

Abb. 3.34 Leber in situ, Sicht von ventral.

3.11 Leerdarm (Jejunum) und Krummdarm (Ileum)

■ Lage

- Anordnung des Dünndarms in 15–16 Schlingen (**Abb. 3.36**)
- Schlingen bedecken das Colon descendens, das Colon ascendens dagegen bleibt unbedeckt
- das Jejunum eher horizontal ausgerichtet, das Ileum mehr vertikal
- das Jejunum liegt mehr um den Bauchnabel herum
- das Ileum findet man im rechten Unterbauch
- insgesamt liegen Jejunum und Ileum weiter auf der linken Seite

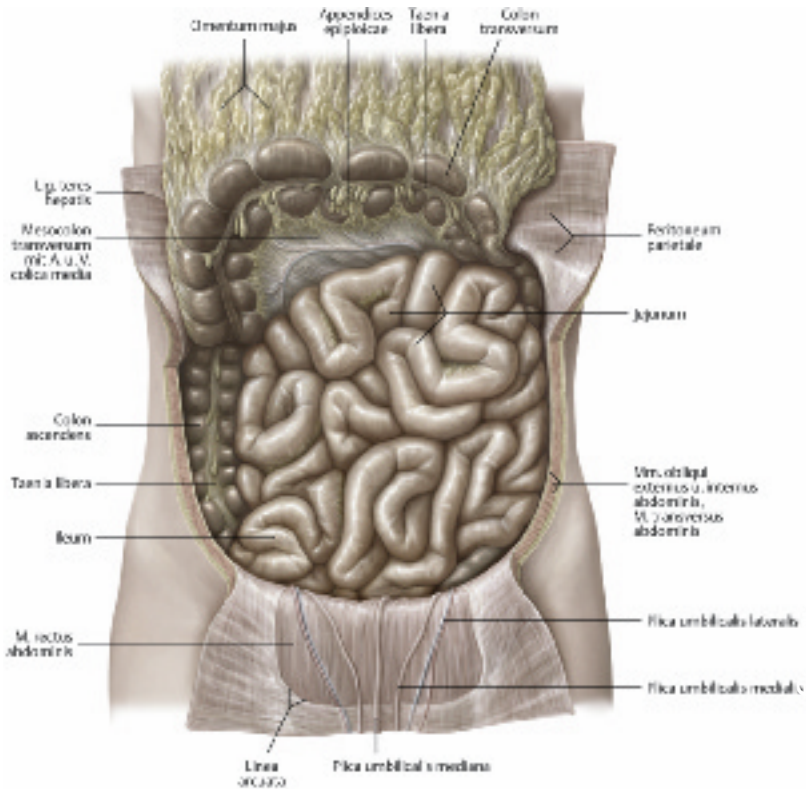


Abb. 3.35 Strukturelle und funktionelle Abhängigkeit der Leber von benachbarten Strukturen.

■ *Radix mesenterii*

- Gekrösewurzel
- Ursprungsstelle des Mesenteriums an der hinteren Bauchwand (**Abb. 3.37**)
- ca. 12–15 cm lang und 18 mm breit
- erstreckt sich von der Flexura duodenojejunalis bis zur Ileozäkklappe und überquert dabei in einem schrägen Verlauf LWK2–5

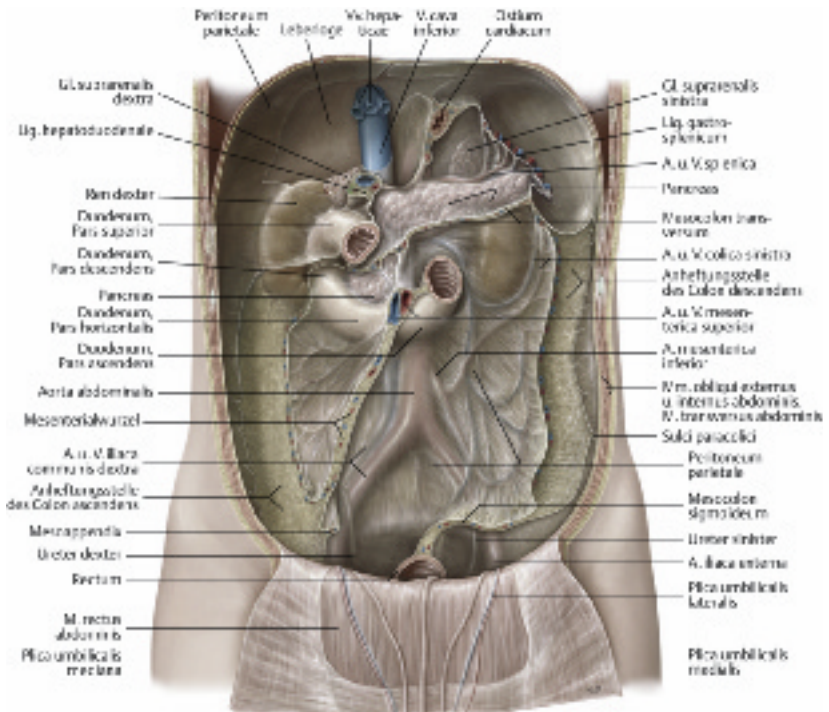


Abb. 3.36 Übersicht über den Situs, Omentum majus hochgeklappt, Dünndarm in situ, Ansicht von ventral.

- auf Höhe LWK3 und 4 dringen die Vasa mesenterica superior ins Mesenterium ein
- zwischen LWK4 und 5 überquert die Radix rechts den Ureter
- die Mesoappendix entspringt aus dem Mesenterium und setzt sich ins Lig. appendicoovaricum fort. An ihrem distalen Ende überquert die Radix die Vasa testicularis/ovarica

■ Wichtige topografische Beziehungen (Abb. 3.38)

- Blase
- Kolon, gesamt
- Mesocolon transversum
- Omentum majus
- Rektum
- Ureter
- Uterus
- vordere Bauchwand

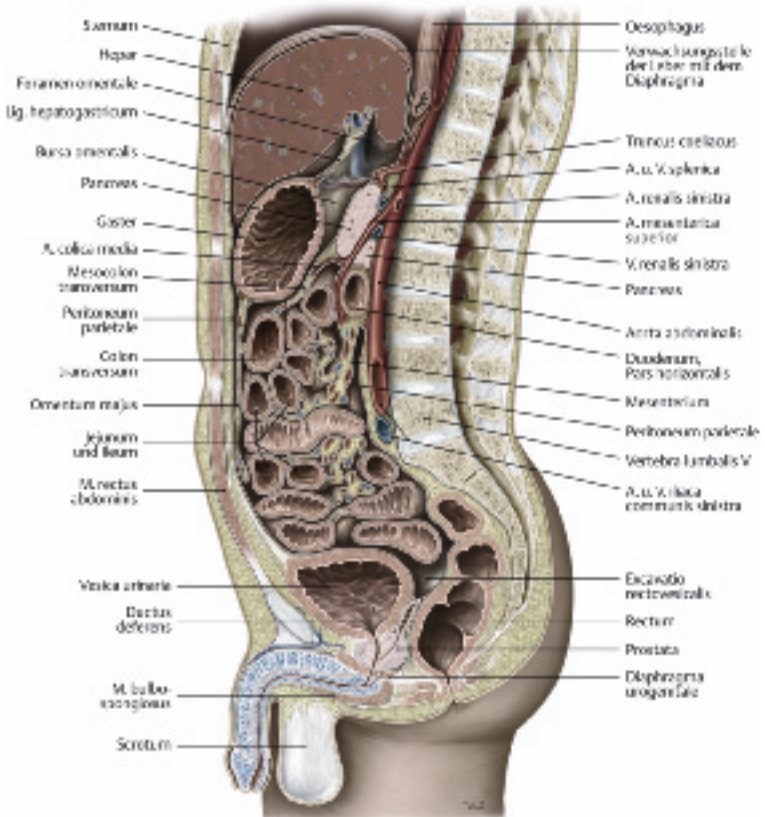


Abb. 3.37 Peritonealverhältnisse an der dorsalen Wand der Peritonealhöhle; Ansicht von ventral in einen Bauch- und Beckensitus.

■ *Befestigungen/Aufhängungen*

- Druck anderer Organe
- Turgor
- Radix mesenterii

■ *Zirkulation*

■ *Arterien*

- A. mesenterica superior

■ *Venen*

- V. portae

■ *Lymphabfluss*

- entlang der Gefäße zu den Nodi lymphoidei mesenteriales superiores, Nodi lymphoidei coeliaci und lumbales

■ *Innervation*

- Sympathikus aus Th 10–12 über N. splanchnicus minor zum Ganglion mesentericum superior
- N. vagus

■ *Osteopathische Ketten*

Es gibt zwei wichtige Einflüsse, die Jejunum/Ileum auf den thorakolumbalen Übergang (TLÜ) ausüben: Die Radix mesenterii verläuft mit ihrem Anfangsteil über die obere LWS und ihre sympathische Versorgung erhalten Jejunum und Ileum aus den unteren thorakalen Segmenten. So werden z.B. deutlich ausgeprägte Lordosen in der oberen LWS von einer Dünndarmpatose hervorgerufen. Auch Bewegungsstörungen der Wirbelgelenke des TLÜ inklusive der letzten beiden Rippen sind häufig die Folge von getriggert segmentaler Muskulatur.

Über die V. mesenterica superior drainieren Jejunum und Ileum in die V. portae. Funktionell hängen demnach die Leber und der Dünndarm zusammen, sodass die Leber quasi den „Abfluss“ für den Dünndarm

darstellt. Im Fall einer Durchflussbehinderung der Leber kann es leicht zu einem Rückstau in die Dünndarmschlingen kommen. Zum einen wird dadurch der Dünndarm schwerer, er zieht noch mehr an der Radix und damit an der oberen LWS. Zum anderen bewirkt dieser Rückstau eine Funktionsbeeinträchtigung des Dünndarms – krampfartige Blähungen oder Nahrungsmittelallergien können die Folgen sein.

Die Radix mesenterii hat noch eine funktionell wichtige topografische Beziehung: In der Nähe der Ileozäkalklappe überkreuzt sie die Vasa testicularis/ovarica und den Ureter. Ist der Dünndarm ptosiert und zieht an der Radix, beeinträchtigt das auch jene zirkulatorischen Strukturen. Venöse Stauungen in Ovar oder Hoden sind die Folge. Krankheitsbilder, die sich daraus ergeben können, sind Varikozelen und Störungen des Eisprungs oder Ovarialzysten.

Ist der Ureter mehr betroffen, so kann es einen Rückstau von Urin in die rechte Niere geben, allerdings ohne funktionelle Auswirkungen nach schulmedizinischen Maßstäben, sondern eher im osteopathischen Sinn (s. Kap. 3.15).

Der Anfangsteil der Radix mit der A. mesenterica superior verläuft über die V. renalis auf der linken Seite. Eine ausgeprägte Dünndarmptose könnte über einen Zug an der Radix zu einer Abflussstörung der linken Niere führen (**Abb. 3.39**).

