

# Bei Oberbauchschmerzen an Gallensteine denken!

**DIE DIAGNOSE** kann in 95% der Fälle durch eine Oberbauchsonografie und eine Blutuntersuchung gestellt werden. Handelt es sich um eine akute Cholezystitis, wird innerhalb von 48 Stunden bevorzugt laparoskopisch die Gallenblase entfernt. Eine spezielle Diät nach dem Eingriff ist nicht erforderlich.

PATIENTEN mit Oberbauchschmerzen (sei es krampfartig im rechten Oberbauch, in den Rücken ausstrahlend, epigastrisch oder unspezifisch) sollten alle einer zielgerichteten Diagnostik zugeführt werden. Dazu gehört die Ultraschalluntersuchung (Oberbauchsonografie) ebenso wie eine Blutuntersuchung, wobei Blutbild (Leukozyten), Leberfunktionsproben und CRP im Vordergrund stehen. Mit dieser Diagnostik kann die Diagnose „Cholelithiasis“ in ca. 95% der Fälle gestellt oder widerlegt werden. Die Ultraschalluntersuchung gibt über Zahl und Größe der Steine Auskunft, über die Wanddicke und -beschaffenheit (akute Cholezystitis; so genannte Dreischichtung der Gallenblasenwand), ferner über die Weite des Ductus choledochus (normal unter 8 mm). Die Blutuntersuchung zeigt das Vorliegen einer Entzündung (Leukozyten erhöht, CRP erhöht) sowie das Bestehen einer Cholestase durch Gallengangssteine (Choledocholithiasis, Papillenstein) an. Gamma-GT und alkalische Phosphatase sind für Cholestase empfindlichere Parameter als die Ultraschalluntersuchung (Weitstellung des Ductus choledochus, Sichtbarmachen von Gallengangssteinen). CT und MR sind präoperativ – außer bei spezieller Fragestellung (z.B. Pankreas) nicht notwendig, bei Verdacht auf Gallengangssteine kommt eine MRCP infrage.

Selten fragen Patienten nach der Ursache des Gallensteinleidens. Ernährung und Lebensgewohnheiten sind nicht die Ursache, auch eine höhere Prävalenz bei Adipösen oder dem weiblichen Geschlecht ist unrichtig und hat vor allem keinerlei Konsequenz. Ähnliches gilt für familiäres Auftreten und genetische Disposition. Am



Ultraschall von Gallensteinen

ehsten nimmt man eine Motilitätsstörung der Gallenblase als Ursache der Steinentstehung an. Jedenfalls gibt es keine erwiesene Prophylaxe!

## THERAPIE: WENIGER KOMPLIKATIONEN DANK LAPAROSKOPIE

Ist die Diagnose einmal gestellt, sollte die Beratung hinsichtlich einer Operation erfolgen, egal ob durch den Allgemeinmediziner oder den Chirurgen. Bei der akuten Cholezystitis erfolgt die Operation (laparoskopische Cholezystektomie) innerhalb von 48 Stunden, ein Vorgehen, das nicht nur aus Erfahrung Vorteile bringt, sondern auch wissenschaftlich erwiesen ist. Die Möglichkeit, den Eingriff laparoskopisch

zu Ende führen zu können, ist dadurch höher, der Krankenstand kürzer, und die Komplikationen sowohl der Erkrankung als auch der Operation sind geringer als bei konservativer Therapie und/oder Operation im entzündungsfreien Intervall.

Bei Cholestase (Choledocholithiasis) hat die Sanierung des Gallenganges und der Gallenblase zu erfolgen, meist durch ERCP und Steinentfernung im ersten Schritt und laparoskopischer Cholezystektomie etwa zwei Tage später bei Ausschluss einer Post-ERCP-Pankreatitis. Die Operation der Gallenblase soll deswegen rasch nach ERCP erfolgen, weil durch die gespaltene Papille (ERCP) eine Aszension von Keimen und eine nachfolgende Cholezystitis erfolgen können. Als Alternative bei Cho-



ledocholithiasis kommen laparoskopische Cholecystektomie und laparoskopische Choledochotomie einzeitig (hängt von der Fähigkeit des Chirurgen ab) oder einzeitige offene Operation (kaum noch angewendet wegen der guten Durchführbarkeit minimal-invasiver Verfahren, s.o.) infrage.

### ASYMPTOMATISCHES GALLENSTEINLEIDEN

Werden bei „asymptomatischen“ Patienten Gallensteine gefunden, so ist in erster Linie zu erfragen, ob tatsächlich keine Symptome bestanden haben: Oft werden dann diskrete oder „leichte“ Beschwerden berichtet, häufig im Zusammenhang mit bestimmten (fetten) Speisen. In diesen Fällen liegt dann ein symptomatisches Gallensteinleiden vor und die Therapie der Wahl ist wieder nur die chirurgische (laparoskopische) Cholecystektomie. Diäten helfen nicht und können insbesondere Komplikationen (Cholezystitis, Choledocholithiasis, biliäre Pankreatitis etc.) nicht verhindern. Andere Behandlungen, z.B. Gallensteinzertrümmerung und Gallensteinauflösung, oder Alternativmedizin werden meist erst

gar nicht angeboten und sind obsolet. Absolut asymptomatische Patienten stellen keine echte Operationsindikation dar, sind jedoch individuell zu beraten, am besten durch den Chirurgen des Vertrauens.

### OFFENE OPERATION

Die erste laparoskopische Cholecystektomie wurde 1987 durch Dr. Mouret in Lyon durchgeführt. Die bis ca. 1989 fast ausschließlich angebotene offene Cholecystektomie durch Laparotomie wird heutzutage nur mehr beim Gallenblasenkarzinom angeboten sowie v.a. als sogenannte „Umstiegsgalle“, wenn die laparoskopische Cholecystektomie aus verschiedener Ursache (intraoperative Komplikation, fortgeschrittenes Gallenblasenleiden durch Cholezystitis, operationstechnische Probleme) mit dem zur Verfügung stehenden Instrumentar nicht durchführbar ist. Das ist insgesamt in etwa 1–5% der Fälle, je nach Anteil entzündlicher Gallenblasen und Erfahrung/Geschick des Operateurs.

Bei Cholezystolithiasis und zarter Gallenblasenwand (histologisch meist chronische Cholezystitis) ist der Anteil der sogenannten „Umstiegscholezystektomie“ (offene Operation) etwa 1%.

### NACHBEHANDLUNG UND WEITERE BERATUNG

Eine spezielle Nachbehandlung ist außer der typischen Verhaltensmaßnahmen/Schonung nach laparoskopischen Eingriffen nicht indiziert und auch nicht sinnvoll. Eine spezielle Diät nach Cholecystektomie ist nicht notwendig. Bei weiteren Oberbauchbeschwerden sind eine Oberbauchsonografie und Blutbefunde (siehe Anfang des Artikels), eventuell CT Abdomen, eventuell Gastroskopie und eventuell Koloskopie angemessen.

Univ.-Prof. Dr. ALBERT TUCHMANN,  
FACS Facharzt für Chirurgie,  
Generalsekretär der Österreichischen  
Gesellschaft für Chirurgie, 1010 Wien  
info@tuchmann.at

