Leitlinie für die Behandlung „steinreicher“ Patienten

Leitlinie
für die Praxis

Wann muss die Gallenblase raus?

Muss jeder, auch der asymptomatische Gallenstein operiert werden? Wie dringend ist die Op. bei einer akuten Cholezystitis? Wann und wie sollte man nach Gallengangsteinen fahnden? Auf diese und weitere Fragen gibt die neue Leitlinie evidenzbasierte Antworten, wobei bei den Empfehlungen feinsinnig zwischen „soll“, „sollte“ und „kann“ unterschieden wird.

— Die Gallensteinprävalenz liegt in Deutschland bei ca. 30%, 20% der Männer und 35% der Frauen sind betroffen. Die Zahl der durchgeführten Cholezystektomien liegt bei 200.000 jährlich, eine im internationalen Vergleich relativ hohe Zahl. Die gefürchtetste Komplikation, nämlich die Okklusion oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus ist mit 0,12% sehr selten. Dennoch beträgt die Letalität des Eingriffs 0,4%. „Diese Zahl unterstreicht die Notwendigkeit, auf die Indikationsqualität zu achten“, so Prof. Frank Lammert, Direktor der gastroenterologischen Universitätsklinik in Homburg/Saar.

Wie steht es mit der Prävention?

Eine hyperkalorische, kohlenhydratreiche, ballaststoffarme Ernährung und das oft damit verbundene metabolische Syndrom bzw. die Adipositas sind ebenso Risikofaktoren für Gallensteine wie ein forciertes Gewichtsverlust, z. B. nach einem bariatrischen Eingriff. Auch Medikamente, insbesondere Hormone wie Östrogene, Progesteron und Octreotid begünstigen die Gallensteinbildung. „Mit regelmäßiger körperlicher Aktivität und bedarfsgerechter Ernährung kann man der Entstehung von Cholesteringallenblasensteinen und biliären Symptomen vorbeugen“, so Lammert. Bei einer Östrogen-basierten Hormontherapie sollte eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen.

Eine generelle pharmakologische Prävention wird nicht empfohlen. Bei einer starken Gewichtsreduktion sollte jedoch Ursodeoxycholsäure bis zur Stabilisierung des Gewichts gegeben werden.

Wann nach Gallengangsteinen suchen?

Ein Teil der Patienten mit symptomatischer Cholezystolithiasis hat zusätzlich auch Gallengangsteine. Die Wahrscheinlichkeit ist allerdings sehr gering, wenn der Gallengang nicht erweitert ist, die Cholestaseparameter nicht erhöht

„Fette Beute“ des Chirurgen: Gallensteine.

und keine Episoden einer biliären Pankreatitis oder acholische Stühle aufgetreten sind. Ist der Gallengang jedoch sonografisch auf über 7 mm erweitert und/oder sind die Cholestaseparameter, insbesondere die Gamma-GT und die AP erhöht, „soll“ nach einer Choledocholithiasis gefahndet werden, und zwar mittels Endosonografie oder kernspintomografisch (MRCP). Manchmal erkennt man die Gallengangsteine bereits im Ultraschall.

Requiescat in pace

Auch nach der neuen Leitlinie „soll“ die asymptomatische Cholezystolithiasis in der Regel nicht operiert werden. Ausnahmen, bei denen eine Cholezystekto-

mie erfolgen „sollte“, sind: die Porzellangallenblase, Gallenblasensteine > 3 cm, gleichzeitiges Vorliegen von Gallenblasenpolypen ≥ 1 cm und onkologisch resezierende Eingriffe am Magen oder Ösophagus. Nicht indiziert ist die Cholezystektomie bei asymptomatischen Gallensteinträgern im Rahmen einer bariatrischen Operation. Nur bei größeren malresorptiven Eingriffen „kann“ sie erwogen werden.

Symptomatische Gallengangsteine müssen möglichst schnell endoskopisch entfernt werden. Doch was sagen die Leitlinien zu asymptomatischen Gallengangsteinen? Hier „sollte“ eine Therapie erwogen werden. Allerdings muss man wissen, dass über 20% der Gallengangsteine spontan abgehen und weniger als 50% symptomatisch werden.

Wann man nicht zuwarten darf

Bei einer symptomatischen Cholezystolithiasis sollte man nicht lange bis zur Operation warten. Eine akute Cholezystitis „sollte“ wie eine akute Appendizitis behandelt, also innerhalb von 24 Stunden nach stationärer Aufnahme operiert werden. „Längeres Zuwarten erhöht die Komplikationsrate deutlich von 14 auf 40%“, so Lammert. Bei akuter Cholangitis „sollte“ eine ERC (endoskopische retrograde Cholangiografie) so rasch wie möglich, bei einer schweren biliären Pankreatitis innerhalb von 72 Stunden durchgeführt werden, bei einer milden Pankreatitis innerhalb von 48 Stunden.

Dr. Peter Stiefelhagen

• 71. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS), 22.9.2016 in Hamburg