

Gallenstein-Ileus

R. Ludwig^a, A. Oestmann^a, G. Tamborrini^b, F. Thöni^b

Fallbeschreibung

Die 84jährige Patientin wurde uns wegen anhaltenden Bauchschmerzen, welche seit 14 Tagen intermittierend aufgetreten waren, jetzt aber an Intensität zugenommen hatten, sowie wegen Kaffeesatz-Erbrechen seit zwei Tagen zugewiesen. Eine Woche zuvor war es zu einer zunehmenden Schwäche mit Appetitlosigkeit, Unwohlsein und Obstipation gekommen. In der persönlichen Anamnese konnte ein langjähriger Diabetes mellitus mit einer Mikro- und Makroangiopathie sowie Nephropathie als Komplikation erhoben werden. Im Rahmen einer generalisierten Arteriosklerose waren eine PAVK und St. n. Amputation der Grosszehe rechts sowie eine koronare Herzkrankheit mit intermittierendem Vorhofflimmern, weswegen die Patientin antikoaguliert war, bekannt. Des weiteren lagen eine arterielle Hypertonie und eine unklare pruriginöse Hauterkrankung vor. Zwei Jahre vor der aktuellen Einweisung war die Patientin bereits wegen Abdominalschmerzen hospitalisiert. Damals wurde das Beschwerdebild bei gleichzeitig vorliegender Infektion als Divertikulitis interpretiert und entsprechend antibiotisch behandelt. Die im Intervall durchgeführte Rektosigmoidoskopie sowie die Holzkechtuntersuchung ergab dann aber nur ein einziges kleines Divertikel im Sigabereich, so dass schliesslich die Ursache für die gastrointestinalen Beschwerden unklar

blieb. Sonographisch konnte als einziger Befund eine Cholelithiasis erhoben werden. Der Gallenstein war damals ebenfalls radiologisch nachweisbar.

Bei Eintritt war die adipöse Patientin (BMI 31 kg/m²) afebril. Der Blutdruck betrug 140/75 mm Hg, der Puls 114/min. Es bestand eine Tachypnoe von 25/min. Die Lungenauskultation war unauffällig. Das Abdomen war balloniert, es fand sich eine diffuse Druckdolenz mit Punctum maximum im Unterbauch beidseits, ein Loslassschmerz über allen vier Quadranten, und die Darmgeräusche waren spärlich. Die Rektaluntersuchung war schmerzlos mit wenig dünnem Stuhl in der Ampulle. Im Labor waren die Infektparameter erhöht (Leukozyten $15,8 \times 10^9/l$, Linksverschiebung von 23%, CRP 401 mg/l), es fand sich eine Hyperglykämie von 34,2 mmol/l sowie eine Niereninsuffizienz mit einem Kreatinin von 274 $\mu\text{mol/l}$. Der INR betrug 2,41. Radiologisch konnte im Abdomen liegend und stehend keine freie Luft nachgewiesen werden, die intestinale Darmgasverteilung war regelrecht, es lagen keine Hinweise für eine mechanische intestinale Obstruktion vor. Aufgrund der Abdominalsymptomatik mit deutlich erhöhten Infektparametern veranlassten wir ein Abdomen-CT (mit Kontrastmittelgabe), auf welchem die Diagnose eines Gallenstein-Ileus mit Obstruktion im mittleren Dünndarm (Abb. 1) mit Nachweis eines Luft-Flüssigkeits-Spiegels der Gallenblase und vesikoduodener Fistel gestellt werden konnte. Erst retrospektiv wurde von uns die Dislokation des Gallenstein Konkrementes in das kleine Becken festgestellt (Abb. 2). Es erfolgte darauf die unverzügliche Verlegung auf die chirurgische Abteilung zur medianen Laparotomie mit Enterotomie zur Steinentfernung und Dünndarm-Dekompression. In der Exploration zeigte sich weiter, dass das Duodenum mit den betonharten Gallenblasenresten verbacken war. Die enterobiliäre Fistel wurde belassen. Der postoperative Verlauf war komplikationslos und am 10. postoperativen Tag konnte die Patientin entlassen werden. Zehn Monate später musste sie wegen einer akut aufgetretenen Querschnittssymptomatik erneut auf der Medizin hospitalisiert werden. Als Ausschlussdiagnose konnte die Diagnose einer ischämischen Läsion des thorakalen Rückenmarks im Gebiet der A. spinalis anterior gestellt werden. Bezüglich der

^a Medizinische Abteilung, Spital Grenchen

^b Chirurgische Abteilung, Spital Grenchen

Korrespondenz:

Dr. med. A. Oestmann
FMH Innere Medizin
Medizinische Abteilung
Spital Grenchen
CH-2540 Grenchen

Abbildung 1.

CT-Abdomen: impaktiertes Konkrement im mittleren Dünndarm.



Gallenblase war die Patientin bis zu diesem Zeitpunkt beschwerdefrei geblieben.

Kommentar

Gallensteine sind bei 1–3% aller aufgrund einer intestinalen Obstruktion operierten Patienten die Ursache für den notwendig gewordenen Eingriff. Ein Gallenstein-Ileus ist somit ein seltenes Ereignis. Immerhin steigt die Inzidenz mit zunehmendem Alter erheblich an, so dass bei den über 65jährigen Patienten mit einer nicht strangulierenden Obstruktion der Anteil bis zu 25% betragen kann. Es handelt sich somit um eine Erkrankung des älteren Patienten. Meistens sind Frauen in einem Verhältnis von 3,5:1 im Vergleich zu Männern betroffen. Die Lokalisation des impaktierten Steines liegt vorwiegend im Ileum, gefolgt vom Jejunum und vom Magen. Am weitaus häufigsten besteht eine cholezystoduodenale Fistel, eine Fistelung zwischen Gallenblase und Kolon liegt nur selten vor. Die korrekte Diagnose eines Gallenstein-Ileus, durch eine Laparotomie bestätigt, wurde in grossen Serien lediglich in 43% präoperativ gestellt. Die Mortalität ist mit 15–18% relativ hoch, was allerdings hauptsächlich auf die Ko-Morbidität der betagten Patienten zurückzuführen ist. Die postoperative Morbidität ist in erster Linie durch Wundinfekte (ca. 32%) bedingt, unabhängig vom chirurgischen Vorgehen. Wesentlich seltener kommt es daneben aber auch zur Cholezystitis, Cholangitis und zum Rezidiv eines Gallenstein-Ileus. Die chirurgische Vorgehensweise wird kontrovers beurteilt. Einerseits beschränken sich die einen Operateure auf die Lösung des Hauptproblems,

nämlich der intestinalen Obstruktion, mit dem Argument des erhöhten Operationsrisikos durch einen grösseren und längeren Eingriff und begnügen sich mit einer Enterolithotomie, andererseits verweisen die anderen auf die möglichen Komplikationen im Bereich des biliären Traktes sowie die mögliche Entstehung eines Gallenblasenkarzinoms und führen in der gleichen Sitzung eine Cholezystektomie und den Verschluss der Fistel durch. Ebenfalls die Frage, ob dieser Eingriff ansonsten bei asymptomatischen Patienten in einer zweiten Sitzung nachgeholt werden soll, bedarf noch der Klärung. Argument gegen einen Zweiteingriff ist die niedrige Rate an zu erwartenden Beschwerden im Verlauf. Unterdessen liegen auch erste Fallbeschreibungen mit einem laparoskopischen Vorgehen vor.

Bei unserer Patientin entsprechen verschiedene Merkmale den Angaben in der Literatur. Sie ist weiblich, betagt, weist eine erhebliche Ko-Morbidität auf, und die Impaktion des Gallensteines erfolgte im Ileum. Die Diagnosestellung gelang präoperativ mittels Abdomen-CT. Retrospektiv hätte die Diagnose bereits aufgrund des konventionellen Röntgenbefundes vermutet werden können. Die Röntgen-Kriterien nach Rigler [1] beinhalten (1.) Luft oder Kontrastmittel im biliären Trakt; (2.) Direktnachweis des Steines oder indirekter Nachweis durch Kontrastaussparung von Kontrastmittel im Darm; (3.) Positionsveränderung eines bekannten Gallensteines; (4.) Nachweis einer partiellen oder kompletten Darmobstruktion. Bei unserer Patientin mit bekannter Cholezystolithiasis liess sich konventionell-radiologisch ein Gallenkonkrement im kleinen Becken nachweisen, radiologische Hinweise für eine Darm-

Abbildung 2.

Abdomenübersicht: in der Voraufnahme Konkrement in der Gallenblase, in der aktuellen Aufnahme Dislokation desselben in Projektion auf den inneren Beckenring rechts.



a



b

obstruktion lagen allerdings nicht vor. Bezüglich der Operationstechnik entschied man sich nicht zuletzt aufgrund der Ko-Morbidität einzig zur Enterotomie und Behebung der Obstruktion bei impaktiertem Gallenstein. Der über knapp einem Jahr komplikationslose Verlauf scheint diesen Entscheid als richtig zu untermauern, da ein Rezidiv, ohnehin ein seltenes Ereignis, in der Literatur in der Regel innerhalb der ersten sechs Monate auftritt. Zudem finden sich in der Literatur Fallbeispiele von Patienten, welche auch durch eine Cholezystektomie nicht vor einem Rezidiv bewahrt wurden.

Konklusion: Bei älteren Patienten sollte bei Vorliegen von Symptomen einer gastrointestinalen Obstruktion immer ein Gallenstein-Ileus in Betracht gezogen werden. In der Wahl der Therapie scheint aufgrund Alter, Ko-Morbidität, des Ileus sowie der schwierigen Verhältnisse im Bereich der Gallenblase ein möglichst kleiner und kurzer Eingriff, d.h. die alleinige Behebung der Obstruktion, gerechtfertigt zu sein, um das Operationsrisiko gering zu halten. Die meisten Patienten benötigen keine weitere Therapie.

Literatur

1 Rigler LG, et al. Gallstone obstruction: pathogenesis and roentgen manifestations. *JAMA* 1941;117:1753-9.

2 Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994;60:441-6.

3 Soto DJ, Evan SJ, Kavic MS. Laparoscopic management of gallstone ileus. *JSL* 2001;5:279-85.

4 Abou-Saif A, Al-Kawas FH. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus. *Am J Gastroenterol* 2002;97:249-54.