

Das Bouveret-Syndrom

Ein steiniger Weg ins Duodenum



Claudia Preissler^a, Matthias Strebel^b, Patrick Aepli^a

Magendarm-Zentrum, Luzerner Kantonsspital, Luzern


^a Abteilung Gastroenterologie/Hepatologie; ^b Chirurgische Klinik

Fallbeschreibung

Eine 84-jährige Patientin wird wegen Nausea, Erbrechen, epigastrischer Schmerzen und Melaena notfallmässig zugewiesen. Der klinische Abdominalbefund war bis auf eher spärliche Darmgeräusche bland. Eine leichte, normochrom-normozytäre Anämie (Hb 112 g/l) war durch eine vorbestehende, dialysepflichtige, chronische Niereninsuffizienz erklärbar.

Unter der Hypothese einer gastroduodenalen Ulkuskrankheit erfolgte direkt eine Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (ÖGD). Sie ergab Zeichen eines Retentionsmagens infolge Verlegung des proximalen Duodenums durch einen mehrere Zentimeter messenden Gallenstein (Abb. 1 ) , welcher endoskopisch nicht mobilisiert werden konnte. Zudem zeigte sich unmittelbar proximal davor eine weit klaffende, cholezystoduodenale Fistelöffnung (Abb. 2 ) . Es wurde die Indikation zur operativen Therapie gestellt.

Intraoperativ zeigte sich ein in der Pars II duodeni impaktierter, 3 × 7 cm grosser Stein. Die Gallenblasenregion war ausgeprägt narbig verändert, die Gallenblase daher nicht sicher abgrenzbar. Aufgrund von Alter und Co-Morbidität beschränkte man sich auf eine Enteroto-

mie mit Steinextraktion, während auf eine Fistelsanierung und Cholezystektomie bewusst verzichtet wurde. Die cholezystoduodenale Fistel konnte von intraluminal her palpirt werden und zeigte sich konkordant zum endoskopischen Bild weit offen. Nach Direktverschluss der Enterotomie gestaltete sich der weitere, postoperative Verlauf problemlos. Der geborgene Stein war gegen 7 cm gross (Abb. 3 ) .

Kommentar

Beim Bouveret-Syndrom (benannt nach dem französischen Arzt Léon Bouveret, 1850–1929) handelt es sich um eine Magenausgangsobstruktion bzw. um einen hohen Gallensteinileus auf Niveau des Duodenums, infolge Migration eines meist sehr grossen Gallenblasensteins durch eine cholezystoduodenale Fistel. Dieses Bild wird hauptsächlich bei älteren, polymorbiden Patientinnen angetroffen und geht mit einer Morbidität und Mortalität von bis zu 30% einher.

Diagnostisch wegweisend sind in der Regel bildgebende Befunde wie Pneumobilie, Magenretentionserscheinungen oder der direkte Steinnachweis im Abdomen-Leer-

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



Abbildung 1
Endoskopische Darstellung des grossen, biliären Konkrements in der Pars II duodeni.

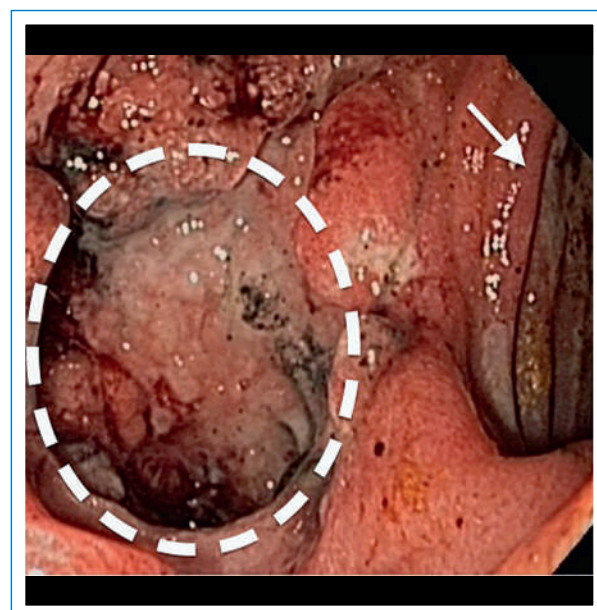


Abbildung 2
Endoskopische Darstellung der cholezystoduodenalen Fistel (gestrichelter Kreis) und durch diese direkter Blick in die Gallenblase. Rechts im Bild (mit Pfeil markiert) Übergang in die Pars II duodeni.



Abbildung 3
Gallenstein nach operativer Entfernung.

bild oder in der CT. Im vorliegenden Fall wurde die Diagnose anhand eines typischen Bildes in der ÖGD gestellt. Therapeutisch ist der Gallensteinileus fast immer nur durch eine Operation zu beheben. Selten wird bei inoperablen Patienten eine endoskopische Therapie in Erwägung gezogen, wobei vorgängig eine Steinertrümmerung mittels ESWL oder Laserlithotrypsie nötig ist.

Korrespondenz:

med. pract. Claudia Preissler
FMH Innere Medizin
Viszerale Chirurgie und Medizin
Inselspital Bern
CH-3010 Bern
[Claudia.Preissler\[at\]insel.ch](mailto:Claudia.Preissler[at]insel.ch)