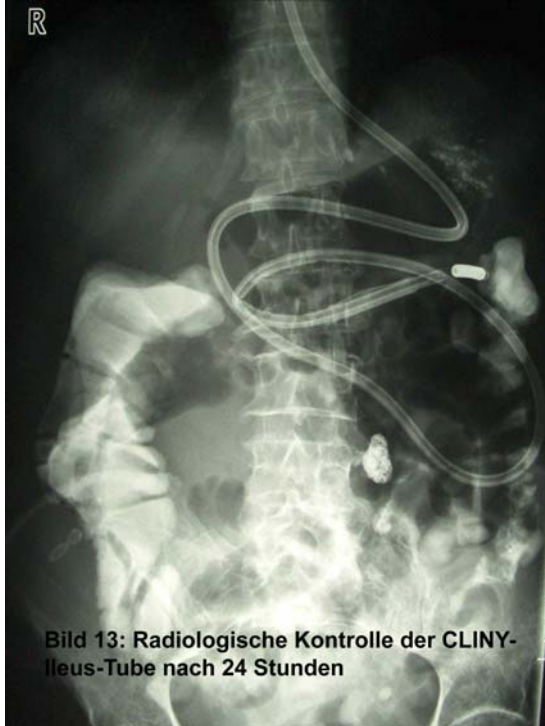


Bild 13: Radiologische Kontrolle der CLINY-Ileus-Tube nach 24 Stunden

Am 22.06.2004 wurde eine radiologische Lagekontrolle der Sonde durchgeführt (Bild 13). Es wurde ein zentralvenöser Katheter gelegt, um die Elektrolyte adäquat zu substituieren und eine parenterale Ernährung durchzuführen. Nach anfänglicher Besserung des klinischen Allgemeinzustandes der Patientin, Verschlechterte sich der Zustand und Patientin verstarb am 26.06.2004 an den Folgen eines Herzversagens.

CLINY Ileus Tube



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistraße 52 20246 Hamburg

Univ. Professor Dr. med. Jakob R. Izbicki, FACS
Direktor der Klinik und Poliklinik für Allgemein,-
Viszeral- und Thoraxchirurgie
Martinistraße 52
20246 Hamburg
www.uke.uni-hamburg.de

4. Ein 65 Jahre alter männlicher Patient wurde mit einer CLINY Ileus Tube behandelt

Der Patient wurde vom 22.12.2004 bis zum 28.12.2004 in unserer Chirurgischen Klinik stationär behandelt.

Diagnosen:

1. kombinierter Dün- und Dickdarmileus bei Pseudoobstruktion
2. M. Parkinson
3. Demenz

Therapie:

Endoskopische Anlage einer CLINY Ileus Tube am 22.12.2004

Verlauf:

Ein 65 Jahre alter Patient wurde uns am 22.12.2004 mit klassischen Symptomen eines tiefen Ileus vorgestellt. Wegen einer Demenz bei M. Parkinson war nicht anamnestizierbar, wie lange diese Symptomatik bereits bestand. Die Diagnose bestätigte sich in den anschließenden radiologischen Untersuchungen. Es wurde die Indikation zur endoskopischen CLINY Ileus Tube Einlage gestellt.

Nach Entleerung des Magens durch Absaugen über eine Magensonde, wurde eine Oesophagogastroduodenoskopie durchgeführt, wobei über den Arbeitskanal des Endoskopes der Führungsdraht der CLINY Ileus Tube in das descendierende Duodenum eingeführt wurde. Beim Entfernen des Endoskopes wurde Magensaft und Luft abgesaugt. Nach Entfernen des Endoskopes bei einliegendem Führungsdraht, wurde das orale Ende des Drahtes mit Hilfe eines Nélaton Katheters durch den Rachen aus der Nase ausgeführt. Über den Draht wurde dann die CLINY Ileus Tube transnasal eingeführt und mit 20ml steriler isotonischer Natriumchloridlösung geblockt. Es wurde eine, intermittierende Saugung begonnen.

CLINY Ileus Tube



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistraße 52 20246 Hamburg

Univ. Professor Dr. med. Jakob R. Izbicki, FACS
Direktor der Klinik und Poliklinik für Allgemein,-
Viszeral- und Thoraxchirurgie
Martinistraße 52
20246 Hamburg
www.uke.uni-hamburg.de

Die Sondenlage wurde nach 24 Stunden radiologisch kontrolliert. Die Ileussituation wurde durch die Entlastungstherapie komplett behoben. Bei Beatmungspflichtigkeit bei Laryngospasmus sogar als Ernährungssonde eingesetzt.

Der Patient wurde aufgrund des Laryngospasmus auf die neurologische Intensivstation verlegt und wird von unserer Seite seit der Entfernung der CLINY Ileus Tube und Ersatz durch eine Ernährungssonde nicht regelhaft betreut.

