

Gallenblasenerkrankungen

Welche Störungen häufig sind

Gallenblasenerkrankungen treten mit steigendem Alter häufiger auf. Was sie auszeichnet, wie sie diagnostiziert werden und was Laborparameter aussagen, haben Prof. Stephan Vavricka, Zentrum für Gastroenterologie und Hepatologie, Zürich, und Dr. Regula Capaul, Zürich, am KHM-Kongress in Luzern zusammengestellt.

Fotos: z/vg



Prof. Stephan Vavricka

Gallenblasenpolypen sind meist benigne und häufig ein Zufallsbefund im Rahmen einer Sonografie. Polypen unter 5 mm Grösse bedürfen keiner Therapie, sie sollten aber regelmässig, erstmals nach 6 Monaten, später jährlich, kontrolliert werden. In zwei Drittel der Fälle handelt es sich um Cholesterinpolypen, zu 25 Prozent sind es Adenomyome, zu 10 Prozent inflammatorische Polypen. Polypen zwischen 5 und 10 mm sollten nach 3 und 6 Monaten kontrolliert werden. Wenn sie stabil bleiben, reicht eine jährliche Kontrolle.

Bei Grössen von über 10 mm, Grössenzunahme bei Kontrollen, begleitenden Gallensteinen bei über 50-jährigen Patienten sowie einer Wandverdickung und einem Nachweis eines arteriellen Gefässes im Polypen empfiehlt sich die Entfernung der ganzen Gallenblase, erklärt Vavricka. Denn es besteht ein malignes Potenzial. Gallenblasenkarzinome machen 1 bis 3 Prozent aller Malignome aus und treten bevorzugt in der 6. und 7. Lebensdekade auf, überwiegend bei Frauen.



Dr. Regula Capaul

Gallenblasensteine

Cholezystolithiasis ist eine Erkrankung, die in Europa und auf dem amerikanischen Kontinent häufig auftritt. Sie ist eine Erkrankung der älteren Bevölkerung. In der Schweiz leiden etwa 40 bis 50 Prozent der Frauen ab 50 Jahren daran, unter den Männern tritt sie mit steigendem Alter ab 50 Jahren bei 10 bis 35 Prozent auf (1). Die Diagnose erfolgt über die Sonografie, denn mit Computertomografie und Magnetresonanztomografie können gemäss Vavricka etwa ein Fünftel der Steine in der Gallenblase verpasst werden, mit dem Ultraschall sind es weniger: etwa 5 bis 10 Prozent. Symptomatische Gallenblasensteine äussern sich durch kolikartige Schmerzzacken im rechten Oberbauch, die 15 Minuten bis zu wenigen Stunden andauern können. Die Schmerzen können in den Rücken und in die rechte Schulter ausstrahlen.

Die meisten Gallenblasensteine sind jedoch asymptomatisch, sie stellen in der Regel keine Indikation zur Cholezystektomie dar (2). Es gibt aber drei Ausnahmen, so Vavricka: 1. Bei einer Porzellangallenblase besteht ein 20-prozentiges Risiko einer Gallenblasenkarzinomentwicklung. 2. Grosse Gallenblasensteine > 3 cm können zu einer chronischen Entzündung führen, was einer Entwicklung eines Gallenblasenkarzinoms Vorschub leisten kann. Bei männlichen Steinträgern (> 3 cm) ist das Risiko für ein Gallenblasenkarzinom 9- bis 10-fach erhöht (3). 3. Bei Gallenblasensteinen mit gleichzeitigen Polypen > 1 cm. Auch hier ist die Gefahr einer Gallenblasenkarzinomentwicklung erhöht.

Choledocholithiasis

Gallensteine, bei älteren Patienten oft zuvor asymptomatische, können in die Gallengänge abgehen oder sich dort auch bilden und von dort aus heftige Oberbauchschmerzen auslösen. Gallengangsteine mit intermittierender Obstruktion sind mitunter schwierig zu finden. Eine Gallengangobstruktion geht akut mit einer passageren Transaminasenerhöhung einher. Lebensgefährlich, vor allem für Ältere, könne die durch die Obstruktion hervorgerufene Cholangitis werden, gibt Vavricka zu bedenken.

KURZ & BÜNDIG

- ▶ Bei Gallenblasenpolypen entscheidet die Grösse über die Entfernung der Gallenblase.
- ▶ Gallenblasensteine sind häufig asymptomatisch und bedürfen nur in Ausnahmefällen einer Entfernung.
- ▶ Obstruktionen durch Gallengangsteine können zu Cholangitis führen, die lebensgefährlich sein kann.
- ▶ Eine akute Cholezystitis wird notfallmässig operiert; dauert sie bereits Tage an, steht eine Antibiotikatherapie an erster Stelle.

Tabelle:

Differenzialdiagnose Ikterus: Labordiagnostik

| GPT (GOT) | GOT/GPT (De-Ritis-Quotient) | Bilirubin | AP | GGT | LDH | ChE | Diagnose |
|-----------|-----------------------------|-----------|-----|-----|-----|------|----------------------|
| +++ | <1 | ++ | + | + | + | nl | Hepatitis |
| + | >1 | + | + | + | + | ↓↓ | Zirrhose |
| (+) | >1 | ++ | ++ | (+) | + | nl/↓ | medikamenten-toxisch |
| + | >1 | + | + | +++ | + | nl/↓ | Alkohol |
| + | | (+) | +++ | +++ | | | IgG4-Chol |
| + | | ++ | +++ | ++ | + | | PBC/PSC |
| + | <1 | ++ | ++ | ++ | (+) | nl | Verschluss |

Abkürzungen: GPT = Glutamat-Pyruvat-Transaminase; GOT = Glutamat-Oxalacetat-Transaminase; AP = alkalische Phosphatase; GGT = Gamma-Glutamyl-Transferase; LDH = Laktatdehydrogenase; ChE = Cholinesterase; nl = normal limit

Quelle: Prof. S. Vavricka, KHM 2018

Bei normaler Leberfunktion und Gallenganggröße im Ultraschall ist das Risiko dafür tief. Bei Patienten über 55 Jahre mit Cholezystitis, dilatierten Gallengängen > 6 mm, einem erhöhten Bilirubin Spiegel (1,8–4,0 mg/dl), abnormaler Leberfunktion oder einer begleitenden Pankreatitis ist das Risiko dagegen mittelhoch. Methode der Wahl für die Diagnose und den Ausschluss ist in diesem Fall die Endosonografie, so Vavricka. Wird der Stein damit sichtbar gemacht, folgt unmittelbar darauf eine endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikografie (ERCP) mit Entfernung des Steins.

Patienten mit hohem Risiko für Gallengangsteine mit einer Cholangitis, dilatierten Gallengängen, Gallensteinen im Ultraschall und erhöhtem Bilirubin (> 4 mg/dl) werden direkt einer ERCP mit Steinentfernung unterzogen und die Steine entfernt (4).

Akute Cholezystitis

Zu einer akuten Gallenblasenentzündung kommt es häufig als Komplikation von Gallensteinen. Rezidivierende Gallenkoliken können einer akuten Cholezystitis vorausgehen. Eine akute Cholezystitis sollte wegen der Perforationsgefahr und des Risikos einer schweren abszedierenden Cholezystitis innert Stunden notfallmässig operiert werden. Bestehen die Symptome dagegen seit mehreren Tagen, ist eine Antibiotikatherapie vorzuziehen, und die Cholezystektomie ist zu einem späteren Zeitpunkt elektiv durchzuführen, so der Rat von Vavricka.

Cholestatische Hepatopathien

Primär biliäre Cholangitis (PBC) und primär sklerosierende Cholangitis (PSC) sind wichtige Differenzialdiagnosen der cholestatischen Hepatopathie. Von PSC sind hauptsächlich Männer im Alter von 30 bis 60 Jahre betroffen, oft im Zusammenhang mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wie Colitis ulcerosa. Die alkalische Phosphatase ist dabei um das 3-Fache des normalen Werts (upper limit of normal, ULN) erhöht. Die PSC befällt vor allem kleine Gallengänge, diagnoseweisend sind typische Veränderungen der Gallengänge in der Cholangiografie mittels MRCP.

Unter einer PBC leiden hauptsächlich 35- bis 50-jährige Frauen. Häufig sind andere Autoimmunerkrankungen, wie beispielsweise Sjögren-Syndrom, Autoimmunthyreoiditis, rheumatoide Arthritis oder Zöliakie vorhanden. Die Diagnose stellt sich mit 2 von 3 Kriterien: erhöhte alkalische Phosphatase während mehr als 6 Monaten um das 1,5-Fache des ULN, erhöhte anti-mitochondriale Autoantikörper (AMA-M2 > 1,40), leberbiopischer Ausschluss einer nicht alkoholischen Fettleber oder Autoimmunhepatitis.

Was zeigen Laborparameter?

Bei Abklärungen mit vielen Laborparametern, beispielsweise bei einem Ikterus, ist die Interpretation manchmal nicht einfach. Um die Suche eingrenzen zu können, ist es hilfreich, die Laborparameter zu gliedern. Ist ALT (Alaninaminotransaminase) als

Hauptlaborparameter führend, ist der Ursprung hepatisch, das heisst, eine Virushepatitis oder eine autoimmune Hepatitis könnten beispielsweise das Problem sein. Ist die AP (alkalische Phosphatase) führend, lenkt das den Verdacht auf ein cholestatisches Bild, beispielsweise PBC (primäre biliäre Cholangitis) und PSC (primär sklerosierende Cholangitis). Ist dagegen Gamma-GT (Gamma-Glutamyltransferase, GGT) führend, geht es in Richtung metabolisch-toxisch, und eine alkoholische oder nicht alkoholische Fettlebererkrankung könnte der Grund für die Erhöhung sein. Bei jeder dieser Erhöhungen können aber immer auch Medikamentenreaktionen der Grund sein.

Einen weiteren Hinweis kann der De-Ritis-Quotient geben. Er berechnet das Verhältnis zwischen GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase) und GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase). Beträgt dieser < 1, könnte es sich um einen leichtgradigen Leberschaden oder um entzündliche Erkrankungen handeln. Liegt er > 1, ist das ein Zeichen für schwerwiegende, nekrotische Leberparenchymschäden, und man sollte an Alkoholabusus denken (Tabelle). ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Bitter – Galle». 20. Fortbildungstagung des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM). 21. und 22. Juni 2018 in Luzern.

Referenzen

1. Frey M et al.: Cholezystolithiasis. Schweiz Med Forum 2001; 1(32): 805–809.
2. Lammert F et al.: S3-Leitlinie Gallensteine. Z Gastroenterol 2007; 45: 975–1001.
3. Diehl AK: Gallstone size and the risk of gallbladder cancer. JAMA 1983; 250: 2323–2326.
4. Frossard JL et al.: ERCP for gallstone pancreatitis. N Engl J Med 2014; 370: 1954–1955.