

Journal für
**Gastroenterologische und
Hepatologische Erkrankungen**

Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes

**Der endoskopische Fall: Eine
86jährige Frau mit abdominellen
Schmerzen und Erbrechen**

Kreuzer G, Dirisamer A

Ferlitsch A, Götzinger P, Püspök A

*Journal für Gastroenterologische
und Hepatologische Erkrankungen*

2003; 1 (2), 25-26

Österreichische Gesellschaft
für Gastroenterologie und
Hepatology

www.oeggh.at



ÖGGH

Österreichische Gesellschaft
für Chirurgische Onkologie

www.aco-asso.at

acoasso

Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology


Homepage:

**[www.kup.at/
gastroenterologie](http://www.kup.at/gastroenterologie)**

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in EMBASE/Compendex, Geobase
and Scopus

www.kup.at/gastroenterologie

Member of the 

Krause & Pacherneegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. 032035263M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

DER ENDOSKOPISCHE FALL: EINE 86JÄHRIGE FRAU MIT ABDOMINELLEN SCHMERZEN UND ERBRECHEN

FALLBERICHT

Eine 86jährige Patientin wurde wegen kaffeensatzartigem Erbrechen bei zusätzlich positivem Hämocult®-Test zu einer Notfallgastroskopie an die gastroenterologische Ambulanz überwiesen.

In der *Anamnese* berichtete die Patientin über seit drei Tagen bestehenden Durchfall, verbunden mit einem Tag später auftretenden Bauchkrämpfen, woraufhin die Patientin den Hausarzt konsultierte. Dieser verordnete eine symptomatische Therapie mit Omnilora® (Lactobact. acidophilum, Lactobact. bifidum, E. coli, Novartis-Gebro, Fieberbrunn, Österreich), welche keine Verbesserung brachte. In weiterer Folge verschlimmerten sich die Symptome, es kam zu rezidivierendem, kaffeensatzartigem Erbrechen, zunehmender Appetitlosigkeit und einem Gewichtsverlust von drei Kilogramm innerhalb einer Woche, so daß die Patientin die Notfalleinweisung des AKH Wien aufsuchte.

Die physikalische Untersuchung ergab bei normalem Ernährungszustand (156 cm, 55 kg) und unauffälligen Vitalparametern einen altersentsprechend unauffälligen Befund, insbesondere einen unauffälligen Tastbefund des Abdomens.

INITIALE BEFUNDE

In der Notfalleinweisung wurde zunächst eine radiologische Abklärung mittels Abdomen-Übersichtsaufnahme durchgeführt, welche keine Auffälligkeiten im Abdomen erkennen ließ (Abbildung 1).

Im Aufnahmeblutbild zeigte sich eine Leukozytose mit 13,5 G/l, eine Thrombozytose mit 361 G/l, bei normalem

Hämoglobin (13,5g/dl). Laborchemisch waren ein gering erhöhtes CRP mit 2,00 mg/dl (normal < 1 mg/dl), eine Erhöhung der LDH (315 U/l, normal < 247 U/l) und ein Fibrinogen von 568 mg/dl (normal < 390 mg/dl) auffällig – eine Befundkonstellation, die mit einem entzündlichen Geschehen kompatibel ist. Die mäßiggradige Erhöhung von BUN I (34,4 mg/dl, normal < 25 mg/dl) und von Gesamteiweiß (86,3 g/l, normal < 85 g/l) wurde als Folge des rezidivierenden Erbrechens interpretiert. Alle übrigen erhobenen Parameter waren im Normbereich.

ENDOSKOPIE

Die *Gastroskopie* konnte den Verdacht einer Blutung nicht bestätigen. Im Magen zeigte sich grünlich flüssiger Inhalt mit mehreren gelblich-festen Brocken mit einem Durchmesser bis einen Zentimeter (Abbildung 2). In der Pars descendens duodeni fand sich das Lumen durch eine kugelige, nicht bewegliche Masse obstruiert. Differentialdiagnostisch wurde diese als Bezoar oder Gallenstein gedeutet

Abbildung 1: Im konventionellen Abdomenröntgen zeigen sich intraabdominell im wesentlichen unauffällige Verhältnisse, mit lediglich minimalen Spiegelbildungen.



(Abbildung 3). Die Papille selbst erschien jedoch unauffällig, was gegen einen spontanen Steinabgang dieser Größe sprach.

WEITERER VERLAUF

Die Patientin wurde an der gastroenterologischen Station aufgenommen, zur weiteren Abklärung wurde eine *Computertomographie des Abdomens* durchgeführt. In dieser zeigte sich schließlich eine ausgeprägte Cholezystitis mit gedeckter Perforation in die Pars descendens duodeni sowie ein durch einen Gallenstein bedingten Ileus im Bereich der Flexura duodenojejunalis (Abb. 4 und 5).

Abbildung 2: In dieser Aufnahme aus dem Corpus ventriculi zeigen sich multiple bräunliche Brocken bis zu 1 cm Größe.

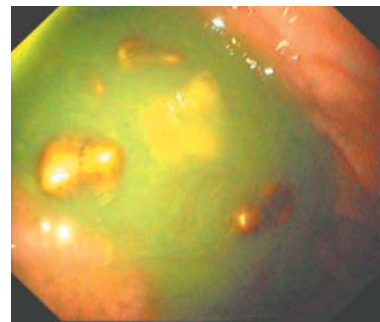
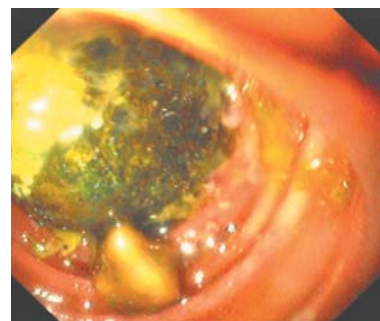


Abbildung 3: Endoskopisches Bild aus der Pars descendens duodeni: komplette Obstruktion des Lumens.



Von der ¹Universitätsklinik f. Innere Medizin IV, ²Universitätsklinik f. Radiagnostik und ³Universitätsklinik f. Chirurgie, AKH Wien

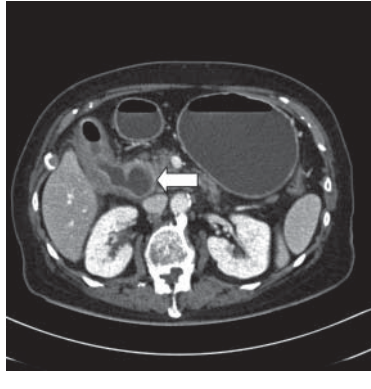
Aufgrund dieser Befundkonstellation wurde die Indikation zur operativen Sanierung gestellt. Es wurde daraufhin eine konventionelle Cholezystektomie mit Sanierung der Perforationsstelle im Duodenum, sowie die Entfernung des Steins durchgeführt. Die Operation und der postoperative Verlauf gestalteten sich problemlos, die Patientin konnte fünf Tage nach der Operation in häusliche Pflege entlassen werden.

DISKUSSION

Ein durch einen Gallenstein bedingter Ileus ist eine seltene Ursache einer Obstruktion des Dünndarms und stellt in der Regel eine Komplikation der chronischen Cholezystitis dar. Nur 1–4 % aller Ileusfälle gehen darauf zurück. In der Gruppe der über 65jährigen Patienten sind ungefähr 25 % aller nicht durch Strangulation bedingten Obstruktionen des Dünndarms durch einen Gallensteinileus bedingt [1]. Bereits 1896 wurde der Gallensteinileus durch eine cholezystoduodenale Fistel von Bouveret beschrieben, welcher namensgebend für diese Erkrankung war [2].

Die Erkrankung ist mit einer hohen Mortalitätsrate (12–18 %) behaftet. Das meist hohe Alter der Patienten und die oft bestehende Komorbidität stellen ein erhöhtes Risiko für operative Maßnahmen bei der Behandlung dieses Akutzustandes dar. Aus diesem Grund wird von verschiedenen Autoren je nach Zustand des Patienten die alleinige Sanierung des Ileus gegenüber der Kombination mit klassischer Cholezystektomie und Fistelverschluß der Vorzug gegeben, da die alleinige Enterotomie eine deutlich niedrigere Komplikationsrate hat [1]. Wegen der Seltenheit der Erkrankung sind alternative Therapieverfahren, wie die laparoskopische Enterotomie oder die endoskopische Laser-Lithotripsie, nur in Kasuistiken beschrieben [3, 4]. Bei beiden Verfahren wird die cholezystoduodenale Fistel belassen, wobei dies in der Regel keinen nega-

Abbildung 4: CT: Cholezystojejunale Fistel (Pfeil).

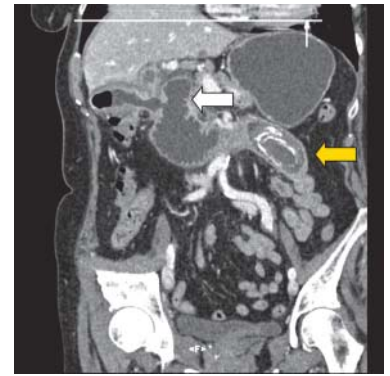


tiven Einfluß auf die weitere Prognose dieser Patienten hat.

Aufgrund des guten Allgemeinzustandes der Patientin wurde in dem vorliegenden Fall eine komplette Sanierung mit Eröffnung des Jejunums, Steinentfernung, konsekutiver Cholezystektomie und Fistelverschluß durchgeführt.

Bei Auftreten von Gallensteinen in der Gastroskopie bei intakter Papilla vateri sollte an das Vorliegen einer cholezystoduodenalen Fistel gedacht werden. Die Ursache eines durch Gallensteine bedingten Ileus kann jedoch oft weiter distal, im durch eine Gastroskopie nicht zugänglichen Teil des Duodenums bzw. Jejunums, gelegen sein. Ein konventionelles Abdomen-Röntgen ohne Kontrastmittel stellt bei dieser Konstellation eine oft wenig aussagekräftige Untersuchungsmethode dar. Auch in unserem Fall brachte die konventionelle Röntgenuntersuchung mit nur minimalen Spiegelbildungen aufgrund der hohen, im Duodenum liegenden Obstruktion keinen Hinweis auf einen Ileus oder dessen Genese [5]. Zur weiteren Abklärung ist die Computertomographie anderen bildgebenden Verfahren überlegen und stellt den nächsten notwendigen Schritt dar. Bei unserer Patientin zeigte sich in der CT die deutlich verdickte, lufthältige Gallenblase mit Fistulierung in das Duodenum sowie der Gallensteinileus an der Flexura duodenojejunalis, da der Stein von der ursprünglichen Lage in der Pars descendens duodeni weitergewandert war.

Abbildung 5: Cholezystojejunale Fistel in der Pars descendens duodeni (weißer Pfeil) sowie ein 5 x 3 cm großer Gallenstein (gelber Pfeil) als Ileusursache mit prästenotischer Dilatation und Kollaps sämtlicher nachfolgender Darmschlingen.



Da nunmehr aufgrund der Lage ein endoskopischer Therapieversuch mittels Lithotripsie wenig erfolgversprechend erschien, wurde im vorliegenden Fall eine chirurgische Sanierung als beste Therapieoption gewählt. Gerade bei seltenen Krankheitsbildern wie dem Bouveret-Syndrom ist ein individuelles interdisziplinäres Management für den Therapieerfolg entscheidend.

Literatur:

1. Doko M, Zovak M, Kopljar M, Glavan E, Ljubicic N, Hochstadter H. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. *World J Surg* 2003; 27: 400–4.
2. Bouveret L. Sténose de pyloroadherent à la vesicule calcusee. *Rev Med (Paris)* 1896; 16: 1.
3. Ferraina P, Gancedo MC, Elli F, Nallar M, Ferraro A, Sarotto L, Anzorena FS. Video-assisted laparoscopic enterolithotomy: new technique in the surgical management of gallstone ileus. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2003; 13: 83–7.
4. Alsolaiman MM, Reitz C, Nawras AT, Rodgers JB, Maliakkal BJ. Bouveret's syndrome complicated by distal gallstone ileus after laser lithotripsy using Holmium: YAG laser. *BMC Gastroenterol* 2002; 2: 15.
5. Ripolles T, Miguel-Dasit A, Errando J, Morote V, Gomez-Abril SA, Richart J. Gallstone ileus: increased diagnostic sensitivity by combining plain film and ultrasound. *Abdom Imaging* 2001; 26: 401–5.

Korrespondenzadresse:

Dr. Arnulf Ferlitsch
Universitätsklinik f. Innere Medizin IV,
AKH Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-mail: arnulf.ferlitsch@univie.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)