

# Cholezystitis nach Cholezystektomie

Julia Franke<sup>a</sup>, Tobias Hertle<sup>b</sup>, Peter Nussbaumer<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Chirurgische Kliniken, Klinik für Visceral-, Thorax- und Gefässchirurgie, Stadtspital Triemli, Zürich

<sup>b</sup> Institut für Radiologie, Spital Lachen

<sup>c</sup> Klinik für Visceral-, Gefäss- und Thoraxchirurgie, Spital Lachen

## Schlüsselwörter

Cholezystitis – Cholezystolithiasis – Cholezystektomie – Rest-Cholezystektomie

## Zusammenfassung

Der folgende Fallbericht beschreibt typische Symptome einer Cholezystitis bei Cholezystolithiasis, obwohl der betroffene Patient sich fünf Jahre zuvor bereits einer Cholezystektomie unterzogen hatte. Insbesondere die nachfolgende Diagnostik spielt eine entscheidende Rolle für die korrekte Diagnosestellung und das weitere therapeutische Vorgehen. Bei Vorliegen einer Restgallenblase ist in den meisten Fällen eine erneute Operation notwendig, wobei auf eine sorgfältige und vollständige Präparation der wichtigen anatomischen Strukturen (Calot-Dreieck) zu achten ist.

Bei der Durchsicht der Literatur finden sich diverse Fallberichte über erneut auftretende Beschwerden im Sinne einer Cholezystolithiasis oder Cholestase, seltener einer Pankreatitis biliärer Genese oder Cholezystitis nach partieller Cholezystektomie [1].

Eine subtotale Cholezystektomie kann in schwierigen Fällen indiziert sein, um die intraoperative Sicherheit zu erhöhen beziehungsweise um Gallengangs- und/oder Gefässverletzungen zu vermeiden. Gelegentlich führt dies im weiteren Verlauf erneut zu Symptomen und Komplikationen wie präoperativ bzw. bei nicht-operierten Patienten. Eine erneute Behandlung, gegebenenfalls eine Operation, ist in diesen Fällen erforderlich [2]. In jedem Fall sollten Patienten mit partieller Cholezystektomie in klinische Verlaufskontrollen eingebunden werden.

## Fallbeschreibung

### Anamnese

Die notfallmässige Vorstellung des 58-jährigen Patienten erfolgte aufgrund wiederholt bestehender, kolikartiger Oberbauchschmerzen mit gürtelförmiger Ausstrahlung bis in den Rücken. Zudem bestanden Nausea und einmaliges Erbrechen. Fieber und Schüttelfrost wurden verneint, Stuhl- und Miktionsanamnese waren ebenfalls unauffällig. Diese Episode war die dritte mit ähnlicher Symptomatik innerhalb von zwei Jahren. Bei den vergangenen Episoden führte eine analgetische Therapie stets zur Besserung und zum Sistieren der Beschwerden. In der persönlichen Anamnese fand sich ein Status



nach auswärtiger, offen konvertierter Cholezystektomie im November 2008 mit Revisionslaparotomie bei Nachblutung postoperativ. Im weiteren Verlauf trat ein Galleleck auf, welches mittels ERCP (endoskopisch retrograder Cholangiopankreatikographie) und Stenteinlage behandelt wurde. Bei persistierenden Beschwerden erfolgten regelmässige, ambulante Verlaufskontrollen, bei denen wiederholt sonographisch eine grössenstationäre Flüssigkeitskolektion im Gallenblasenbett beschrieben wurde.

### Status

Bei Eintritt präsentierte sich der Patient in schmerzbedingt reduziertem Allgemeinzustand, kreislaufstabil und afebril. Klinisch fand sich ein weiches Abdomen mit deutlicher Druckdolenz im rechten Oberbauch mit positivem Murphy-Zeichen ohne Peritonitis.

### Befunde

Laborchemisch zeigten sich bis auf eine Hypokaliämie von 3,0 mmol/l keine Auffälligkeiten. Insbesondere waren die Entzündungswerte normal.

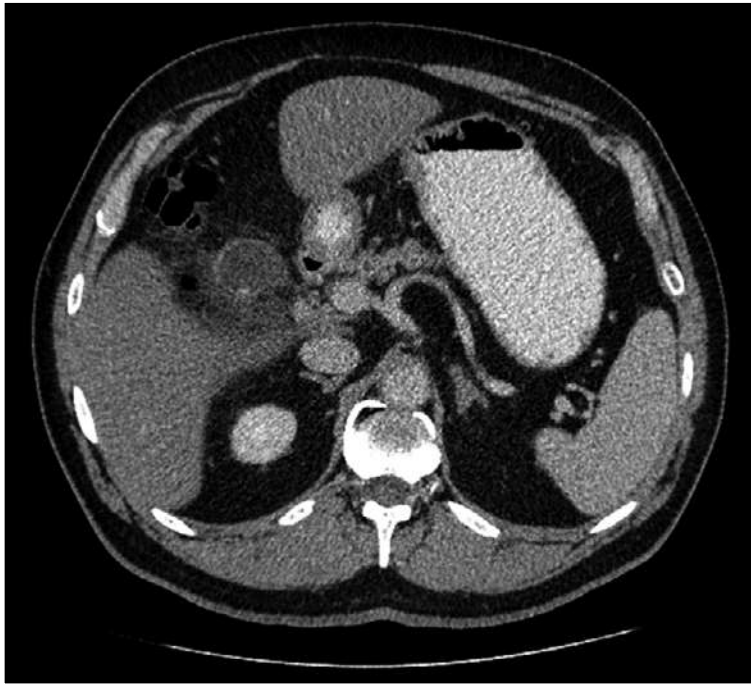
Im Computertomogramm des Abdomens liessen sich eine Cholezystolithiasis in einer Restgallenblase sowie eine Cholezystitis mit entzündlicher Beteiligung des Mesocolon transversum bzw. der rechten Flexur nachweisen (Abb. 1 ). Das MRCP (Magnetresonananz-Cholangiopankreatikogramm) zeigt neben Steinen und Sludge in der Restgallenblase mit begleitender Entzündung keine Verbindung zwischen Ductus cysticus und Ductus choledochus (Abb. 2 .

### Therapie

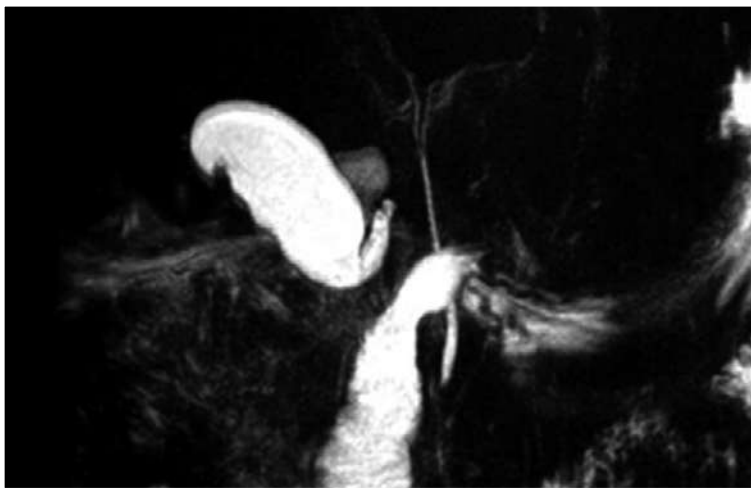
Es wurde eine antibiotische Therapie mit Ceftriaxon 1× 2 g tgl. i.v. begonnen. Im Verlauf besserten sich die Beschwerden. Zusätzlich konnte in Laborkontrollen eine Regredienz der zwischenzeitlich aufgetretenen Erhöhung der Entzündungsparameter dargestellt werden (CRP-Anstieg auf 188 mg/l am 5. Tag der Hospitalisation sowie unter antibiotischer Therapie CRP-Rückgang auf 28 mg/l am 9. Tag). Insgesamt wurde die Therapie für zwölf Tage durchgeführt.

Nach einem Intervall von sechs Wochen wurde der Patient zur elektiven Rest-Cholezystektomie erneut hospitalisiert. Der Eingriff konnte trotz ausgedehnter intraoperativer Verwachsungen im rechten Oberbauch erfolgreich laparoskopisch durchgeführt werden. Nach initial unkompliziertem, perioperativem Verlauf kam es zu einer transfusionsbedürftigen Nachblutung im Operationsgebiet. Ausserdem wurde am 19. postoperativen Tag eine CT-gesteuerte Punktion und Drainage des intra-

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.



**Abbildung 1**  
Computertomographie des Abdomens: Cholezystitis mit entzündlicher Beteiligung des Mesocolon transversum.



**Abbildung 2**  
Kein Verbindungsnachweis zwischen Ductus cysticus und Ductus choledochus in der MRCP.

abdominellen Hämatoms durchgeführt. Die anschließende Genesung des Patienten gestaltete sich komplikationslos. In der klinischen Kontrolle drei Monate postoperativ zeigten sich keine Auffälligkeiten bei einem beschwerdefreien Patienten.

## Diskussion

Im vorgestellten Fall gingen wir aufgrund der Krankengeschichte und Operationsberichten sowie der Anamnese des Patienten zunächst von einer komplett durchgeführten Cholezystektomie aus. Erst die erweiterte, bildgebende Diagnostik führte zur korrekten Diagnose. In jedem Fall muss jedoch bei Auftreten von «postcholecystectomy pain» (Schmerzen nach Cholezystektomie) an einen Gallenblasenrest mit Konkrementen oder einen Gallengangrest gedacht werden [3]. Die Diagnostik kann sich schwierig gestalten, wobei meist Sonographie, Computertomographie, ERCP oder MRCP zielführend sind. Anschliessend ist eine definitive Therapie im Sinne einer Reoperation erforderlich, wobei die Rest-Cholezystektomie sowohl offen wie auch laparoskopisch erfolgen kann [4]. Durch eine gründliche und komplette Präparation und Darstellung der anatomisch relevanten Strukturen (Calot-Dreieck) soll sichergestellt werden, dass kein Rest zurückbleibt, da dieser zur Produktion neuer Konkremeente führen und somit für erneute Beschwerden verantwortlich sein könnte.

## Korrespondenz:

Dr. med. Peter Nussbaumer  
Chefarzt Chirurgie  
Spital Lachen  
Oberdorfstrasse 41  
CH-8853 Lachen  
[peter.nussbaumer\[at\]spital-lachen.ch](mailto:peter.nussbaumer[at]spital-lachen.ch)

## Literatur

- 1 Jayant M, Kaushik R. Presentation and management of gallbladder remnant after partial cholecystectomy. *Trop Gastroenterol.* 2013 Apr-Jun;34(2):99-103.
- 2 Satorras AM, Villanueva L, Vazquez J, Pigni L, Salam AM, Ramos A. Acute cholecystitis secondary to recurrent cholelithiasis after subtotal cholecystectomy. *Cir Esp.* 2005 Jan; 77(1):51-3.
- 3 Walsh RM, Ponsky JL, Dumont J. Retained gallbladder/cystic duct remnant calculi as a cause of postcholecystectomy pain. *Surg Endosc.* 2002 Jun;16(6):981-4.
- 4 Pernice LM, Andreoli F. Laparoscopic treatment of stone recurrence in a gallbladder remnant: report of an additional case and literature review. *J Gastrointest Surg.* 2009 Nov;13(11):2084-91.