

# Sludge or no sludge?

Lorenzo Rösner<sup>a</sup>, John Zerega<sup>a</sup>, Paola Rodoni-Cassis<sup>b</sup>, Brenno Balestra<sup>a</sup>

Ospedale della Beata Vergine, Mendrisio

<sup>a</sup> Servizio di medicina interna

<sup>b</sup> Servizio di radiologia

## Fallbericht

Ein 46-jähriger Patient stellte sich mit akut aufgetretenen Oberbauchschmerzen und nächtlichem Pruritus auf unserer Notfallstation vor. Klinisch zeigte sich ein anikterischer Patient mit leichter Druckdolenz im rechten Oberbauch. Laborchemisch fand sich eine Erhöhung der Lebertransaminasen mit Cholestase (Maximalwerte: Bilirubin 149,4  $\mu\text{mol/l}$ , Bilirubin direkt 89,4  $\mu\text{mol/l}$ , alkalische Phosphatase 239 U/l, Gamma-GT 279 U/l, ASAT 209 U/l, ALAT 485 U/l) bei normwertigen Entzündungsparametern und ohne Anämie oder Eosinophilie. In der Abdomensonographie (Abb. 1) sah man membranartige Ablagerungen in der Gallenblase ohne Dilatation der Gallenwege, welche als «Sludge» interpretiert wurden. Bei spontaner Regredienz der Klinik und Laborwerte wurden die geschilderten Beschwerden als Gallenkolik bei Mikrolithiasis beurteilt und der Patient mit De-ursil® (Ursodeoxycholsäure) nach Hause entlassen.

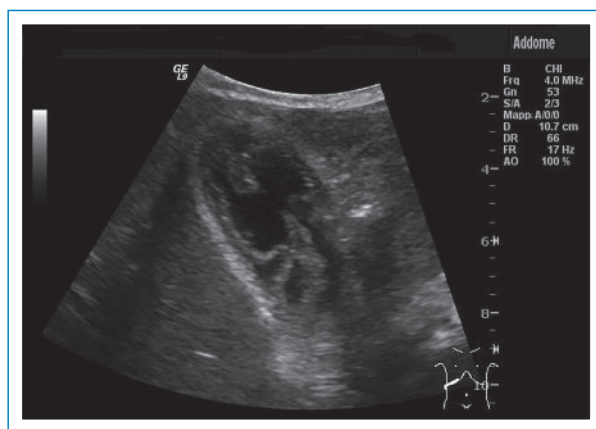


Abbildung 1

Ablagerungen (Sludge?) in der Gallenblase (Ultraschall).

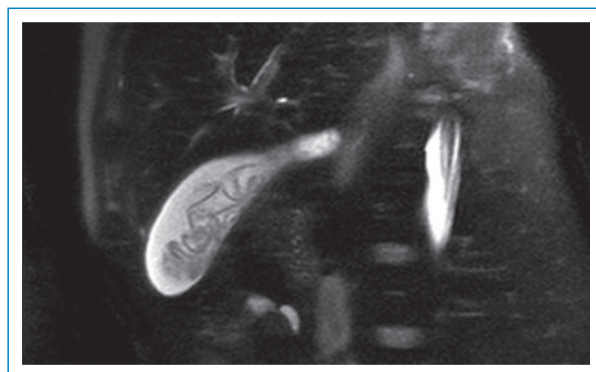


Abbildung 2

Fadenförmige Strukturen (Würmer?) in der Gallenblase (Cholangio-MR).

Eine Woche später erfolgte die Wiedereinweisung bei ähnlicher klinischer Symptomatik und erneuter Cholestase mit Transaminasenerhöhung. Auf Grund der durchgeführten Cholangio-MR (Abb. 2) und eines anamnestisch ermittelten Aufenthalts in Kenia drei Monate zuvor wurde der Verdacht auf eine biliäre Parasitose geäußert [1, 2]. In den wiederholten Stuhlproben (insgesamt 6 Stück, SAF-fixiert, kein Frischstuhl) blieb jedoch jeglicher Nachweis von Helminthen, Protozoen und deren Eier aus. Ebenso fielen die Serologien (ELISA) für *Ascaris*, *Fasciola hepaticus*, *Strongyloides*, Trichinen, Toxokarose, Bilharziose und Filariose negativ aus.

Nach Rücksprache mit dem Tropeninstitut Basel kamen differentialdiagnostisch am ehesten *Ascaris lumbricoides*, in zweiter Linie *Strongyloides* oder *Ankylostoma* in Betracht. Dies trotz negativer Serologie und Stuhlproben, da bei geringem Wurmbefall die Eier den Stuhluntersuchungen entgehen können, wobei die Sensitivität bei Frischstuhluntersuchungen höher ist. Zudem erfassen die üblichen serologischen Tests in erster Linie Gewebshelminthen und nicht Darmhelminthen.

Sonographisch wurde eine intraduktale Helminthenlokalisierung ausgeschlossen, dies zur Vermeidung einer Wurmparalyse mit konsekutiver Obstruktion der abführenden Gallenwege unter Antihelminthikatherapie. Darauf erfolgte die empirische Therapie mit Vermox® 200 mg (Mebendazol; ausschliesslich effektiv für die Behandlung von *Ascaris lumbricoides* und *Ankylostoma*) über 3 Tage mit Wiederholung des Therapieschemas nach 2 Wochen. Der Verlauf war erfreulich, und der Patient blieb beschwerdefrei.

Aus biliärem Sludge bilden sich meist Steine, selten einmal auch Würmer!

## Verdankung

Wir danken PD Dr. med. J. Blum vom Tropeninstitut Basel für seine konsiliarische Mithilfe zur Lösung des vorliegenden Falles.

## Korrespondenz:

Dr. med. Brenno Balestra  
Chefarzt Innere Medizin  
Ospedale Beata Vergine  
CH-6850 Mendrisio  
[brenno.balestra@eoc.ch](mailto:brenno.balestra@eoc.ch)

## Literatur

- 1 Reeder MM. The radiological and ultrasound evaluation of ascariasis of the gastrointestinal, biliary and respiratory tracts. *Semin Roentgenol.* 1998;33(1):57–78.
- 2 Wu S. Sonographic findings of *ascaris lumbricoides* in the gastrointestinal and biliary tracts. *Ultrasound Q.* 2009;25:207–9.

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