

Gallensteine

Häufige – jedoch oft verkannte – Ursache für Oberbauchbeschwerden

Die Galle spielt bei der Verdauung von Fetten und wasserlöslichen Nahrungsbestandteilen eine wichtige Rolle. Sie besteht im wesentlichen aus drei Anteilen: Cholesterin, Phospholipiden und Gallesalzen.

Die Galle mit diesen drei Anteilen wird in den Leberzellen gebildet und dann in die benachbarten Gallengänge ausgeschieden. Durch diese kleinen Gallengänge der Leber gelangt die Galle schlussendlich in den grossen Hauptgallengang. In nüchternem Zustand wird die Galle in die ausserhalb der Leber gelegene Gallenblase umgeleitet und dort bis zur nächsten Mahlzeit angesammelt. Sobald Nahrung in den Magen gelangt, werden vom Magen Botenstoffe an die Gallenblase gesendet, die Gallenblase zieht sich zusammen und die Galle wird via den grossen Gallengang in den Zwölffingerdarm entleert.

Durch verschiedene Faktoren kann die Zusammensetzung der Galle verändert werden, so dass sich Gallensteine bilden können. Diese Gallensteine bilden sich fast immer in der Gallenblase, wo sie oft über Jahre unbemerkt liegen bleiben. Als Risikofaktoren für Gallensteine gelten in erster Linie weibliches Geschlecht, Uebergewicht und zunehmendes Alter. Die Vererbung spielt ebenfalls eine Rolle: in gewissen Familien kommen Gallensteine viel häufiger vor, als in der Normalbevölkerung. Zudem kommt es vermehrt zur Bildung von Gallensteinen während der Schwangerschaft und bei starker Gewichtszunahme oder -abnahme (Fasten!). In den westlichen Ländern finden sich Gallensteine im Alter von 40 Jahren bei jeder dritten Frau und jedem sechsten Mann. Bei etwa der Hälfte dieser Gallenstein-Träger kommt es dann im Verlauf des Lebens zu Beschwerden.

Zu Beschwerden kommt es, wenn Gallensteine die Gallenblase verlassen und in den Gallengang gelangen. Der Gallengang versucht dann, den Gallenstein möglichst rasch vorwärts in den Zwölffingerdarm zu transportieren, wobei es zu heftigen und krampfartigen Bewegungen und

Zusammenziehungen der Gallengangs- Muskulatur kommt, die als Koliken verspürt werden. Gelingt es, den Gallenstein rasch in den Zwölffingerdarm zu mobilisieren, dauern diese Koliken nur kurz und werden möglicherweise nicht als Gallekoliken erkannt oder wahrgenommen. Oft bleibt aber ein Gallestein im Gallengang stecken und die kolikartigen Beschwerden dauern für Stunden oder gar Tage an. In dieser Situation kann es zu einem vollständigen Verschluss des Gallengangs kommen. Die Galle kann dann nicht mehr in den Darm abfliessen und wird in die Leber zurückgestaut. Laborchemisch kann in einer solchen Situation ein Ansteigen der Leberwerte verzeichnet werden und es tritt in der Folge nicht selten das klinische Bild einer «Gelbsucht» auf. In dieser Situation kann die Diagnose meist problemlos mittels zusätzlicher Ultraschall- und Laboruntersuchungen gestellt werden. Die Ultraschall-Untersuchung ist die beste (und kostengünstigste) Methode zur Diagnose von Gallensteinen in der Gallenblase. Ist es zu einem Verschluss des Gallengangs durch einen Gallenstein gekommen, führt dies zu es zu einer Erweiterung der Gallenwege, die ebenfalls meist mittels Ultraschall von einem erfahrenen Untersucher zuverlässig festgestellt werden kann.

Gallensteine können auch eine akut auftretende Entzündung der Gallenblase verursachen («Cholecystitis»), wobei es meist keine eigentlichen Koliken auftreten. Die Patienten verspüren zuerst oft einen dumpfen Schmerz im rechten Oberbauch, der durch Druck von aussen verstärkt werden kann. In der Folge kann es zum Auftreten von Fieber, Schüttelfrost und Uebelkeit kommen und die Patienten fühlen sich sehr krank. Auch in dieser Situation hilft der Ultraschall Gallensteine: häufige – jedoch oft verkannte – Ursache für Oberbauchbeschwerden zusammen mit Laboruntersuchungen weiter. In der Ultraschalluntersuchung zeigt sich – neben den fast obligaten Gallensteinen – eine deutlich verdickte Gallenblasenwand. Laborchemisch finden sich stark erhöhte Entzündungswerte ähnlich wie beispielsweise bei einer Blinddarmentzündung. Die Behandlung von sym-

ptomatischen Gallensteinen richtet sich nach klinischem Verlauf und nach den Untersuchungsbefunden.

Zwei Situationen erfordern ein rasches Handeln: der **Gallengangs-Verschluss** und die **akute Gallenblasen-Entzündung**.

Primär wird heute im Falle eines akuten Gallengangsverschlusses eine sogenannte **ERC («endoskopische retrograde Cholangiographie»)** durchgeführt. Es handelt sich dabei um ein nicht-chirurgisches Verfahren, wo – ähnlich wie bei einer Magenspiegelung – ein Endoskop via Mund, Speiseröhre und Magen in den Zwölffingerdarm vorgeschoben wird. Dort kann die Einmündungsstelle des Gallen- und Bauchspeicheldrüsengangs (die in der Regel gemeinsam in den Zwölffingerdarm münden) aufgesucht werden. Danach wird durch das Endoskop ein Katheter in den Gallengang eingeführt und der Gallengang mit Kontrastmittel gefüllt, so dass er unter Röntgen-Durchleuchtung dargestellt werden kann. Gallensteine können nun sichtbar gemacht werden und stellen sich als Kontrastmittel-Aussparungen dar. Ein in dieser ERC erfahrener Gastroenterologe kann dann meist die Gallensteine mit einem anderen Katheter endoskopisch entfernen. Mittels dieser endoskopischen Untersuchung können auch Tumoren der Gallengänge oder der Bauchspeicheldrüse festgestellt werden, die ebenfalls zu einem Gallengangs-Verschluss führen können. Ein tumorös bedingter Gallengangsverschluss ist allerdings in der Regel nicht schmerzhaft und tritt langsam auf.

Bei der akuten Gallenblasenentzündung wird sofort eine antibiotische Therapie begonnen und – falls sich der Patient oder die Patientin ansonsten in gutem Allgemeinzustand befindet – die Gallenblase möglichst rasch operativ entfernt.

Treten immer wieder Koliken auf und können in der Ultraschalluntersuchung Gallensteine in der Gallenblase festgestellt werden, sollte die Gallenblase chirurgisch entfernt werden (Cholecystektomie). Eine Cholecystektomie sollte natürlich auch durchgeführt werden, wenn vorgängig mittels ERC Gallensteine aus dem Gallengang entfernt wurden. Seit der Einführung der minimal-invasiven Chirurgie («Schlüsselloch-Chirurgie») vor über 10 Jahren wird die Gallenblase fast nur noch mit dieser neuen Technik operiert.

Diese Operation wird als **«laparoskopische Cholecystektomie»** bezeichnet (Laparoskopie: «Bauchspiegelung»). Die Hospitalisationsdauer hat sich durch dieses neue Verfahren drastisch verkürzt: die Patienten können heute oft schon am Tag nach der Operation das Spital verlassen und danach bald wieder ihre gewohnten Tätigkeiten aufnehmen. Nach Entfernung der Gallenblase können sich die Patienten normal ernähren und verspüren meist keine wesentliche Veränderung ihrer Verdauungsgewohnheiten.

Zu früheren Zeiten wurden auch Methoden zur Gallensteins- Zertrümmerung und medikamentösen Auflösung propagiert und angewendet. Diese Methoden führen häufig nicht zu einem anhaltenden Therapieerfolg, da sich in der Gallenblase immer wieder Steine bilden können und sind zudem im Falle der Steinertrümmerung komplikationsreich, aufwendig und teuer. Seit der Einführung der laparoskopischen Cholecystektomie sind deswegen diese Verfahren weitgehend obsolet und werden nur noch in einzelnen speziellen Fällen angewendet.

Als «Postcholecystektomiesyndrom» (PCS) werden Beschwerden bezeichnet, die nach chirurgischer Entfernung der Gallenblase auftreten oder weiterhin vorhanden sind. Treten die Beschwerden in ähnlicher Weise auf wie vor der Operation, handelt es sich meistens um sogenannte «Dyspepsiebeschwerden» (Dyspepsie: «schlechte Verdauung»), die fast immer entweder bedingt sind durch eine funktionelle Störung des Magens (z.B. verzögerte Magenentleerung) oder eine Uebersäuerung des Magens respektive vermehrte Empfindlichkeit auf die Magensäure. In einer solchen Situation sollte dann – insbesondere bei Patienten und Patientinnen über 50 Jahre – eine Magenspiegelung durchgeführt werden, um ein Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür sowie eine Entzündung des Magens oder der Speiseröhre auszuschliessen. Treten erneut typische Koliken auf, könnte dies natürlich auch ein Hinweis auf in den Gallengängen zurückgebliebene (oder neu entstandene) Gallensteine sein, die dann – wie oben beim akuten Gallengangs-Verschluss beschrieben – endoskopisch entfernt werden müssen.

*Peter A. Schmid
(Artikel in der Zürichsee-Zeitung 2/2001)*