

Cholezysto-duodenale Fistel einmal anders

Fabian Hauswirth, Philipp Meyer, Annelies Schnider, Urs Metzger

Chirurgische Kliniken, Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefässchirurgie, Stadtspital Triemli, Zürich

Anamnese

Wir berichten über den Fall einer 64-jährigen Patientin, die sich mit plötzlich aufgetretenen Oberbauchschmerzen und Nausea mit Präsynkope auf der Notfallstation vorstellte. In der persönlichen Anamnese waren bei der Patientin keine abdominalen Voroperationen bekannt. Sie nahm Azetylsalizylsäure 100 mg und einen Protonenpumpen-Inhibitor ein. Dazu wegen chronischer Schmerzen bei Spinalkanalstenose Tramadol 200 mg 1-0-0 und ein transdermales Opioid-Pflaster (Buprenorphin).

Untersuchungsergebnisse

Im klinischen Untersuchung fand sich eine deutliche Druckschmerzhaftigkeit im rechten Oberbauch ohne Peritonismus. Laborchemisch waren die Cholestaseparameter deutlich erhöht: Bilirubin 78 $\mu\text{mol/l}$, alkalische Phosphatase 426 U/l, ASAT 78 U/l, ALAT 140 U/l, γGT 212 U/l. Das CRP war mit 85 mg/l ebenfalls erhöht und die Leukozyten mit 7,7 G/l normwertig. Zudem bestand eine normochrome normozytäre Anämie von 9,6 g/dl. Die Computertomographie des Abdomens zeigte eine intra- und extrahepatische Cholestase mit intraluminal teilweise erhöhten Dichtewerten sowie erhöhter Dichte der Gallenblase. Die Veränderungen waren am ehesten im Rahmen einer Obstruktion durch Gries oder Konkrementen bedingt (Abb. 1 ).

Therapie und Verlauf

Bei Verdacht auf eine Cholangitis wurde eine Antibiose mit Ceftriaxon 2 g 1-mal täglich und Metronidazol 500 mg 3-mal täglich begonnen.

Im Verlauf zeigte sich eine Zunahme des CRP-Wertes auf 174 mg/l, die Leberparameter waren regredient. Trotz Gabe von zwei Erythrozyten-Konzentraten kam es innert zweier Tage zu einem Abfall des Hämoglobins von 9,6 g/dl auf 8,1 g/dl.

Die daraufhin durchgeführte Gastroskopie zeigte eine arterielle Blutung im proximalen Bulbus duodeni bei wahrscheinlichem Ulcus duodeni, welches mit Adrenalin unterspritzt werden kann.

Bei der erneuten Durchsicht der Computertomographie wurde wenig freie Luft zwischen Gallenblase und Duodenum bemerkt, welche bis anhin nicht detektiert wurde. Somit bestand der hochgradige Verdacht einer Perforation in diesem Bereich (Abb. 2 .

Aufgrund der arteriellen Blutung und Kreislaufinstabilität wurde die Patientin notfallmässig laparotomiert. Intraoperativ zeigt sich eine cholezysto-duodenale Fistel bei Ulcus duodeni mit schockierender Blutung der Arteria cystica ins Duodenum hinein und eine extrahepatische Cholestase, verursacht durch die Koagel im Ductus choledochus. Die A. cystica wurde umstochen und eine Cholezystektomie durchgeführt. Mittels Choledochusrevision konnten sämtliche Koagel extrahiert werden, und die T-Drain-Cholangiographie bestätigte einen freien Abfluss ins Duodenum (ohne Steinnachweis). Das Ulcus wurde mittels Pyloroplastik nach Heineke-Mikulicz versorgt.

Die Patientin wurde postoperativ auf der Intensivstation überwacht, der Hämatokrit blieb stabil. Der in den präoperativen Blutkulturen nachgewiesene E. coli war mit 2 g Ceftriaxon und 500 mg Metronidazol resistenzgerecht abgedeckt, einen Candida albicans behandelten wir mit 200 mg Fluconazol. Der intraoperative Helicobacter-pylori-Test fiel negativ aus. Am fünften postoperativen Tag erfolgte erneut eine Cholangiographie über den liegenden T-Drain. Bei gutem Abfluss konnte die Drainage aber gezogen werden. Da eine gallige Sekretion aus der Wunde persistierte, wurde eine ERCP durchgeführt, bei der ein kleines Gallenleck im Ductus choledochus festgestellt wurde. Es erfolgte die Einlage eines 10-French-Doppel-Pigtailkatheters, welcher nach 2 Monaten ambulant entfernt wurde.

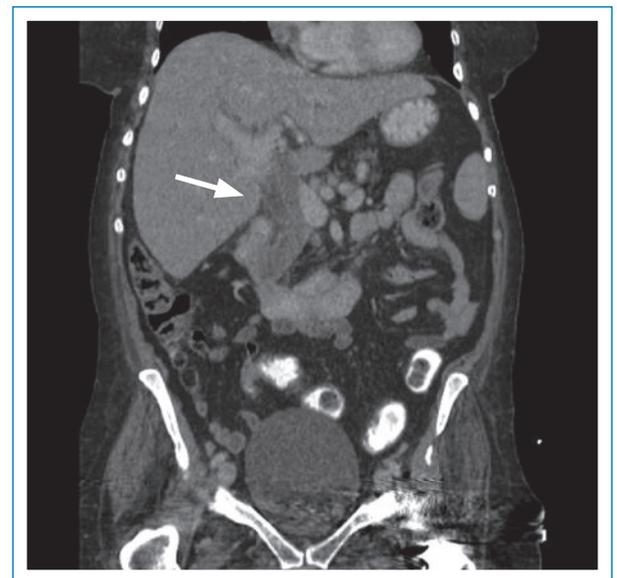


Abbildung 1

Intra- und extrahepatische Cholestase (Pfeil) mit Verdacht auf Obstruktion der Gallenwege durch Gries oder Konkrementen.

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag haben.



Abbildung 2
Kleine Menge freier Luft (Pfeil) zwischen Gallenblase und Duodenum, Verdacht einer cholezysto-duodenalen Fistel.

Diagnose

Cholezysto-duodenale Fistel bei Ulcus duodeni mit schockierender Blutung der Arteria cystica und extrahepatischer Cholestase durch Koagel im Ductus choledochus.

Diskussion

Bei der Durchsicht der Literatur finden sich diverse Fallberichte zu cholezysto-duodenalen Fisteln mit schockierenden Blutungen aus der A. cystica [1, 2]. Es

konnte aber kein Bericht gefunden werden, bei dem die Blutung gleichzeitig eine Cholestase verursachte.

Unter den biliodigestiven Fisteln (Inzidenz unter 1%) ist die cholezysto-duodenale (68%) die häufigste, gefolgt von der cholezysto-colischen (13,6%), den choledochoduodenalen (8,6%) und cholezysto-gastrischen (4,9%) Fisteln. Hauptursache ist die rezidivierende oder schwere Cholezystitis bei Cholezystolithiasis, welche den Darm penetriert, Hauptkomplikation ist der Gallensteinileus. Die chirurgische Therapie, ein- oder zweizeitig, ist der Standard [3].

In unserem Fall war jedoch ein Ulcus ursächlich für die Fistel ohne Nachweis einer Cholezystolithiasis. Eine Komplikation des Ulcus duodeni ist die Penetration in den Ductus choledochus, seltener in die Gallenblase [4]. An die cholezysto-duodenale Fistel sollte als seltene Komplikation der Cholezystitis oder des perforierten Ulcus duodeni gedacht werden.

Korrespondenz:

Dr. med. Fabian Hauswirth
Chirurgische Kliniken
Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie
Stadtspital Triemli
Birmensdorferstrasse 497
CH-8063 Zürich
fabian.hauswirth@triemli.stzh.ch

Literatur

- 1 Britt RC, Collins JN, Cole FJ, Weireter LJ, Britt LD. Duodenal ulceration into the cystic artery with resultant massive hemorrhage. *Am Surg.* 2004 Nov;70(11):999-1001.
- 2 Changku J, Shaohua S, Zhicheng Z, Shusen Z. Upper gastric tract bleeding due to cholecystoduodenal fistula: a case report. *Hepatogastroenterology.* 2005 Sep-Oct;52(65):1372-4.
- 3 Stagnitti F, Mongardini M, Schillaci F, Dall'Olio D, De Pascalis M, Natalini E. Spontaneous biliodigestive fistulae. The clinical considerations, surgical treatment and complications. *G Chir.* 2000;21:110-7.
- 4 Amar A, Ribeyre D, Lombard F, Yonneau L, Egarnes M, Valyi L et al. Choledochoduodenal fistula: an unusual complication of duodenal ulcer. *Gastroenterol Clin Biol.* 1996;20:394-6.