# akute Mesenterialischämie (AMI)

Abdomen · https://rd-factsheets.de/fs/mesenterialinfarkt/

Die **akute Mesenterialischämie (AMI)** *(auch Mesenterialinfarkt)* ist ein lebensbedrohlicher Notfall und die schwerste Form einer **Durchblutungsstörung im Bereich des Abdomens**. Sie weist eine hohe Sterblichkeit von ca. 80 % auf, da die Diagnose aufgrund des "faulen Frienden" häufig verspätet gestellt wird und Gewebe bereits unwiederbringlich untergegangen ist.

## Ursache

Die akute Mesenterialischämie entsteht durch eine **akute Unterbrechung des Blutflusses in den Mesenterialarterien oder -venen**. Die häufigste Ursache hierfür stellen mit 75 % eine arterielle Embolie oder Thrombose dar. Die Quelle der Embolie ist in über 90 % der Fälle das Herz aufgrund von Vorhofflimmern, Klappendefekten oder arteriosklerotischen Veränderungen.

Durch die **Minderversorgung** des Darms kommt es in Phase 1 zu einem **paralytischen Ileus** mit **Gewebeuntergang und Nekrosenbildung**. Wird diese Minderperfusion nicht aufgelöst folgt in Phase 2 eine **Umstellung auf den anaeroben Stoffwechsel** des minderversorgten Darmgewebes. Hierbei entsteht durch erhöhtes Laktat eine **metabolische Azidose**, welche vom Körper in Phase 3 durch **erhöhte Respiration** versucht wird abzubauen. Gelingt eine Aufhebung der Minderperfusion nicht und **bleibt die Azidose bestehen kommt es zum Schock mit Multiorganversagen** und letztendlich zum Tod.

Als Risikopatienten gelten Personen über 50 - 75 Jahre mit kardiovaskulären Vorerkrankungen (KHK, Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz) oder Diabetes mellitus.

## Symptome

Die akute Mesenterialischämie wird in **drei Phasen** eingeteilt, welche zu verschiedenen Zeiten unterschiedliche Symptome zeigen. Gerade bei diesem Krankheitsbild ist eine **ausführliche Anamnese** von großer Wichtigkeit. Die AMI weist eine für abdominelle Erkrankungen **ungewöhnlich Symptomatik** auf, die in der zweiten Phase sogar komplett ohne pathologischen Befund sein kann.

Die zweite Phase stellt die für den Patienten die kritischste dar, sie wird auch **"fauler Frieden"** genannt. In dieser Phase kommt es zum Untergang von Gewebe, was häufig aufgrund der fehlenden Symptomatik nicht erkannt wird. Es treten lediglich gehäuft Blähungen auf, welche einen entscheidenden Hinweis geben können.

### Phase 1 (Initialstadium, bis 12h)

- plötzliche, stärkste Abdominalschmerzen (häufig kolikartig)
- Übelkeit & Erbrechen
- blutige Durchfälle

*Auffällig ist die Diskrepanz zwischen den massiven Schmerzen und einem weitgehend unauffälligen Tastbefund mit einer weichen Bauchdecke.*

### Phase 2 (Intermediärstadium, 12–24h)

- plötzliche Besserung, keine Schmerzen mehr
- keine Abwehrspannung
- Blähungen & Blähbauch

### Phase 3 (Endstadium, > 24h)

- akute Verschlechterung
- Dyspnoe mit Hyperventilation
- paralytischer Ileus
- Durchwanderungsperitonitis
- Multiorganversagen mit (septischem) Schock

## Therapie

Grundsätzlich ist ein **unverzüglicher Transport** in eine Klinik mit **Viszeralchirurgie** notwendig um eine intraoperative Reperfusion zu ermöglichen und bereits untergegangenes Gewebe zu entfernen um eine Peritonitis mit folgender Sepsis zu verhindern.

Vorrangig sollte der Patient in einer **bauchdeckenentspannenden Position** gelagert werden oder selbstständig eine ihm angenehme Position einnehmen.

Die weitere Therapie erfolgt symptomorientiert und ist häufig davon abhängig in welcher Phase sich der Patient befindet. Bei Anzeichen eines Schocks sollte eine **Sauerstoff- und Volumentherapie** (500 - 1000 ml VEL) durchgeführt werden. Aufgrund der starken Schmerzen wird eine **Analgesie** empfohlen.

### Medikamente zur Analgesie

| | |
|---|---|
| **Metamizol** | **1 g i.v.**<br>langsam oder als Kurzinfusion |
| **Paracetamol** | **1 g i.v.**<br>als Kurzinfusion |

*Gemäß regionaler SOPs und nach Verfügbarkeit können auch andere Analgetika oder bei starken Schmerzen Opioide eingesetzt werden.*

## Differentialdiagnostik

- akutes Koronarsyndrom
- Aortendissektion
- Ileus
- Darmperforation
- Appendizitis
- Pankreatitis
- Extrauteringravidität

---

## Quelle


- Klar, E., Rahmanian, P. B., Bücker, A., Hauenstein, K., Jauch, K. & Luther, B. (2012). Acute mesenteric ischemia. *Deutsches Ärzteblatt International*, *109*(14), 249–256. https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0249
- Kühn, F., Schiergens, T. S. & Klar, E. (2020). Acute mesenteric ischemia. *Visceral Medicine*, *36* (4), 256–263. https://doi.org/10.1159/000508739
- Müller, T. & Sulzbach, R. (2013). Akutes Abdomen - mehr als nur Bauchschmerzen. *Retten!*, *2* (02), 114–122. https://doi.org/10.1055/s-0033-1345600

- Reichert, M., Roller, F. C., Kalder, J., Hecker, M., Bala, M., Catena, F., Biffl, W., Coccolini, F., Moore, E. E., Ansaloni, L., Damaskos, D., Sartelli, M., Padberg, W. & Hecker, A. (2023). Die akute Mesenterialischämie – eine Übersicht und Empfehlungen (S2k-analog) der World Society of Emergency Surgery. *Die Chirurgie*, *94*(7), 608–615. https://doi.org/10.1007/s00104-023-01913-x
- SOP Notaufnahme. (2026, 1. April). *Akute Mesenterialischämie*. https://sop-notaufnahme.de/leitfaden/akute-mesenterialischaemie