Gallenstein - wie weiter ?

10. Wiler Hausarzt-Symposium der SRFT 28.11.2019

Dr. med. Sandro Lionetto, Chefarzt Chirurgie SRFT

1

Inhaltsverzeichnis

- Epidemiologie
- Klinik
- Diagnostik
- Therapie

2

Cholelithiasis Epidemiologie

Häufigste und kostenintensivste Erkrankung des Gastrointestinaltraktes

Inzidenz steigt mit dem Alter

20% der europäischen Bevölkerung sind von einer Cholelithiasis betroffen

Die Wahrscheinlichkeit, biliäre Symptome zu entwickeln, beträgt 1 – 4 % pro Jahr

Die jährliche Inzidenz bei asymptomatischen Steinträger für die Entwicklung von Komplikationen (Akute Cholezystitis, akute Pankreatitis, Cholangitis) beträgt ca. 0,1 %

3

Cholelithiasis Epidemiologie

20% der asymptomatischen Steinträger entwickeln Symptome innerhalb 5 bis 20 Jahre

90% der Patienten mit Erstereignis einer biliären Kolik haben innerhalb 10 Jahre wiederholte Symptome (2/3 davon in den ersten 2 Jahren)

5% - 10%der Patienten bleiben in den ersten 10 Jahren symptomfrei

4

Cholelithiasis Epidemiologie

Altersbezogener Vergleich chirurgischer Patienten (> 70 vs. < 70) bei symptomatischer Cholezystolithiasis

- 50% gleichzeitige Choledocholithiasis vs. 15%
- 25% akute Cholezystitis vs. 12%
- 30% Komorbiditäten vs. 10%.
- 20% werden notfallmässig operiert vs. 5%
- 25% postoperative Komplikationen vs. 10%
- 2.5% Mortalität vs. 0.5%

5

Cholelithiasis Risikofaktoren

Unabhängige Risikofaktoren I

- Übergewicht
- Weibliches Geschlecht
- orale Antikonzeption oder Östrogentherapie
- Schwangerschaft
- Fastfood und Bewegungsarmut

6

Cholelithiasis Risikofaktoren

Risikofaktoren II

- Diabetes mellitus Typ 2
- HDL Spiegel (invers korrelierend)
- “rapid weight cyclers” (Fasten)
- alkoholische Zirrhose
- Zustand nach bariatrischer Chirurgie
- Total parenterale Ernährung
- Hämatologische Erkankungen (Sichelzellanämie, hereditäre Spherozytose)
- Ethnische Herkunft

7

Cholelithiasis Klinik

Biliäre Kolik - Charakteristika (symptomatische Cholezystolithiasis)

- meist am Abend oder in der Nacht
- plötzlich (“Attacke”), wellenförmig Crescendo, Dauer 15 min. bis 5h mit Peak nach ca. 1h, Decrescendo
- rechtsseitiger Oberbauchschmerz mit rechtsseitiger Ausstrahlung in den Rücken/Schulter
- ansprechend auf NSAR (Medikamentenanamnese)

8

Cholelithiasis Klinik

Biliäre Kolik – nicht charakteristisch !

- Dyspepsie
- Retrosternales “Brennen”
- Blähungen

9

Cholelithiasis Klinik

Biliäre Kolik – Red Flags für eine komplizierte Cholelithiasis

- Symptomdauer über 6h
- Fieber
- Inspirationsstopp bei Palpation (Murphy)
- 60-70% der Patienten haben eine Anamnese von früheren “Koliken”

10

Cholelithiasis Klinik

Komplizierte Cholelithiasis (Cholangitis)

Fieber/Schüttelfrost, Ikterus, Bauchschmerzen

Charcot: Spezifität hoch, Sensitivität niedrig

(in versch. Studien in nur 20-70% beobachtet)

Bauchschmerz kann einziges Symtpom sein (va. beim alten Patienten)

11

Cholelithiasis Diagnostik

Laborparameter

- Lc/CRP
- Transaminasen (first messenger bei Choledocholithiasis insbesondere ALT in den ersten 72h)
- Bili tot, AP, Amylase/Lipase (bei persistierenden Symptomen)

12

Cholelithiasis Diagnostik

Ultraschall Abdomen

- Steinidentifikation in der Gallenblase
- Gallenblasenwanddicke (> 4mm)
- pericholezystische Flüssigkeit
- “sonographisches” Murphyzeichen

Cholelithiasis Diagnostik

Ultraschall Abdomen

- Steinnachweis, “sonographisches” Murphy Zeichen oder verdickte Gallenblasenwand
  Voraussage-Wert von 92% für eine akute Cholezystitis
- Zusammen mit einem initialen ALT Anstieg plus Gallengangserweiterung > 6-7mm
  hoher Voraussage-Wert für eine Choledocholithiasis
- Multiple Steine < 5mm haben ein 4-fach erhöhtes Risiko eine Choledocholithiasis zu entwickeln

Cholelithiasis Diagnostik

Endosonographie oder MRCP

- bei hochgradig klinischem Verdacht, aber fehlenden ultrasonographischen Nachweis einer Choledocholithiasis indiziert
- EUS hat eine höhere Sens/Spez. (95%/97%) gegenüber MRCP (93%/96%)

Cholelithiasis Diagnostik

ERCP

- + sehr hohe Sens./Spez.
- - Strahlenbelastung
- -invasiv (Komplikationen in 5-10%, Post-ERCP Pankreatitis)

Platz in der Therapie

Cholelithiasis Diagnostik

Cholangitis

a) Fieber, Schüttelfrost und laborchemische Entzündungsparameter (Lc, CRP), Bauchschmerzen

b) Cholestase-Parameter (ALT/AST, AP, Bilirubin,γ-GT)

c) transabdominell-sonografisch die Gallengänge (Gallengangweite > 7mm oder Nachweis eines Konkrementes oder eines anderen Abflusshindernisses) abgeklärt werden

d) EUS oder MRCP wenn c nicht konklusiv

wenn a+b+c/d: sehr hohe Wahrscheinlichkeit einer obstruktiven Cholangitis

wenn a+b+c/d plus Amylase/Lipase (3-fach der Norm): sehr hohe Wahrscheinlichkeit einer akuten Pankreatitis

17

Cholelithiasis Diagnostik

Bei außergewöhnlichen klinischen Konstellationen der Cholelithiasis (wie familiärer Häufung, Auftreten im Kindes- und Jugendalter, intrahepatischen Mikrolithiasis, rezidivierender Choledocholithiasis) sollten weitere Untersuchungen zur Abklärung einer sekundären Form der Cholelithiasis erfolgen.

hämolytische Anämie

Gallensäureverlustsyndrom (Kurzdarmsyndrom, Morbus Crohn)

parasitäre/bakterielle Infektionen

verschiedene genetisch bedingte Erkrankungen (LPAC-Syndrom, ABCB4-Defizienz)

Mukoviszidose

18

Cholezystolithiasis Therapie beim asymptomatischen Patienten

Die asymptomatische Cholezystolihiasis ist *in der Regel* keine Indikation zur Cholezystektomie

Die Wahrscheinlichkeit, biliäre Symptome zu entwickeln, beträgt in den ersten 5 Jahren nach inzidenter Diagnose 2– 4 % pro Jahr und halbiert sich in den folgenden fünf Jahren auf 1 – 2 % pro Jahr

Die jährliche Inzidenz eines Gallenblasenkarzinom bei einer „einfachen" asymptomatischen Cholezystolithiasis beträgt 0.01% (1/10'000)

Ausnahmen: Grösse über 3cm mit 10-fach erhöhtem Risiko (1/1000)
Porzellangallenblase (bis zu 60%)
«Spotty Calcification» (7%)

Bei der Sichelzellanämie/herdiäre Sperozytose im Rahmen einer indizierten Splenektomie

19

Cholezystolithiasis Therapie bei symptomatischen Patienten ohne Komplikation

NSAR u/o Spasmolytica in unkomplizierter Cholezystolithiasis (NSAR überlegen !)

Weit > 50% der konservativ behandelten symptomatischen Cholezystolithiasis-Patienten brauchen eine Cholezystektomie innerhalb 5 Jahre. 25% davon machen Komplikationen (Cholezystitis, Cholangitis, Pankreatitis)

Laparoskopische Cholezystektomie State of the Art bei (allen) symptomatischen Patienten (Erstereignis !!!)

Im ersten Trimenon symptomatische Patientinnen sollten wegen erheblicher Rezidivgefahr im weiteren Verlauf ihrer Schwangerschaft früh elektiv operiert werden.

Verhinderung der hohen Rezidivwahrscheinlichkeit, wohingegen ein zögerliches Vorgehen biliäre Komplikationen nach sich ziehen und das Kind gefährden kann

2. Trimenon „safest Time"

20

Choledocholithiasis Therapie

► **Tab. 1** Kriterien für eine simultane Choledocholithiasis bei Cholezystolithiasis.

hohe Wahrscheinlichkeit einer simultanen Choledocholithiasis (>50%)
• sonografisch erweiterter extrahepatischer Gallengang (> 7mm) + Hyperbilirubinämie + Erhöhung von γ-GT, AP, ALT oder AST oder
• sonografischer Nachweis von Gallengangkonkrementen oder
• klinische und laborchemische Kriterien einer aszendierenden Cholangitis
mittlere Wahrscheinlichkeit einer simultanen Choledocholithiasis (5–50%)
• keine Kriterien für hohe oder niedrige Wahrscheinlichkeit
niedrige Wahrscheinlichkeit einer simultanen Choledocholithiasis (<5%)
• Gallengang normal weit (bis 7 mm)
• Gesamtbilirubin, γ-GT, AP, ALT bzw. AST während der aktuellen Schmerzepisode nicht erhöht
• Fehlen von Episoden mit biliärer Pankreatitis, acholischen Stühlen und/oder Urobilinogenurie bzw. Bilirubinurie in der aktuellen Vorgeschichte

21

Choledocholithiasis Therapie

Indikationsüberprüfung zur therapeutischen ERCP

ERCP immer indiziert bei hoher Wahrscheinlichkeit, «nie» indiziert bei tiefer Wahrscheinlichkeit

Indikationsüberprüfung bei mittlerer Wahrscheinlichkeit

Endosonographie höchste Sensitivität für Steindetektion im DHC, kleine Steine < 5mm und präpapilläre Konkrement

Durch die «EUS-first Strategie» kann die Anzahl der erforderlichen ERC um 2/3 gesenkt werden

Durch die «MRCP-first-Strategie» kann die Anzahl der erfordelrichen ERC um 50% gesenkt werden

22

Choledocholithiasis Therapie bei Komplikation

Simultane Cholezysto- und dochlithiasis

Laparoskopische Cholezystektomie innerhalb 72h nach ERCP

Wenn Operation innerhalb 6-8 Wochen durchgeführt wird entwickeln 40% erneute biliäre Koliken und 10% eine Colezystitis und 1% eine Cholangitis bzw. Pankreatitis.

High Risk Anästhesie Patienten sollten operiert warden, sobald es der Allgemeinzustand erlaubt

Ausnahme: **Bei transienter lithogener (unkomplizierter) Pankreatitis ist bei fehlendem Steinnachweis (Ausschluss mittels MRCP oder EUS) und abklingendem Cholestaseparamter kein ERCP indiziert.**

23

Cholezystitis Therapie bei Komplikation

Akute Cholezystitis

Konservative Therapie der akuten Cholezystitis ist möglich, aber:

> 70 J., Diabetes, Gallenblasenhydrops bei Eintritt gehen mit hohem Versagen der konservativen Therapie einher

Persistierender Leukozytose und Tachykardie 48h nach Aufamhe sind Prädiktoren für eine Cholezystekomie

30% machen schwere Komplikationen (Empyem, Perforationen, Gangrän, Leberabszesse) allerdings und brauchen notfallmässigen Operationen

24

Cholezystitis Therapie mit Komplikation

Akute Cholezystitis

Laparoskopische Cholezystektomie innerhalb 72h nach Symptombeginn oder 24h nach Spitaleintritt

Deutliche Reduktion durch frühe Operation der Komplikationen und Konversionsrate um 50% (ACDC Studie)

Wandverdickungen über 5mm und ein umgebendes Exsudat zeigen in Studien eine erhöhte Konversions- und Komplikationsrate

Ausnahme: **Wenn ein High Risk Patient Patient nicht innerhalb 1 Woche operiert werden kann, sollte die Operation erst nach einem Intervall von 6 Wochen durchgeführt warden**

25

Cholangitis Therapie bei Komplikation

Obstruktive Cholangitis

ERCP unverzüglich bei fehlndem Ansprechen auf Antibiotika und Volumen, ansonsten innerhalb 24h

Wenn Operation erst innerhalb 6-8 Wochen durchgeführt wird, entwickeln 40% erneute biliäre Koliken und 10% eine Colezystitis und 1% eine Cholangitis bzw. Pankreatitis.

High Risk Anästhesie Patienten sollten operiert warden, sobald es der Allgemeinzustand erlaubt

26

Biliäre Pankreatitis Therapie bei Komplikation

Biliäre Pankreatitis

Eine biliäre Pankreatitis mit persistierenden Cholestaseparametern und/oder Zeichen einer Cholangitis brauchen eine ERCP so rasch wie möglich

Bei transienter lithogener (unkomplizierter) Pankreatitis ist bei fehlendem Steinnachweis (Ausschluss mittels MRCP oder EUS) und abklingendem Cholestaseparamter kein ERCP indiziert.

Die Cholezystektomie ist in der gleichen Hospitalisation durchzuführen (innerhalb einer Woche)

27

Zusammenfassung

Die Cholelithiasis ist der häufigste Hauptgrund für Krankenhauseinweisungen wegen gastrointestinaler Beschwerden

Nach einer erstmaligen biliären Kolik besteht prinzipiell die Indikation zur Therapie, die Methode der Wahl ist die laparoskopische Cholezystektomie.

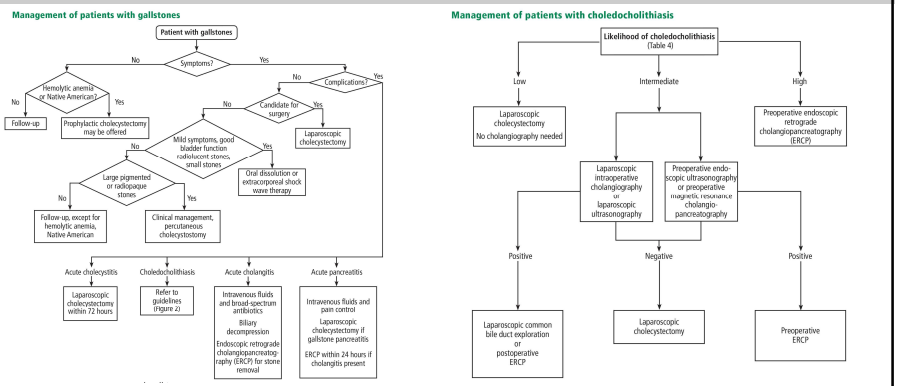
Etwa 80% der Gallensteinträger bleiben asymptomatisch, 20% werden symptomatisch, > 50% erleiden erneut eine biliäre Kolik innerhalb 2 Jahre und nur 10% bleiben symptomfrei über 10 Jahre. Komplikationen treten in bis zu 25% der symptomatischen > 70 jährigen Patienten auf

Asymptomatische Patienten sollen nur bei speziellen Indikationen, zum Beispiel zur Karzinomprophylaxe, operiert werden.

Wichtige Komplikationen der Cholezystolithiasis sind akute und chronische Cholezystitis, Choledocholithiasis mit Cholangitis und die akute lithogene Pankreatitis.

28

Cholelithiasis https://consultqd.clevelandclinic.org/gallstones-watch-and-wait-or-intervene/



29

Literatur (Auszug)

Surgical and Nonsurgical Management of Gallstones, ABRAHAM et al., AAFP 2014

Tokyo Guidelines, Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery 2016

EASL Guidelines, European Guidelines for the Liver 2016

S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Gallensteinen, 2018

30

HERZLICHEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT. HABEN SIE FRAGEN?

Dr. med. Sandro Lionetto, Chefarzt Chirurgie SRFT

31