

Bettina Wölnerhanssen,  
Ralph Peterli

## Gallensteine – asymptomatisch: Cholezystektomie!

**Leserbrief zu: Orlandi M, Inauen W.  
Gallensteine – asymptomatisch: wie weiter?  
Schweiz Med Forum 2005;5:414-8.**

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, wir gratulieren den Autoren für den spannenden Artikel und schliessen uns der Aussage an, dass grundsätzlich eine prophylaktische Cholezystektomie bei asymptomatischen Gallensteinen nicht indiziert ist. Hingegen stützen sich die Autoren beim Satz «Eine prophylaktische Cholezystektomie bei asymptomatischen Gallensteinen [...] geht [...] mit einer signifikanten Morbidität und hohen Kosten einher.» auf Arbeiten, welche die Gesamtmorbidität der Cholezystektomie auswerten, also auch jene bei Eingriffen wegen symptomatischer und komplizierter Gallenstein-erkrankung. Wir möchten anhand eigener Daten drei Punkte zur Diskussion stellen:

1. Die Morbidität der Cholezystektomie, vor allem der laparoskopischen, ist heutzutage gering.
2. Die Indikation zur Cholezystektomie bei atypischen Beschwerden ist grosszügig zu stellen.
3. Die Indikation zur prophylaktischen Cholezystektomie ist bei malabsorptiven bariatrischen Eingriffen auch bei fehlenden Gallensteinen indiziert.

### Zu Punkt 1

In einer an unserer Klinik durchgeführten prospektiven Studie [1] wurden zwischen Juni 1990 und August 2002 konsekutiv alle Patienten mit Cholezystektomie erfasst. Von den insgesamt 4498 Patienten wurden 3558 (79%) rein laparoskopisch operiert (lap. CE), bei 298 (6,6%) musste zur offenen Technik konvertiert werden (Konv.) und 642 (14%) wurden primär offen operiert (off. CE). Die Rate von off. CE nahm laufend ab (1990: 49%, 2002: 7,2%). Die Konversionsrate sank trotz Indikationserweiterung bei lap. CE für komplizierte Gallensteinkrankheiten (Cholezystitis, präoperative ERCP bei Gallengangsteinen, Status nach binärer Pankreatitis) auf aktuell 2,5%. Bei den intraoperativen Komplikationen der lap. CE/Konv. waren die Gallengangverletzungen im untersuchten Zeitraum mit 5/3856 (0,1%) selten. Die 30-Tage-Morbidität betrug bei lap. CE 2%, bei Konv. 5% und bei off. CE 11,5%; die Mortalität bei lap. CE 0%, bei Konv. 0,7% und off. CE 1%. Trotz Ausbildungsklinik mit jedoch konstantem Team von leitenden Operateuren konnte die Komplikationsrate gering gehalten werden. In dieser grossen Serie war keine verlängerte Operationsdauer bezüglich erhöhter Umsteigerate in Abhängigkeit des Alters der Patienten festzustellen. Im Gegenteil: Gerade be-

tagte, polymorbide Patienten profitieren von dem minimalinvasiven Eingriff, da eventuelle Komplikationen der Cholelithiasis wie Cholezystitis, Choledocholithiasis oder biliäre Pankreatitis von ihnen sehr schlecht toleriert werden.

### Zu Punkt 2

Die Indikation zur laparoskopischen Cholezystektomie darf angesichts der geringen Morbidität/Mortalität des Eingriffs auch bei atypischen, dyspeptischen Beschwerden und vorhandenen Gallensteinen grosszügig gestellt werden. Über 40% der cholezystektomierten Patienten hatten keine klassischen Symptome sondern unspezifische, dyspeptische Beschwerden (Nausea, Aufstossen, atypische Schmerzlokalisierung usw.). Ein Jahr nach laparoskopischer Cholezystektomie waren 64% von ihnen vollständig und 30% mehrheitlich von diesen Erscheinungen befreit [2]. Trotzdem muss der Patient bei Vorliegen von atypischen Beschwerden präoperativ darüber aufgeklärt werden, dass diese postoperativ persistieren können. Auch ist zu beachten, dass die Morbidität und Mortalität bei komplizierten Gallensteinleiden wesentlich höher ist (und somit auch die damit verbundenen Kosten). Eine abwartende Haltung kann somit «waiting for trouble» bedeuten, zumal 10 bis 20% aller asymptomatischen Gallensteine innert fünf bis zehn Jahren zu Koliken und in 5 bis 10% tatsächlich zu Komplikationen führen [3, 4].

### Zu Punkt 3

Des weiteren ist die Cholezystektomie bei allen bariatrischen Eingriffen indiziert, auch wenn eine asymptomatische Lithiasis besteht (d.h. auch beim Gastric Banding). Bei malabsorptiven Eingriffen («distaler» Magenbypass, biliopankreatische Diversion) ist die prophylaktische Cholezystektomie auch ohne vorhandene Gallensteine zu empfehlen, da bis zu 50% der Patienten im Verlauf Gallensteine entwickeln, die nicht selten von Komplikationen begleitet werden [5].

### Fazit

Zusammenfassend ist die laparoskopische Cholezystektomie heutzutage als risikoarmer Eingriff mit geringer Morbidität und kaum vorhandener Mortalität zu bezeichnen. Wir sind der Meinung, dass bei Patienten mit atypischen Beschwerden und nachgewiesenen Gallensteinen die Indikation zur Cholezystektomie grosszügig gestellt werden soll. Bei malabsorptiven bariatrischen Eingriffen ist die prophylaktische Cholezystektomie zu empfehlen.

### Literatur

- 1 Wölnerhanssen B, Ackermann C, Guenin MO, Kern B, Tondelli P, von Flüe M, Peterli R. Zwölf Jahre laparoskopische Cholezystektomie. Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung von 4498 an einer Klinik durchgeführten Cholezystektomien. *Chirurg* 2005;76:263-9.

Korrespondenz:  
Dr. med. Ralph Peterli  
Leitender Arzt  
Allgemeinchirurgische Abteilung  
St. Claraspital  
Kleinriehenstrasse 30  
CH-4016 Basel  
Tel. 061 685 85 85

- 2 Peterli R, Merki L, Schuppisser JP, Ackermann C, Herzog U, Tondelli P. Postcholezystektomiebeschwerden ein Jahr nach laparoskopischer Cholezystektomie. Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung von 253 Patienten. *Chirurg* 1998; 69:55-60.
- 3 McSherry CK, Ferstenberg H, Calhoun WF, Lahmann E, Virsup M. The natural history of diagnosed gallstone disease in symptomatic and asymptomatic patients. *Ann Surg* 1985; 202:59-63.
- 4 Haldestam I, Enell EL, Kullman E, Borch K. Development of symptoms and complications in individuals with asymptomatic gallstones. *Br J Surg* 2004;91:734-8.
- 5 Oria H. Gallbladder disease in obesity and during weight loss. In: Deitel M, Cowan G (editors). *Update. Surgery for the morbidly obese patient*. Toronto: FD-Communication; 2000: 451-80.

Marcello Orlandi,  
Werner Inauen

## Replik

Wir danken den Kollegen Wölnerhanssen und Peterli für die Rückmeldung zu unserem Artikel. Gerne nehmen wir zu den drei angesprochenen Punkten auch aus unserer Sicht Stellung.

### Zu Punkt 1: Sind Morbidität und Mortalität der Cholezystektomie geringer als in unserem Artikel dargestellt?

In grossen Multizenterstudien wurde gezeigt, dass trotz zunehmender Routine und technischer Fortschritte die perioperative Mortalität nach laparoskopischer Cholezystektomie etwa 0,1-0,4% beträgt, bei offener Cholezystektomie sogar etwa 2% [1, 2]. Der Nachweis einer Mortalität von 0% in der kürzlich publizierten Arbeit von Wölnerhanssen et al. [3] ist erfreulich und bemerkenswert und dokumentiert ein hervorragendes Management auf allen Stufen. Die Resultate dieser Unizenterstudie stehen aber vorderhand im Widerspruch zu den grossen nationalen und internationalen Multizenterstudien. Ähnliches gilt für die perioperative Morbidität, welche gemäss grossen Multizenteruntersuchungen bei bis zu 10% lag. Gesamtschweizerisch gesehen, verursacht die Cholezystektomie immer noch eine relevante Morbidität und Mortalität, so dass unseres Erachtens trotz der von Wölnerhanssen et al. dargestellten Verbesserungen die Indikation für eine Cholezystektomie noch immer ausschliesslich nach klaren Kriterien gestellt werden sollte.

### Zu Punkt 2: Soll die Indikation zur Cholezystektomie bei atypischen Beschwerden grosszügiger gestellt werden?

Die Durchführung einer Cholezystektomie bei Patienten mit atypischen Beschwerden oder Dyspepsie ist äusserst umstritten. Wölnerhanssen und Peterli begründen eine Cholezystektomie bei Patienten mit atypischen Beschwerden damit, dass eine abwartende Haltung wegen des Risikos von biliären Komplikationen «waiting for troubles» bedeuten könnte. Grosse epidemiologische Studien aus den USA und Italien haben aber gezeigt, dass es bei Patienten mit asymptomatischen Gallensteinen äusserst selten direkt zu biliären Komplika-

tionen kommt. Die meisten Patienten entwickeln zuerst biliäre Koliken. Deshalb ist die Haltung ebenso vertretbar, bei asymptomatischen Gallensteinträgern den weiteren Verlauf abzuwarten und damit den Patienten nicht zu gefährden. Etwas überspitzt könnte man eine zu grosszügige Indikation zur Cholezystektomie mit «looking for trouble» bezeichnen.

In der zitierten Arbeit von Peterli et al. [4] zeigten 64% der Patienten mit atypischen Beschwerden ein Jahr postoperativ eine vollständige Beschwerdefreiheit nach Cholezystektomie. Diese Resultate stehen im Widerspruch zu den meisten anderen Untersuchungen, welche keine signifikante Besserung der dyspeptischen Symptome nach einer Cholezystektomie konstatieren konnten [5-7]. Die abweichenden Resultate könnten damit erklärt werden, dass Patienten mit Dyspepsie auf die meisten Therapien vorübergehend ansprechen und die Dyspepsie in der Regel einen fluktuierenden Spontanverlauf mit unterschiedlicher Ausprägung der Symptome zeigt. Da dyspeptische Beschwerden ohne Nachweis von Gallensteinen häufig sind (Prävalenz bis zu 15%), befürchten wir neben hohen Kosten auch eine deutliche Zunahme des «Postcholezystektomiesyndroms», wenn aufgrund einer Dyspepsie die Indikation zur Cholezystektomie gestellt wird.

### Zu Punkt 3: Ist die Indikation zur prophylaktischen Cholezystektomie bei malabsorptiven bariatrischen Eingriffen gegeben?

Wie in unserem Artikel dargelegt (Tab. 1), ist aufgrund der vorliegenden Daten eine prophylaktische Cholezystektomie bei bariatrischen Eingriffen gegeben. In diesem Punkt sind wir also gleicher Meinung wie unsere Basler Kollegen.

## Literatur

- 1 Z'Graggen K, Wehrli H, Metzger A, Buehler M, Frei E, Klaiber C. Complications of laparoscopic cholecystectomy in Switzerland. A prospective 3-year study of 10174 patients. *Surg Endos* 1998;12:1303-10.
- 2 McMahon AJ, Fischbacher CM, Frame SH, MacLeod CM. Impact of laparoscopic cholecystectomy. A population-based study. *Lancet* 2000;356:1632-7.
- 3 Wölnerhanssen B, Ackermann C, Guenin MO, Kern B, Tondelli P, von Flüe M, et al. Zwölf Jahre laparoskopische Cholezystektomie. Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung von 4498 an einer Klinik durchgeführten Cholezystektomien. *Chirurg* 2005;76:263-9.
- 4 Peterli R, Merki L, Schuppisser JP, Ackermann C, Herzog U, Tondelli P. Postcholezystektomiebeschwerden ein Jahr nach laparoskopischer Cholezystektomie. Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung von 253 Patienten. *Chirurg* 1998;69:55-60.
- 5 Kraag N, Thijs C, Knipschild P. A meta-analysis of epidemiologic studies of biliary pain, dyspeptic symptoms and food intolerance. *Scand J Gastroenterol* 1995;30:411-21.
- 6 Weinert CR, Arnett D, Jacobs D Jr, Kane RL. Relationship between persistence of abdominal symptoms and successful outcome after cholecystectomy. *Arch Int Med* 2000;160: 989-95.
- 7 Luman W, Adams WH, Nixon SN, McIntyre IM, Hamer-Hodges D, Wilson G, et al. Incidence of persistent symptoms after laparoscopic cholecystectomy. A prospective study. *Gut* 1996;39:863-6.

Korrespondenz:  
Dr. med. Marcello Orlandi  
PD Dr. med. Werner Inauen  
GastroenterologieZentrum  
Bürgerspital  
Schöngrünstrasse 42  
CH-4500 Solothurn  
Tel. 062 627 31 21