

BLICKDIAGNOSE

Die Fälle der MMW-Leser

Stellen Sie uns
Ihren Fall vor.
Bei Veröffentlichung
erhalten Sie **150 Euro!**
cornelius.heyer@
springer.com



Abb. 1 Ausgefranst
imponierende Papilla Vateri
(oberer Bildrand), Abgang von
schwärzlich verfärbter Galle.

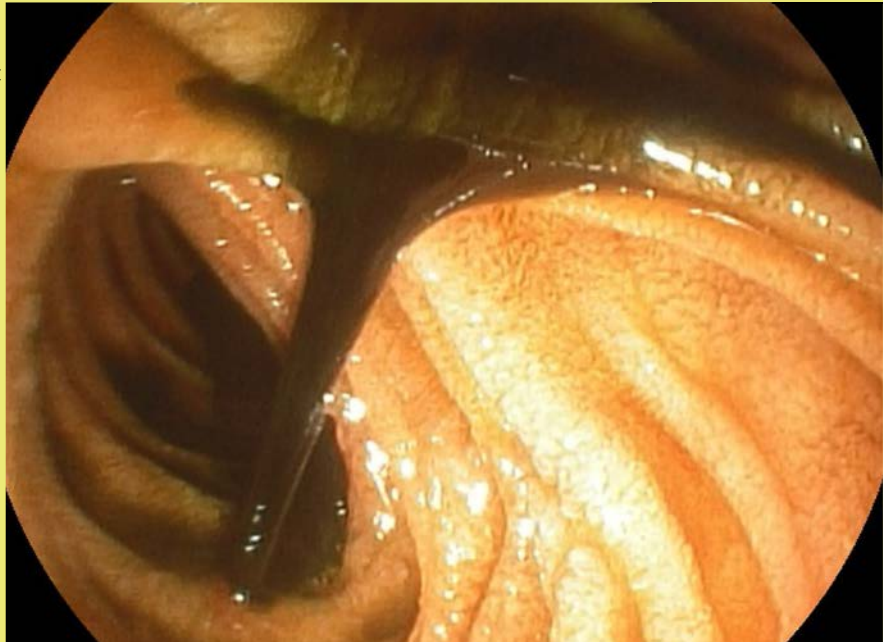


Abb. 2 Intensiver Abstrom
von an Altöl erinnernder
Gallenflüssigkeit in das
Duodenum.

„Black bile“ in der Endoskopie

Eine ölige Angelegenheit

— Eine 73-jährige Patientin stellte sich mit einem progredienten, schmerzlosen Ikterus vor. Laborchemisch ergab sich ein deutliches Cholestase-Syndrom mit einem maximalen Bilirubinwert von 6,1 mg/dl (Normalbereich < 1,2 mg/dl). Die systemischen Entzündungsparameter waren nicht erhöht. Die Ultraschalluntersuchung des Abdomens ergab eine Cholezystolithiasis mit einem diffus dilatierten Gallenwegssystem. Valide Hinweise auf eine biliopankreatische Tumorerkrankung ergaben sich allerdings nicht.

Auf dieser Befundlage wurde primär die Indikation zur endoskopisch-retrograden Cholangiopankreatikografie (ERCP) gestellt. Dabei war anfangs keine Gallensekretion sichtbar. Der Versuch einer biliären Kanülierung war erfolgreich. Dabei wurde mutmaßlich ein präpapilläres Konkrement mobilisiert, woraufhin es zu einem profusen Abgang schwärzlich verfärbter, an Altöl erinnernder Gallenflüssigkeit kam (Abb. 1, Abb. 2).

Im Anschluss wurde eine Papillotomie mit nachfolgender Steinextraktion durchgeführt. Dadurch konnte eine Konkre-

mentfreiheit des Gallengangs erzielt werden. Die Patientin wurde im weiteren Verlauf zur frühelektiven laparoskopischen Cholezystektomie vorgestellt.

Wenn die Galle statt der üblichen grünen oder gelblichen Farbe eine solche diffuse Schwarzfärbung aufweist („Black bile“), deutet das auf eine stärker konzentrierte Galle hin. Grund ist eine längerfristige Obstruktion bei funktionsfähiger, kommunizierender Gallenblase. Viel seltener kommt das Gegenteil vor, das sogenannten „White bile“-Syndrom. Dabei nimmt die Galle aufgrund einer Bilirubin- und Gallensalz-Depletion einen farblosen Aspekt an. Dem liegt bei in der Regel maligner Obstruktion ein anatomischer oder funktioneller Gallenblasen-Verlust zugrunde.

→ PD Dr. med. Vincent Zimmer

Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie, Diabetologie und interventionelle Endoskopie, Marienhausklinik St. Josef Kohlhof, Klinikweg 1–5, D-66539 Neunkirchen