



AGAPLESION
BETHESDA KRANKENHAUS
STUTTGART

Gallenblasensteinleiden (Cholezystolithiasis)

Der Stand zur Diagnostik und Therapie des Gallensteinleidens ist in einer S3-Leitlinie aktuell publiziert worden – erstellt von der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Visceralchirurgie (DGAV), unter Mitarbeit von Prof. Bittner, ehemaliger Senior-Direktor des MIC-Zentrums am Agaplesion Bethesda Krankenhaus Stuttgart (Quelle: F. Lammert, M. W. Neubrand, R. Bittner et al.: Zeitschrift für Gastroenterologie 2007;45:971-1001).

15-20% unserer Bevölkerung haben Gallensteine; jährlich werden circa 190.000 Gallenblasenentfernungen (Cholezystektomie) durchgeführt. Zudem finden sich bei etwa 10% dieser Patienten Gallengangssteine (Choledocholithiasis), die zusätzliche diagnostische und therapeutische Interventionen notwendig machen (ERC – endoskopische retrograde Cholangiographie mit Papillotomie, d.h. Spaltung des Ausganges des Gallenganges in den Zwölffingerdarm und Säuberung des Gallenganges von den Steinen). Außerdem trifft der Chirurg bei nahezu 20% dieser Patienten auf eine akute Entzündung (Cholezystitis), die das operative Vorgehen erheblich erschweren kann.

Zusammenfassend handelt es sich somit bei der Cholelithiasis um ein Leiden, das nicht nur medizinisch äußerst komplex ist, sondern auch aufgrund der großen Zahl der Betroffenen einen hohen volkswirtschaftlichen Stellenwert hat.

Ursache

Ursache des Gallensteinleidens ist eine genetisch (erblich) bedingte Fehlzusammensetzung der Gallenflüssigkeit, die in der Leber gebildet wird (=Leber-Stoffwechselstörung, nicht beeinflussbar durch Nahrung). Die Gallenblase hat nur Speicherfunktion für den Notfall, wenn rasch die zur Fettverdauung notwendige Gallenflüssigkeit benötigt wird. Folge der Fehlzusammensetzung ist ein Ausfällen von Cholesterinkristallen, die zwar fortlaufend aus dem Gallengang (vergleichbar einem Fluss) herausgespült werden, in der Gallenblase jedoch (vergleichbar einem See mit nur einem Zu- bzw. Abfluss) liegen bleiben und zum Kristallisationspunkt eines Steines werden können (siehe schematische Darstellung unten). Entsprechend der Dauer des Leidens und der Zusammensetzung (Cholesterin, Bilirubin (Gallenfarbstoff), Calcium) können Zahl, Form und Farbe der Steine äußerst unterschiedlich sein.

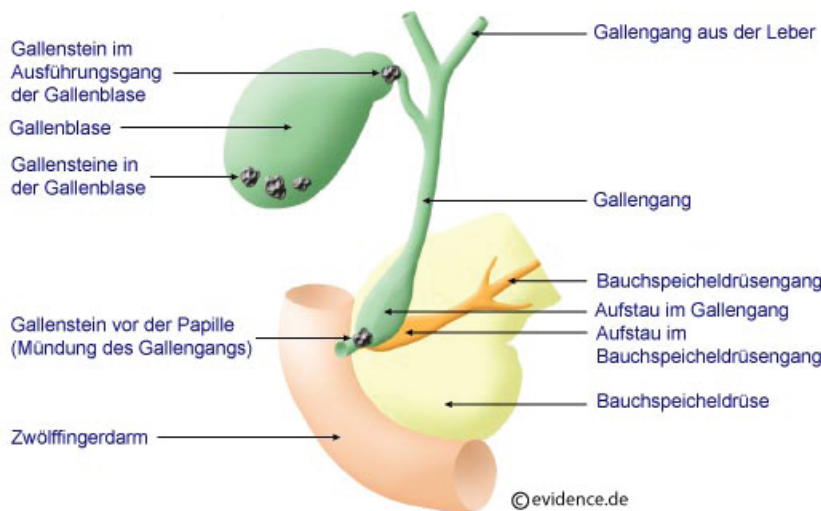
20-30% der Steinträger entwickeln Beschwerden (Symptome). Diese sind unabhängig von Art und Zahl der Steine und können sehr unterschiedlich sein; sie reichen von leichtem Druckgefühl im rechten Oberbauch (v.a. nach fett-

INFORMATIONEN



AGAPLESION BETHESDA KRANKENHAUS STUTT GART

reichen Mahlzeiten) über Nahrungsmittelunverträglichkeiten (z. B. Fett, Kaffee) bis hin zur typischen Gallenkolik (wellenförmige krampfartige Schmerzen im rechten Oberbauch, die in den Rücken ausstrahlen). Zeigen sich Verfärbungen von Haut (gelblich), Urin (dunkel) und Stuhl (hell), so liegen in der Regel Gallengangssteine vor und es besteht ein dringender Therapiebedarf. Bei etwa 1% der Patienten führt das Steinleiden zu einer akuten Bauchspeicheldrüsenerkrankung (akute Pankreatitis), die lebensgefährlich sein kann. Auch die bei 10-20% der Patienten beobachtete akute Gallenblasenentzündung (Cholezystitis, d.h. heftige und anhaltende Oberbauchschmerzen, Fieber, Druckschmerz und Abwehrspannung im Oberbauch) erfordert die sofortige Therapie. Bei Vereiterung und Durchbruch (Perforation) mit konsekutiver Bauchfellentzündung (Peritonitis) entsteht eine absolut lebensbedrohliche Situation und es muss sofort operiert werden.

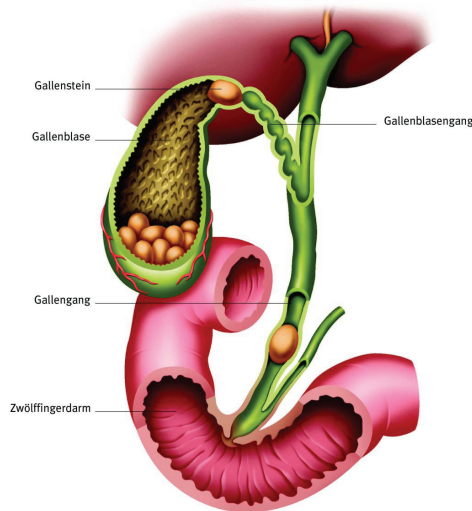


Diagnose

Die Diagnosesicherung erfolgt durch die Sonographie. Bei Verdacht auf Gallengangssteine sind Bluttests sowie je nach Verfügbarkeit eine MRC (Magnetresonanztomographie) oder eine ERC (endoskopische retrograde Cholangiographie) notwendig. Der Vorteil der ERC ist, dass sie, falls nötig, die sofortige Gallengangsäuberung ermöglicht; der Nachteil ist ihre Invasivität.

Indikation zur Therapie

Ein Therapiegrund (Indikation zur Therapie) ist in der Regel nur bei Beschwerden gegeben. Entsprechend dem Entstehungsmechanismus der Steine (Pathogenese) ist eine konservative Therapie (Auflösung = Litholyse) mit Gallensäurenpräparaten bei bestimmter Steinart (kleiner als 5mm und röntgen-negativ) möglich, insgesamt wegen hoher Rückfallquote und langer Therapiedauer nicht effizient.



Therapie der Wahl

Die Therapie der Wahl ist daher die Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie), heute in der Regel in laparoskopischer Technik (Bauchspiegelung, Videoendoskopie, minimal-invasiv, "Schlüssellochtechnik"). Die Entfernung der Gallenblase ist die ideale Indikation zum laparoskopischen Eingriff, da mit den kleinen Zugangsschnitten (maximal 4 Schnitte: 2x 0,5 cm, 1x 1 cm, 1x 2 cm zum Einführen der Kamera (am Nabel) bzw. der feinen Instrumente) die in der konventionellen offenen Chirurgie bestehende Diskrepanz zwischen großem Zugangstrauma (Schnitt) und vergleichsweise kleiner Operation im Bauch aufgehoben wird. Die Erfolgsrate ist hoch, nur in 4-7% muss konvertiert, d.h. zur offenen Operation übergegangen werden (in Experten Händen sogar nur in 1-2%, einschließlich der Patienten mit akuter Entzündung. Die Komplikationsrate ist niedrig (unter 3%). Die Rate der gefürchteten Gallengangsverletzung liegt heute bei streng standardisierter Operationstechnik (Video) unter 0.15% (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung 2006), in Experten Händen unter 0.10% (s.o.), im Jahr 2006 sogar 0%.



AGAPLESION
BETHESDA KRANKENHAUS
STUTT GART

Zugangsschnitte mit Mini-Instrumenten

Falls der Patient anatomisch dafür geeignet ist, so haben wir in unserer Klinik die Möglichkeit, mit so genannten Mini-Instrumenten die erforderlichen Zugangsschnitte auf 2-3 Mal 3 Millimeter und 1 Mal 1 Zentimeter zu verringern. Auch die so genannte narbenfreie Gallenblasenentfernung, bei der die Gallenblase bei weiblichen Patienten über die Vagina (Scheide) entfernt wird, wird in unserer Klinik erfolgreich durchgeführt.

Zusammenfassung

Die laparoskopische Cholezystektomie ist weltweit die Standardoperation beim symptomatischen Gallenblasensteinleiden, nur in ganz ausgewählten Fällen ist der konventionelle offene Eingriff sinnvoller (schwerste Entzündung, Gallenblasenkrebs).

Die aktuell publizierte Metaanalyse (Quelle: Cochrane Database Syst Rev 2006;CD006231) randomisiert kontrollierter Studien, die die offene mit der laparoskopischen Technik vergleichen, zeigt bei identischer Komplikationsrate für die Laparoskopie eine im Mittel um drei Tage kürzere Krankenhausverweildauer (ca. 18% weniger Kosten) sowie eine um drei Wochen kürzere Rekonvaleszenz. In Einzelfällen kann die Operation als ambulanter Eingriff erfolgen. Bei gleichzeitigem Vorkommen von Gallenblasen- und Gallenwegssteinen wird allgemein – so auch von uns (Quelle: Leibl BJ, Bittner R, et al.: Chirurg 2001;72:812-817) das sogenannte „Therapeutische Splitting“ bevorzugt, d.h. zunächst durch unseren gastroenterologischen Partner die endoskopische Sanierung des Gallenganges und dann ein bis zwei Tage später die laparoskopische Cholezystektomie durchgeführt. Eine spezielle Nachbehandlung ist in der Regel bis auf eine kurzfristige körperliche Schonung (circa 7-10 Tage) und eine langsamere Wiederaufnahme normaler Nahrungsgewohnheiten nicht notwendig. Der Verlust der Gallenblase wird von über 95% der Patienten ohne jegliche Folgen toleriert.

Für weiteres Anschauungsmaterial klicken Sie auf den unten stehenden Link. Sie werden dann zu unserer Vimeo-Seite weitergeleitet und können ein Operationsvideo zum Thema ansehen.

<http://vimeo.com/33601013> (Gallensteine)

<http://vimeo.com/33600978> (Gallenblasenentfernung)

Weiterführende Informationen können Sie gerne jederzeit bei uns anfordern.

INFORMATIONEN