

Ileus bei sonographisch nicht darstellbarer Gallenblase

Andreas Bärlocher^a, Thomas Langenegger^b, Heinz Itin^a

Spital Flawil

^a Chirurgie, ^b Medizin

Summary

Small bowel obstruction with a missing gallbladder

We report the case of a 75-year-old female patient with small bowel obstruction due to a gallstone. The diagnosis was established by abdominal sonography, which showed an ectopic stone obstructing the small bowel and absence of a gallbladder. CT scan confirmed the diagnosis and laparotomy with enterolithotomy was performed. Current diagnosis and treatment are discussed.

Fallschilderung

Eine 75jährige Patientin wurde notfallmässig zugewiesen bei seit dem Vortag bestehendem Druckgefühl im linken Oberbauch, welches sich im Verlauf zunehmend in den linken Unterbauch verlagert hatte und mit Episoden von krampfartigen Schmerzen einherging. Die Patientin musste mehrmals erbrechen – anfangs Nahrungsreste und im Verlauf nur noch dunklen, klaren Schleim. Es bestanden weder Diarrhoe noch Fieber.

An Medikamenten nahm die Patientin regelmässig einen Betablocker bei arterieller Hypertonie ein. Die übrige Anamnese war abgesehen von einer Varizenoperation und einer Bursektomie unauffällig. Die Patientin hatte noch nie einen intraabdominalen chirurgischen Eingriff, insbesondere hatte sie bisher keine Cholezystektomie. Die Patientin war bei Eintritt in einem reduzierten Allgemeinzustand. Das Abdomen wies einen diffusen Peritonismus mit Abwehrspannung und Druckdolenz über allen vier Quadranten auf. Die Darmgeräusche waren nur spärlich vorhanden und nicht hochgestellt. Im übrigen Status war lediglich eine Hypertonie mit 180/100 mm Hg auffällig. Die aurikulär gemessene Körpertemperatur betrug 37,3 °C.

Im Labor waren die Entzündungszeichen mit einer Leukozytose von 17,8 G/L und einem CRP von 18,5 mg/L erhöht. Das konventionelle Thoraxröntgenbild zeigte ausser einer plattenatelektatisch-narbigen Unterlappenläsion basal links und einer leichten Aortensklerose keine pathologischen Befunde. In der konventionellen Abdomenübersichtsaufnahme fanden sich weder Luftflüssigkeitsspiegel noch dilatierte Dünndarmschlingen. Die Beurteilung im weiteren Verlauf durch einen Radiologen ergab zusätzlich den Verdacht auf eine Aerobilie.

In der Abdomensonographie am Eintrittstag war bei nur mässig guten Schallbedingungen die Gallenblase nicht sicher darstellbar (Abb. 1 ). Die intrahepatischen Gallenwege waren normal

weit, der Ductus hepatocholedochus war mit 4,7 mm nicht dilatiert. Entlang des Kolonrahmens zeigten sich echoarme und verdickte Darmschlingen, welche am ehesten im Rahmen einer distalen Kolitis oder Divertikulitis interpretiert wurden.

Unter initial konservativer Therapie mit Nahrungskarenz und antibiotischer Therapie mit Amoxicillin/Clavulansäure und Metronidazol wurden am zweiten Hospitalisationstag die Entzündungswerte bei Schmerzpersistenz nachkontrolliert. Die Leukozytose war leicht regredient von 17,8 auf 14,7 G/L. Das CRP wies einen Anstieg von 18,5 auf 142,5 mg/L auf.

In der Verlaufssonographie war die Gallenblase weiterhin nicht sicher abgrenzbar. Die Patientin wies neu im linken Hemiabdomen flüssigkeitsgefüllte, leicht dilatierte Dünndarmschlingen auf, welche gut in ihrem Verlauf verfolgt werden konnten. Am Übergang von den dilatierten Dünndarmschlingen zum normalen Echomuster von nicht dilatierten Dünndarmschlingen fand sich ein 3,7 cm im Durchmesser grosses, echodichtes und schallschattenbildendes, rundliches Konkrement (Abb. 2 ).

Es wurde die Verdachtsdiagnose eines Gallensteinileus gestellt.

Die im Anschluss daran durchgeführte abdominale Computertomographie bestätigte diese Diagnose durch Nachweis einer Aerobilie, von gastrointestinalem Kontrastmittel in der Gallenblase, entzündlichen Veränderungen im Gallenblasenbett und eines 3,5 cm im Durchmesser grossen, nicht verkalkten möglichen Gallenkonkrementes im Bereich des Kalibersprungs des Dünndarms.

Am dritten Hospitalisationstag wurde eine Laparotomie durchgeführt. Im Ileum fand sich 10 cm vor der Bauhin-Klappe ein hühnereigrosses Konkrement. Es erfolgte die Enterotomie mit Entfer-



Abbildung 1

Gallenblasenbett ohne sicher abgrenzbare Gallenblase.



Abbildung 2
Echoreiches, schallschattenbildendes Konkrement im dilatierten und flüssigkeitsgefüllten Dünndarmlumen.



Abbildung 3
CT des Oberbauches mit Nachweis einer Aerobilie.

nung des Gallenkonkrementes. Auf eine Cholezystektomie wurde bei nur schwer mobilisierbarem entzündlichem Konglomerat zwischen Leber, Gallenblase und Duodenum verzichtet. Der postoperative Verlauf gestaltete sich problemlos.

Diskussion

Der Gallensteinileus ist in der Allgemeinbevölkerung selten (1–3% aller Ileusfälle) [1]. Die Patienten sind durchschnittlich 74 Jahre alt und überwiegend Frauen (80%) [2]. Bei Patienten über 65 Jahre findet sich in bis zu 25% ein Gallenstein als Ursache einer Dünndarmobstruktion. Die Mortalität des Gallensteinileus ist nicht unerheblich. Die Angaben in der Literatur liegen meist zwischen 5 und 25%.

Literatur

- 1 Kirchmayr W, Muhlmann G, Zitt M, Bodner J, Weiss H, Klaus A. Gallstone ileus: rare and still controversial. *ANZ J Surg.* 2005;75(4):234–8.
- 2 Tan YM, Wong WK, Ooi LLPJ. A Comparison of two surgical strategies for the emergency treatment of gallstone ileus. *Singapore Med J.* 2004;45(2):69–72.
- 3 Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M, Pinot A, Gatta G, Mazzeo R. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. *Eur J Radiol.* 2004;50(1):23–9.

In der bildgebenden Diagnostik sind mehrere charakteristische Befunde für einen Gallensteinileus bekannt [3]. Die Rigler-Trias fassen die Befunde zusammen: Ileus mit Nachweis von dilatierten Dünndarmschlingen und Luftflüssigkeitsspiegeln, Nachweis eines ektopen Gallensteins und einer Aerobilie als Folge der cholezystoenterischen Fistel. In der abdominellen Computertomographie findet sich bei einem Gallensteinileus in bis zu 78% der Fälle die Rigler-Trias (Abdomenübersichtsaufnahme 9–15%, Ultraschall in 11–69%) [3, 4]. Die Sensitivität und Spezifität der abdominellen Computertomographie werden mit 93 bzw. 100% angegeben [5]. In vorliegendem Fall wurde erst in der Verlaufssonographie aufgrund des Dünndarmileus mit Nachweis des ektopen Konkrementes und nicht gut abgrenzbarer Gallenblase die richtige Verdachtsdiagnose gestellt. Die bei Eintritt nachweisbaren, pathologisch veränderten Dünndarmschlingen entlang des Kolonrahmens wurden initial als Kolitis/Divertikulitis fehlinterpretiert.

Bei der Therapie gibt es eine Kontroverse zwischen Enterolithotomie alleine oder Enterolithotomie kombiniert mit einer gleichzeitigen Cholezystektomie und Revision der Fistel [1, 2]. Die alleinige Enterolithotomie hat den Vorteil einer kürzeren und einfacheren Operation mit geringerer perioperativer Mortalität und Morbidität. Die nicht revidierte Fistel birgt aber ein, in der Literatur unterschiedlich eingeschätztes Risiko von ascendierenden Cholangitiden. Die Cholezystektomie mit Revision der Gallenblase ist für die häufig polymorbiden Patienten belastend und kann bei ausgeprägten entzündlichen Gewebeveränderungen im Bereich der Gallenblase zur erneuten Fistelbildung mit entsprechender Morbidität führen.

Schlussfolgerung

Der Gallensteinileus ist ein seltenes Ereignis, sollte aber bei der Differentialdiagnose eines obstruktiven Dünndarmileus bei älteren Patientinnen berücksichtigt werden. Die Diagnose kann sonographisch gestellt werden, die Computertomographie ist jedoch sensitiver und spezifischer. Die Therapie muss dem Patienten und den entzündlichen Veränderungen der cholezystoenteralen Fistel angepasst werden.

Korrespondenz:
Dr. med. Heinz Itin
Chirurgie
Spital Flawil
CH-9230 Flawil
heinz.itin@kssg.ch

- 4 Ripolles T, Miguel-Dasit A, Errando J, Morote V, Gomez-Abril SA, Richart J. Gallstone ileus: increased diagnostic sensitivity by combining plain films and ultrasound. *Abdom Imaging.* 2001;26(4):401–5.
- 5 Yu CY, Lin CC, Shyu RY, Hsieh CB, Wu HS, Tyan YS, et al. Value of CT in the diagnosis and management of gallstone ileus. *World J Gastroenterol.* 2005;11(14):2142–7.