

## Was tun bei Gallensteinen?

# Mit Medikamenten gegen die Kolik – invasiv an die Konkreme

**«Immer nach dem Essen habe ich rechtsseitige Oberbauchschmerzen.» Mit dieser typischen Symptomschilderung, die er – wie wohl viele seiner Kollegen auch – von seinen Patienten häufig hört, begann Prof. Dr. Lukas Degen, Chefarzt Gastroenterologie, Clarunis, Universitätsspital Basel, seinen Vortrag im Rahmen der diesjährigen medArt Basel über ein Leiden, das immerhin etwa 20 Prozent der Menschen im Laufe ihres Lebens betrifft: Gallensteine. Was folgte, waren praxisorientierte Tipps zu Fragen, wie sie entstehen, was man dagegen tun und wie man sie allenfalls vermeiden kann.**

Die Prävalenz von Gallensteinen nimmt alterslinear zu; bei den über 75-Jährigen sind etwas mehr Frauen betroffen als Männer. Bei den meisten (ca. 80%) jedoch führen die Gallensteine nie zu Symptomen. Daher wird beim Gallensteinleiden (Cholezystolithiasis) auch eine asymptomatische von einer symptomatischen Verlaufsform (ca. 1–4%/Jahr) unterschieden. Von den Patienten mit Symptomen entwickeln wiederum 1 bis 3 Prozent pro Jahr eine komplizierte Cholezystolithiasis, das heisst eine Gallenblasen- (Cholezystitis), eine Gallengang- (Cholangitis) oder eine Bauchspeicheldrüsenentzündung (Pankreatitis) oder gar ein Karzinom. Doch auch Gallensteine, die zuvor nie Beschwerden bereitet haben, können schliesslich, wenn auch viel seltener (0,1–0,3%/Jahr), zu solchen Komplikationen führen.

### Risikofaktoren mit «6 F»

Die Entwicklung von Gallensteinen wird begünstigt durch exogene und endogene Risikofaktoren (*Tabelle*), wobei Erstere mit hormonellen Prozessen und Stoffwechselerkrankungen, mit der Ernährung sowie mit einem inaktiven Lebensstil,

Letztere neben dem Alter vor allem mit genetischen Dispositionen in Zusammenhang stehen. Die Risikofaktoren kann man sich über die sogenannte 6-F-Regel (female [weibliches Geschlecht], forty [Alter > 40 Jahre], fat [übergewichtig], fair [hellhäutig/-haarig], fertile [fruchtbar], family [familiäre Veranlagung]) ins Gedächtnis rufen.

Die Gallenflüssigkeit besteht zu über 90 Prozent aus Wasser mit darin gelösten Lipidspezies wie Gallensäure (72%), Phospholipiden (24%) und Cholesterin (4%) sowie dem Pigment Bilirubin und Kalzium. Bei den Gallensteinen (Konkrementen) werden aufgrund ihrer Zusammensetzung drei Arten unterschieden, nämlich Cholesterinsteine sowie schwarze und braune Pigmentsteine. Die weiss-gelblichen Cholesterinsteine machen die überwiegende Menge (> 90%) der Gallensteine aus und stellen mithin die bei einer Cholezystolithiasis in der Gallenblase am häufigsten vorliegende Steinart. Sie sind bedingt durch eine hepatische Überflutung mit Cholesterin. Pigmentsteine gehen auf eine hepatische Glucuronidierungsstörung im Bilirubinmechanismus zurück. Sie bestehen überwiegend aus Bilirubin und treten hauptsächlich bei hämolytischen Problemen (schwarze Steine, < 2%) oder bei bakteriellen Gallenwegsinfektionen (braune Steine, < 10%) auf.

## KURZ & BÜNDIG

- ▶ Bei der Cholezystolithiasis wird eine asymptomatische (ca. 80% aller Fälle) von einer symptomatischen Verlaufsform unterschieden.
- ▶ Steinbedingte akute Gallenkoliken lassen sich medikamentös effektiv behandeln. Im weiteren Verlauf führt aber meist kein Weg an einer Gallenblasenentfernung vorbei, denn vor allem grössere Konkreme erhöhen das Risiko für ein Gallenblasenkarzinom – zum Teil auch dann, wenn sie keine Beschwerden bereiten.
- ▶ Präventiv wird ein gesunder Lebensstil mit viel Bewegung und bedarfsgerechter regelmässiger Ernährung empfohlen. Lange Nüchternphasen (> 12 h) sind zu vermeiden.

### Unspezifische Symptome

Die klinische Symptomatik von Gallensteinen ist nicht sehr spezifisch; meist werden mehr als 15 Minuten andauernde, retrosternal, in Epigastrium oder rechtem Oberbauch lokalisierte, bisweilen in den Rücken oder in die Schulter ausstrahlende Schmerzen beschrieben, welche sich typischerweise in der Nacht aufbauen und von Übelkeit und Erbrechen oder funktionellen abdominalen Beschwerden begleitet sein können. Seltener wurde auch über Nahrungsmittelintoleranzen berichtet; eine eigentliche Fettunverträglichkeit bestand allerdings nur bei knapp der Hälfte der Patienten mit solcher Symptomatik. Bei bis zu einem Drittel der Patienten persistieren die Abdominalbeschwerden nach einer Gallensteinentfernung, bei bis zu 14 Prozent entstehen sie neu.

Tabelle:

## Risikofaktoren für die Entwicklung von Gallensteinen

### Exogene Faktoren

- ▲ Zahl der Schwangerschaften, hormonelle Faktoren
- ▲ Hormontherapie in der Perimenopause
- ▲ Diabetes mellitus/Insulinresistenz
- ▲ Adipositas und metabolisches Syndrom
- ▲ hochkalorische, kohlenhydratreiche Kost
- ▲ forciertes Gewichtsverlust (1,5 kg/Woche)
- ▲ starke Körpergewichtsschwankungen (weight cycling)
- ▲ körperliche Inaktivität

### Endogene Faktoren

- ▲ weibliches Geschlecht
- ▲ Alter
- ▲ genetische Risikofaktoren/positive Familienanamnese

Quelle: nach L. Degen

Die diagnostische Methode der Wahl ist die Abdomensonografie mit einer untersucherabhängigen Sensitivität von mehr als 95 Prozent bei einer Spezifität von 100 Prozent für die Cholezystolithiasis. Bei der Cholezystitis fallen die entsprechenden Werte mit 81 respektive 83 Prozent etwas niedriger aus.

Darüber hinaus sollte laboranalytisch nach Hinweisen auf eine potenziell vorliegende komplizierte Form gefahndet werden. Hierbei können auffällige Leberwerte (GGT [Gamma-glutamyltransferase], alkalische Phosphatase, Transaminasen, Bilirubin) den Verdacht auf eine Choledocholithiasis, also einen steinbedingten Verschluss des Gallenhauptgangs (Ductus choledochus), lenken oder erhöhte Lipasewerte bei entsprechender Klinik auf eine Pankreatitis hindeuten. In diesen Situationen kommt zur weiteren Abklärung der Einsatz der endoskopischen retrograden Cholangiopankreatikografie (ERCP) oder der Magnetresonanztomographie-Cholangiopankreatikografie (MRCP) infrage. Die Auswertung von Blutbild und -gerinnung komplettiert die Laboranalyse. Eine differenzialdiagnostische Ulkusabklärung mittels Gastroskopie ist dagegen nicht zwingend erforderlich.

## Schmerzen lindern, Steine entfernen

In der akuten Phase lassen sich Gallensteinbeschwerden (Gallenkolik) symptomatisch gut mit nicht steroidalen Antirheumatika, Spasmolytika, Nitroglyzerin oder, bei sehr starken Schmerzen, mit Opioiden in den Griff bekommen. Im weiteren Verlauf kann jedoch eine Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie) notwendig werden. Dies ist stets der Fall bei einer symptomatischen Cholezystolithiasis. Hinsichtlich weiterer Indikationen für diesen Eingriff sprechen die deutsche und die europäische Leitlinie leicht voneinander abweichende Empfehlungen aus. Da erstere aktueller ist, übernahm Degen die folgenden dort angegebenen Situationen:

- ▲ asymptomatische Cholezystolithiasis und Porzellangallenblase (entzündungsbedingte Fibrosierung und Kalzifizierung der Gallenblasenwand)
- ▲ Cholezystolithiasis und Gallenblasenpolypen ( $\geq 1$  cm; Risiko für intrinsisches Gallenblasenkarzinom)

Ebenfalls zu erwägen ist die Cholezystektomie bei asymptomatischen Gallenblasensteinen  $> 3$  cm, weil das Risiko für ein Gallenblasenkarzinom in diesen Fällen um das 10-Fache erhöht ist. Nach solchen grossen Konkrementen müsse man zwar nicht direkt in Form eines Screenings suchen, riet der Referent, sie aber stets präventiv entfernen, wenn man sie finde.

Zur Beantwortung der Frage, ob sich Gallensteinen durch bestimmte Massnahmen vorbeugen lasse, sind die verfügbaren Studien nach Ansicht Degens leider nicht von ausreichender Qualität. Eingedenk dessen lasse sich aber grundsätzlich ein gesunder Lebensstil empfehlen, so der Gastroenterologe. Wie auch hinsichtlich der Prävention anderer Erkrankungen beinhaltet dies im Einzelnen eine körperliche Aktivität von 30 bis 60 min täglich und eine bedarfsgerechte Ernährung (faserreiche kalziumreiche Diät mit reichlich Früchten, Gemüse, Nüssen, ungesättigten Fettsäuren sowie evtl. Vitamin C und Magnesium) bei Erhaltung eines normalen Körpergewichts und regelmässigen Mahlzeiten. Längere (nächtliche) Nüchternperioden ( $> 12$  h) sind zu vermeiden. Ob Kaffee oder vegetarische Ernährung eine protektive Wirkung habe, sei umstritten, so Degen abschliessend. «Was wir aber sicher wissen, ist, dass eine pharmakologische Prävention keinen Stellenwert hat.» ▲

Ralf Behrens

Quelle: Vortrag «Gallensteine» von Prof. Dr. Lukas Degen, medArt Basel, 7./8. Mai 2020, digital.