



BEHANDLUNGSMITTELSINFORMATION

Gallenblasensteinleiden (Cholezystolithiasis)

Etwa 10-15 Prozent der Bevölkerung haben Gallensteine, dabei sind Frauen 2- bis 3-mal häufiger betroffen als Männer. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko Gallensteine zu bekommen, etwa jede 3. Frau und jeder 5. Mann über 75 Jahre haben Gallensteine. Viele Menschen wissen jedoch nicht von ihrer Erkrankung, denn $\frac{3}{4}$ dieser Steine sind so genannte stumme Steine, die keine Beschwerden verursachen und daher auch keine Behandlung erfordern.

Wenn Gallensteine symptomatisch werden, zum Beispiel sich im Gallengang einklemmen und den Abfluss der Galle behindern, kann es zu heftigen Koliken und akuter Entzündung (Cholezystitis) kommen. Jährlich werden 190.000 Gallenblasenentfernungen (Cholezystektomien) durchgeführt.

Ursache

Ursache des Gallensteinleidens ist eine genetisch (erblich) bedingte Fehlzusammensetzung der Gallenflüssigkeit, die in der Leber gebildet wird (= Leber-Stoffwechselstörung, nicht beeinflussbar durch Nahrung). Die Gallenblase hat nur Speicherfunktion für den Fall, wenn rasch die zur Fettverdauung notwendige Gallenflüssigkeit benötigt wird. Folge der Fehlzusammensetzung ist ein Ausfallen von Cholesterinkristallen und zum Kristallisationspunkt eines Steines werden können. Entsprechend der Dauer des Leidens und der Zusammensetzung (Cholesterin, Bilirubin (Gallenfarbstoff), Calcium) können Zahl, Form und Farbe der Steine äußerst unterschiedlich sein. 20-30% der Steinträger entwickeln Beschwerden. Diese sind unabhängig von Art und Zahl der Steine und können sehr unterschiedlich sein; sie reichen von leichtem Druckgefühl im rechten Oberbauch (vor allem nach fettreichen Mahlzeiten) über Nahrungsmittelunverträglichkeiten (z. B. Fett, Kaffee) bis hin zur typischen Gallenkolik (wellenförmige krampfartige Schmerzen im rechten Oberbauch, die in den Rücken ausstrahlen können).

Zeigen sich Verfärbungen von Haut (gelblich), Urin (dunkel) und Stuhl (hell), so liegen in der Regel Gallengangsteine vor und es besteht ein dringender Therapiebedarf. Bei etwa 1% der Patienten führt das Steinleiden zu einer akuten Bauchspeicheldrüsenentzündung (akute Pankreatitis), die lebensgefährlich sein kann. Auch die bei 10-20% der Patienten beobachtete akute Gallenblasenentzündung (Cholezystitis, d.h. heftige und anhaltende Oberbauchschmerzen, Fieber, Druckschmerz und Abwehrspannung im Oberbauch) erfordert die sofortige Therapie.

Diagnose

Die Diagnosesicherung erfolgt durch die Sonographie. Bei Verdacht auf Gallengangssteine sind Bluttests sowie eine ERC (endoskopische retrograde Cholangiographie mittels Magenspiegelung) mit Spaltung des Ausgangs des Gallenganges in den Zwölffingerdarm und Gallengangsäuberung von Steinen angezeigt.



AGAPLESION EV. BATHILDISKRANKENHAUS

BAD PYRMONT

Indikation zur Therapie

Ein Therapiegrund ist in der Regel nur bei Beschwerden gegeben. Entsprechend dem Entstehungsmechanismus der Steine ist eine konservative Therapie (Auflösung=Litholyse) mit Gallensäurenpräparaten bei bestimmter Steinart (kleiner als 5mm und röntgen-negativ) möglich, insgesamt wegen hoher Rückfallquote und langer Therapiedauer jedoch meist nicht effizient.

Operation

Therapie der Wahl besteht daher in der Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie). In der Regel wird die laparoskopische Technik (Bauchspiegelung, Videoendoskopie, minimal-invasiv, "Schlüssellochtechnik") über 3-4 kleine Hautschnitte durchgeführt. Bei unzureichender Übersicht, nach stattgehabten größeren Operationen im Oberbauch oder schwerwiegenden Erkrankungen an Herz und Lunge muss die Operation über einen Bauchschnitt erfolgen.

Hintergründe

Die laparoskopische Cholezystektomie ist weltweit die Standardoperation beim symptomatischen Gallenblasensteinleiden, in ausgewählten Fällen (Porzellangallenblase, Verdacht auf Gallenblasenkrebs, schwere Bauchfellverwachsungen) ist jedoch der konventionelle offene Eingriff angeraten.

Bei gleichzeitigem Vorkommen von Gallenblasen- und Gallenwegsteinen wird das sogenannte „Therapeutische Splitting“ bevorzugt, d.h. zunächst wird durch unsere gastroenterologischen Kollegen die endoskopische Sanierung des Gallenganges und dann ein bis zwei Tage später die laparoskopische Cholezystektomie durchgeführt. Eine spezielle Nachbehandlung ist in der Regel bis auf eine kurzfristige körperliche Schonung (circa 7-10 Tage) und eine langsamere Wiederaufnahme normaler Nahrungsgewohnheiten nicht notwendig. Der Verlust der Gallenblase wird von über 95% der Patienten ohne jegliche Folgen toleriert. Die laparoskopische Methode hat im Vergleich zur konventionellen Technik den Vorteil der geringeren Operationsverletzung, einer schnelleren Erholung und Wundheilung sowie häufig eines kürzeren Klinikaufenthaltes. In unserer Klinik steht die Entlassung meistens am zweiten Tag nach der Operation an. Ein zügiger Kostenaufbau sowie eine schnelle Mobilisation nach Operation sind Standard. Die entstehenden Narben sind sehr klein und kosmetisch fast unauffällig.

Die oben genannten Symptome können jedoch auch durch gutartige (Bauchspeicheldrüsenentzündungen) oder bösartige (Gallenblasen / Gallengangskarzinome) Erkrankungen bedingt sein. Steinträger haben ein 4-5x höheres Risiko ein Gallenblasenkarzinom zu entwickeln. Gallenblasen wie auch Gallengangstumore gehen häufig mit einem schmerzlosen Ikterus (Gelbsucht) einher und werden oft erst in einem fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert. Gallengangstumore, insbesondere die sogenannten Klatskintumore (Hepaticusgabeltumore) stellen eine chirurgische Herausforderung aufgrund ihrer ungünstigen Lokalisation am Leberhilus dar.