Akute Cholezystitis

H. S. FÜESSL

Eine 42-jährige, übergewichtige Frau wird von ihrem Mann am Morgen in die Nothilfe gebracht. Sie schwitzt stark, geht nach rechts gekrümmt und hält sich den Bauch. Am Tag zuvor verspürte sie nach einer fettreichen Mahlzeit zunächst leichte, dann immer heftiger werdende Schmerzen im rechten Oberbauch. Der Schmerzverlauf war anfangs kolikartig mit einer Dauer von ca. 10–15 Minuten und ging im Laufe der Nacht in einen weniger heftigen Dauerschmerz über. Zusätzlich besteht eine anhaltende Übelkeit, die mehrfach zum Erbrechen führte.

Abb.1 Sonografisches Bild der akuten Cholezystitis mit Solitärkonkrement.

© H. S. Füll

Sofortdiagnostik

Die Anamnese ist typisch für eine initiale Gallensteinkolik. Die Frau fühlt sich heiß an, die Rektaltemperatur beträgt 38,7 °C, sodass man an eine akute Cholezystitis denken muss. Im rechten Oberbauch besteht ein heftiger reproduzierbarer Druckschmerz, der bei tiefer Inspiration besonders stark auslösbar ist (Murphy-Zeichen) und mit einer leichten Abwehrspannung einhergeht.

Die Peristaltik ist träge, die Zunge trocken. Erwartungsgemäß besteht eine Leukozytose von 15 200/µl und ein erhöhtes CRP mit 28,6 mg/l, Transaminasen, alkalische Phosphatase, Lipase und Bilirubin liegen im Normbereich.

Die Oberbauchsonografie zeigt eine 10 x 5 cm große Gallenblase mit einem Solitärkonkrement im Infundibulum und eine deutlich über 3 mm verdickte Gallenblasenwand mit deutlich erkennbarer typischer Dreischichtung durch das entzündliche Ödem. Die sonografisch gezielte Einfingerpalpation ist sehr schmerzhaft (sonografisches Murphy-Zeichen). Damit ist die Diagnose ausreichend gesichert.

Sofortmaßnahmen

Für den Hausarzt empfiehlt sich zunächst nur das Anlegen einer Infusion, eine i.v. Analgetika- bzw. Spasmolytika-Therapie mit N-Butylscopolamin und/oder Pentazocin sowie die Gabe von Antibiotika (z. B. Amoxicillin kombiniert mit Metronidazol).

Endgültige Therapie und mögliche Komplikationen

Die akute Cholezystitis stellt eine Indikation zur frühelektiven laparoskopischen Cholezystektomie dar, möglichst innerhalb von 72 h nach Diagnosestellung. Bei 90% der Patienten liegt ein passagerer oder dauerhafter Verschluss des Ductus cysticus durch einen Gallenstein vor. Die frühe Cholezystektomie hat den Vorteil einer deutlich kürzeren Krankenhausverweildauer, Verringerung der Morbidität und Letalität sowie geringerer Kosten. Bei der frühen Cholezystektomie ist die Komplikationsrate im Vergleich zur späten nicht erhöht, allerdings liegt die Konversionsrate zur offenen Cholezystektomie deutlich höher als bei der elektiven Op. nach symptomatischer Cholezystitis.

Akute Cholezystitis

Woran noch denken?

Ohne Ergebnisse der apparativen Diagnostik umfasst die Differenzialdiagnose des rechtsseitigen Oberbauchschmerzes natürlich ein weites Feld und reicht vom Gastroduodenalulkus über die Pankreatitis, Appendizitis und Pyelonephritis bis hin zu Pleuritis, Stauungsleber und Myokardinfarkt. Hierzu müssen evtl. einschlägige Untersuchungen erfolgen. I. d. R. sind die sonomorphologischen Kriterien der akuten Cholezystitis aber so eindeutig, dass nicht invasiv eine sichere Diagnose gestellt werden kann.

Die konservative Therapie ist zwar möglich, allerdings kommt es bei einem Drittel zu Komplikationen und Notaufnahmen wegen biliärer Schmerzen, und es wird im weiteren Verlauf meistens doch eine Cholezystektomie erforderlich. Zudem besteht immer die Gefahr eines Rezidivs. Bei älteren Patienten oder stark erhöhtem Op.-Risiko kann eine perkutane Drainage der Gallenblase erwogen werden.

Wenn wegen zu später Diagnosestellung oder aus anderen medizinischen Gründen der Patient nicht frühelektiv innerhalb der ersten ein bis fünf Tage operiert werden kann, sollte die Cholezystektomie im Intervall erst nach sechs Wochen erfolgen. Bei gedeckter oder freier Gallenblasenperforation besteht natürlich eine sofortige Op.-Indikation. Bei 10–30% der Patienten mit akuter Cholezystitis kommt es zu schweren Komplikationen wie Gallenblasengangrän, -empyem oder -perforation. In diesen Situationen kann eine CT des Abdomens nützlich sein. Man sollte nicht vergessen, dass eine Wandgangrän innerhalb weniger Stunden nach Beginn der Symptomatik auftreten kann. Daher sollten die Patienten in der Klinik zur Beobachtung bleiben.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. H. S. Füll
Leiter Somatischer Querschnittsbereich
Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München-Ost
Ringstraße 33 A, D-85540 Haar
E-Mail: Hermann.fueessl@iak-kmo.de