Akute Gallenkolik

VON K. A. BOOST

In Ihrer Sprechstunde stellt sich eine 46-jährige Patientin vor, die seit dem Vormittag starke Schmerzen mit zunehmender Intensität im rechten Oberbauch mit Ausstrahlung in die rechte Schulter hat. Zudem hat sie zweimal erbrochen, ohne dass die Übelkeit danach besser geworden wäre.

© photos.com plus

Sofortdiagnostik

- Palpation und Inspektion des Abdomens aufgrund der Beschwerden.

Dabei findet sich ein mäßiger Druckschmerz im rechten Oberbauch oder Epigastrium. Evtl. findet sich das Murphy-Zeichen: Einschießender Schmerz und abruptes Ende der Inspiration bei Palpation der Gallenblasenregion.

Besteht gleichzeitig Fieber, ist von einer akuten Cholezystitis auszugehen. Tritt zum Fieber eine Gelbsucht hinzu, besteht der Verdacht einer akuten Cholangitis (Charcot-Trias).

Wichtig: Entgegen der irreführenden Bezeichnung handelt es sich bei der Gallenkolik nicht um einen wellenförmig an- und abschwellenden, sondern um einen konstant vorhandenen Schmerz, der bis zu fünf Stunden anhalten kann.

- Laborchemische Basisuntersuchung: C-reaktives Protein, γ -GT, alkalische Phosphatase, Bilirubin, kleines Blutbild, Transaminasen; evtl. Amylase und Lipase.
- Sonografie, wenn vorhanden. Zu sehen sein kann: flüssigkeitsgesäumte Gallenblase, Wandverdickung (> 4 mm), evtl. Gallensteine.

Differentialdiagnostisch sollte auch gedacht werden an:

- Akutes Abdomen (z. B. Ulkusperforation, Ileus, Myokardinfarkt, Appendizitis etc.)
- Akute oder chronische Pankreatitis
- Enterokolitis

- Leberabszess, Virushepatitis, subphrenischer Abszess
- Mesenteriale Ischämie, Nierenarterienverschluss/-thrombosen.

Sofortmaßnahmen

- Nahrungskarenz, Flüssigkeitssubstitution
- Beginn einer suffizienten Schmerztherapie. Dazu verabreichen Sie in erster Linie Spasmolytika und nicht steroidale Antiphlogistika:

10–20 mg N-Butylscopolamin
(bei präpapillären Konkrementen zusätzlich: 2–3 Hübe Nitrolingual-Spray, Cave: Blutdruck!)

und
1,25 g Metamizol i.v. bis 4 x/d
oder

75 mg Diclofenac rectal, i.v. (oder i.m.) bis 2 x/d (Cave: Niereninsuffizienz).

Bei weiterhin unzureichender Analgesie Kombination mit Opioiden:

1 mg/kg KG Pethidin i.v.
oder
0,1 mg/kg KG Morphin i.v.

Krankheitsverlauf

- Bei unkomplizierter Gallenkolik elektive kausale Therapie:
 - ① Laparoskopische Cholezystektomie (operatives Vorgehen) oder
 - ② ESWL oder orale Litholyse mit Ursodesoxycholsäure (konservatives Vorgehen).

- Bei komplizierter Gallenkolik mit akuter Cholezystitis, Gallenblasenperforation, -empyem: Etablieren einer antibiotischen Therapie mit z. B. Ceftriaxon oder Ampicillin/Sulbactam oder Piperacillin/Tazobactam und frühe elektive (< 72 h) Cholezystektomie.

- Bei komplizierter Gallenkolik (s. o.) und Cholestasezeichen oder akuter Pankreatitis: Antibiotische Therapie (s. o.) und Galledrainage, ggf. nasobiliäre Sonde; endoskopische retrograde Steinextraktion erst nach klinischer Stabilisierung.

Kasuistik – so ging es weiter

Nach Nahrungskarenz und suffizienter Analgesie mit N-Butylscopolamin und Metamizol fühlt sich die Patientin schon zwei Tage später deutlich besser und ihr Appetit ist zurückgekehrt.

Sie weisen sie in das örtliche Krankenhaus zur elektiven Cholezystektomie ein, die am Folgetag unkompliziert durchgeführt wird. Eine Woche später überreicht Ihnen eine dankbare Patientin eine Schachtel Pralinen Rum-Traube-Nuss.

Anschrift des Verfassers:

Priv.-Doz. Dr. med. Kim Alexander Boost
Klinik für Anästhesiologie der
Ludwig-Maximilians-Universität
Klinikum Großhadern
Marchioninstr. 15
D-81377 München
E-Mail: kim.boost@med.uni-muenchen.de