

# Leserbrief

## Risiko der endoskopischen Therapie unterschätzt?

Leserbrief zu: Rhonheimer L, von der Mark J, Giambarba C, Franckenberg S, Wildi S, Breidert M. Seltene Komplikation einer Cholezystolithiasis. *Swiss Med Forum.* 2021;21(49–50):851–3.

Mit Interesse habe ich den Fallbericht der 70-jährigen Patientin mit Gallensteinileus gelesen.

Ich kann absolut nachvollziehen, welche Schwierigkeiten sich bei der Diagnose und dann bei der Entscheidung der Therapiewahl gestellt haben. Dass aber auch im Nachhinein der Krankheitsverlauf als gradlinig und richtig beurteilt wird, macht mir etwas Mühe. Ich hätte mir eine etwas kritischere Darstellung gewünscht.

Die Autorinnen und Autoren schreiben: «Aufgrund des Alters und der Komorbiditäten der Patientin sowie der hohen Mortalität einer chirurgischen Steinextraktion» habe man sich für eine endoskopische Steinerztrümmerung entschieden. Für die hohe Mortalität wird eine einzige Arbeit zitiert, in der sechs Fälle beschrieben sind. Die endoskopische Therapie erfolgt in Allgemeinanästhesie bei intubierter und beatmeter Patientin, also eine für die betagte Patientin auch belastende Prozedur. Ein grosses Steinfragment, das nicht geborgen werden kann, verursacht nach einer Woche einen zweiten mechanischen Ileus, diesmal im distalen Ileum, der eine zweite Narkose und die chirurgische Steinextraktion notwendig macht.

Klar, hinterher ist man immer gescheiter. Man hat initial, um die Patientin zu schonen, die Endoskopie einer chirurgischen Therapie vorgezogen, war vielleicht aber auch zu stark fasziniert von der raffinierten endoskopischen Maschinerie («elektrohydraulische Lithotripsie»), aber letzten Endes hat die Patientin durch diese Wahl zweimal einen mechanischen Ileus mit allen dazu gehörenden Beschwerden und Befunden durchmachen müssen, was – ich zitiere wieder – «aufgrund des Alters und der Komorbiditäten» sicher nicht optimal war. Wahrscheinlich hätte sich die Patientin mit einer primär chirurgischen Therapie rascher erholt. Hätte eventuell auch die Grösse des Steins eher von einer heroischen, endoskopischen Therapie abhalten können?

*Dr. med. Matthias Koller, Zollikon*

### Disclosure statement

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

## Replik

Herzlichen Dank für das Interesse an unserer Arbeit mit Ihrem Leserbrief [1], der es uns erlaubt, etwas spezifischer auf chirurgische Fragen einzugehen, was bei der begrenzten Verfügbarkeit zur Publikation nicht Ziel unserer Arbeit sein konnte.

Das Bouveret-Syndrom ist eine sehr seltene Komplikation eines Gallensteinileus. Die von uns zitierte Arbeit des Kollegen Gubler vom Universitätsspital Zürich, auf die Sie hinweisen, zeigte eine Serie von sechs Patienten aus den letzten Jahren aus drei Schweizer Zentren [2]. Nicht nur dies dokumentiert die Seltenheit des Falles. Auch aus der weiteren Literatur wird klar: einen Königsweg in der Behandlung des Bouveret-Syndroms gibt es nicht!

In der elektronischen Suchmaschine PubMed finden sich aktuell 432 überwiegend kasuistische Arbeiten (aus den verschiedensten Ländern und Sprachen) unter dem Stichwort «Bouveret Syndrome». Es gibt weder Metaanalysen noch randomisierte, kontrollierte Studien. Bei 43 Reviews finden sich allein 2 systematische Reviews [3, 4].

Aus diesen Arbeiten ergibt sich, dass die endoskopische Behandlung inzwischen zur primären Therapiestrategie geworden ist, um «heroische» chirurgische Therapien mit erhöhter Morbidität und Mortalität zu vermeiden.

Da die Endoskopie sowohl diagnostisch als auch potenziell therapeutisch ist, gehen viele Autorinnen und Autoren dazu über, die Endoskopie als Erstbehandlung einzusetzen [5].

Wenn die Endoskopie nicht erfolgreich ist oder das technische Fachwissen spezieller endoskopischer Verfahren nicht zur Verfügung steht, müssen unter Umständen chirurgische Optionen für die Behandlung von Patienten mit Bouveret-Syndrom in Betracht gezogen werden. Ein üblicher chirurgischer Ansatz besteht in einer offenen Gastrotomie (in dem das Konkrement in den Magen, meist endoskopisch, gebracht wird), in einer Pylorotomie (wenn die Fistel also proximal im Bulbus liegt) oder Duodenotomie an oder unmittelbar proximal der Stelle der Obstruktion. Dies wird am häufigsten in Fällen angewandt, wenn der Stein leicht manövriert werden kann und keine Schleimhautulzerationen vorhanden sind. Dies war in unserem Fall keine Option. Bei einer Grösse von 5 cm war der Stein massiv eingeklemmt. Er war nicht zu bewegen.

Die offene Gastrotomie wird auch häufig verwendet, wenn endoskopische Versuche fehlgeschlagen sind [6]. Der Stein kann auch nach distal in das Jejunum gelenkt und eine Enterotomie durchgeführt werden (was in unserem

Fall aus besagten oben genannten Gründen nicht möglich war), um die Gallensteinentfernung zu erleichtern. Die Duodenotomie, die bei unserer Patientin aufgrund der Lage in Erwägung gezogen werden musste, ist wegen der retroperitonealen Lage des grössten Teils des Zwölffingerdarms aus chirurgischer Sicht ein deutlich komplexerer Eingriff mit erhöhter Morbidität, verglichen mit einer Enterotomie im Bereiche des terminalen Ileums. Wir haben ähnlich einer Kasuistik von Stein et al. gehandelt [7]: Über einen geplanten mehrstufigen Ansatz wurde da ein Gallenstein, der sich im dritten Abschnitt des Duodenums befand, mittels Endoskopie mit EHL und mechanischer Lithotripsie in das proximale Jejunum mobilisiert. Drei Tage (bei uns acht Tage) nach der Endoskopie erfolgte eine Laparotomie (bei uns eine laparoskopisch durchgeführte Enterotomie), um den Stein aus dem Jejunum zu entfernen. Unsere Patientin wurde wenige Tage nach dem chirurgischen Eingriff entlassen und es geht ihr hervorragend. Eine Nachkontrolle erfolgte sechs Monate nach der erfolgreichen interdisziplinären gastroenterologisch endoskopisch-chirurgischen Behandlung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass angesichts des Mangels an wissenschaftlichen Erkenntnissen über das Bouveret-Syndrom die Behandlung sehr willkürlich bleibt. Wann immer möglich, sollte zunächst ein endoskopischer therapeutischer Zugang angeboten werden, wobei die Steinextraktion und Lithotripsie zu den Optionen zählen [8]. Gelingt dies nicht, ist eine chirurgische Behandlung mit Enterolithotomie oder Gastrolithotomie, abhängig von der Lage des Steins, möglich. Wir empfehlen nicht die sofortige Cholezystektomie oder Fisteldissektion, da dies mit erheblicher Morbidität und Mortalität verbunden sein kann. Eine verzögerte Cholezystektomie und Fistelreparatur sollte Betroffenen mit anhaltenden Symptomen oder denjenigen, die jünger als 50 Jahre alt sind, vorbehalten bleiben.

Für die Autorinnen und Autoren:

*PD Dr. med. habil. Matthias Breidert,  
PD Dr. med. Stefan Wildi*

### Disclosure statement

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

### Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smfm.2022.09040>.