



UKM MHS

Marienhospital Steinfurt GmbH

Patienteninformation der Abteilung für Chirurgie

Gallenblasensteine / Gallenblasenentzündung

Die Entfernung der Gallenblase (Cholecystektomie) bei einem Gallensteinleiden (symptomatische Cholelithiasis) ist nach der Blinddarmentfernung (Appendektomie) der häufigste abdominalchirurgische Eingriff. 15-20 % der westlichen Bevölkerung sind von der Erkrankung betroffen. Frauen dabei 2-3-mal häufiger als Männer. Die Standardtherapie des symptomatischen Gallensteinleidens besteht in der Entfernung der Gallenblase (Cholecystektomie). 1882 wurde vom Berliner Chirurgen Carl Langenbuch die erste Cholecystektomie durchgeführt. Über 100 Jahre später erfolgte vom Böblinger Chirurgen Erich Mühe 1985 die erste laparoskopische Cholecystektomie. Mittlerweile gilt die laparoskopische Cholecystektomie als „Gold-Standard“ zur Therapie des Gallensteinleidens. Heute werden 90 % aller Cholecystektomien laparoskopisch durchgeführt.

An unserer Klinik werden pro Jahr etwa 100 laparoskopische Cholecystektomien durchgeführt. Seit Anfang des Jahres auch in der sogenannten **Single-Port-Technik**, das heißt, über nur einen kleinen Zugang am Nabel. Diese Technik wird auch als „narbenfreie“ Gallenblasenentfernung bezeichnet.

Anatomie und Funktion der Gallenblase

Die Gallenblase liegt an der Unterseite des rechten Leberlappens unter dem rechten Rippenbogen, hat eine Größe von 5 x 10 cm und fasst etwa 30–70 ml. Sie ist über den Gallenblasengang (Ductus cysticus) mit dem Hauptgallengang (Ductus choledochus) verbunden. Der Ductus choledochus vereinigt sich mit dem Bauchspeicheldrüsengang und mündet gemeinsam in den Zwölffingerdarm (Duodenum). An der Mündungsstelle befindet sich ein Schließmuskel, der den Fluss der Verdauungssäfte (Gallenflüssigkeit, Bauchspeicheldrüsenflüssigkeit) in den Zwölffingerdarm regelt. In der Gallenblase wird die in der Leber produzierte Galle (täglich 0,5-1,5 Liter) zum Teil gespeichert und durch Wasserentzug eingedickt. Die Gallenflüssigkeit besteht vor allem aus Gallensäuren, Fettsäuren, Proteinen, Calcium, Bicarbonat, Chloriden, Bilirubin, Cholesterin und Lecithin. Die Entleerung der Gallenblase erfolgt durch Nahrungsreize (Fett, Röstprodukte, Alkohol, Kaffee) über eine Stimulation der Gallenmuskulatur. Die Gallensäuren fördern die Fettverdauung.

Entstehung der Gallensteine

Die Entstehung ist multifaktoriell. Voraussetzung ist eine Verschiebung des Lösungsgleichgewichtes zwischen den Gallensäuren und den gelösten Substanzen (Calcium, Bilirubin, Cholesterin). Ursache hierfür sind Störungen der Gallenblasenentleerung und Entzündungen der Gallenblasenwand. Die Steine entstehen fast ausschließlich in der Gallenblase. Hochkalorische und fettreiche Kost, Adipositas, Einnahme von Östrogenen und zunehmendes Alter sind mit einem gehäuftem Auftreten von Gallensteinen assoziiert.

Symptome

Die meisten Gallensteinträger haben keine Symptome. Hier ist in der Regel keine Therapie erforderlich. Im Laufe des Lebens entwickeln 30-40 % der Steinträger Symptome. Allgemeinsymptome umfassen v. a. Fettunverträglichkeit, Übelkeit, Aufstoßen, Völlegefühl, Blähungen und Schweißausbrüche. Typische spezifische Symptome sind rechtsseitige Oberbauschmerzen und Koliken (sehr starke, krampfartige Schmerzen im rechten Oberbauch, die bis in die Schulter ausstrahlen können), die besonders nach fettreichen Mahlzeiten auftreten. Ursache der Koliken ist eine Gallenblasenkontraktion bei gleichzeitigem Vorliegen einer Abflussbehinderung der Galle durch einen Stein oder einer entzündlichen Schwellung. Wenn die Gallenblasensteine in den Hauptgallengang gelangen, kann es durch Abflussbehinderung der Galle zur Gelbsucht und bei Verschluss des Bauchspeicheldrüsenganges zu schweren Bauchspeicheldrüsenerkrankungen (Pankreatitis) kommen, die lebensbedrohliche Ausmaße annehmen kann. Bei einer Gallenblasenerkrankung kommt es zu einem Dauerschmerz im rechten Oberbauch. Zusätzlich haben die Patienten häufig Fieber.

Diagnostik

Zur Diagnostik von Gallensteinleiden sind folgende Untersuchungen möglich. Häufig weisen schon die Beschreibung der Beschwerden und die klinische Untersuchung auf die Diagnose hin.

- Laboruntersuchung der Leber-, Galle- und Bauchspeicheldrüsenwerte
- Ultraschalluntersuchung von Gallenblase, Gallengänge, Leber, Bauchspeicheldrüse
- Magenspiegelung zum Ausschluss eines Magengeschwürs
- Endoskopische Kontrastmitteldarstellung der Gallenwege und des Bauchspeicheldrüsenganges (ERCP) bei Verdacht auf Gallengangssteine mit der Möglichkeit diese in selber Sitzung zu entfernen
- Cholangio-MRT (Schichtaufnahmen mit Magnetwellen und Kontrastmittelgabe) zur nicht invasiven Darstellung der Gallengänge

Therapie

Prinzipiell gibt es drei Verfahren zur Behandlung von Gallensteinen

1. Lysetherapie
Voraussetzung ist eine Steingröße von maximal 1 cm und das Vorliegen von reinen Cholesterinsteinen (ca. 10% der Fälle). Durch die orale Zufuhr von Gallensäuren werden die Steine aufgelöst. Nachteil des Verfahrens sind die hohe Rezidivrate nach Absetzen der Therapie (ca. 70%) und die unerwünschten Wirkungen der Medikamente (z.B. Durchfall, Erhöhung der Leberwerte).
2. Stoßwellenlithotrypsie
Voraussetzung sind möglichst solitäre, kleine (1cm), kalkfreie Steine in der Gallenblase bei erhaltener Kontraktionsfähigkeit der Gallenblase. Nach der Stoßwellenlithotrypsie muss eine medikamentöse Behandlung (s.o.) zur Rezidivprophylaxe angeschlossen werden. Die Erfolgsrate nach einem Jahr liegt bei 50-80 %. Bei 60% kommt es zu einem Wiederauftreten der Gallensteine. Nachteil sind Koliken und Entzündungen (20-30%) durch abgeschwemmte Steinfragmente.
3. Operation
Die offene Schnittoperation ist heute nur noch in wenigen Ausnahmefällen erforderlich.

4. Laparoskopische Entfernung der Gallenblase

Der heutige „Gold-Standard“ zur Therapie des symptomatischen Gallensteinleidens sowie der Gallenblasenentzündung ist die laparoskopische Entfernung der Gallenblase. Hierbei wird die Gallenblase über wenige kleine Schnitte unter Kamerasicht mit speziellen Instrumenten freipräpariert und entfernt. Auf diesem Weg ist auch bedingt eine Gallengangssanierung möglich (Entfernung von Steinen aus dem Hauptgallengang). Gegenüber der konventionellen, offenen Methode weist die laparoskopische Technik eine Reihe von Vorteilen auf wie weniger Schmerzen, geringere Einschränkung der Lungenfunktion, weniger Wundheilungsstörungen, kürzerer Krankenhausaufenthalt, schnellere Arbeitsfähigkeit, weniger Narbenbrüche und bessere postoperative Lebensqualität.

Dies ist auch unser bevorzugtes OP-Verfahren. Nach der Operation empfehlen wir eine körperliche Schonung von 2 Wochen.

5. Gallenblasenentfernung über den Bauchnabel (sog. narbenfreie Operation)

Eine Weiterentwicklung der laparoskopischen Chirurgie stellt die neue Ein-Trokar-Technik (Single-Port-Technik) dar. Hierbei wird über nur einen kleinen versteckten Schnitt im Nabelbereich operiert. Diese Methode bietet vor allem einen kosmetischen Vorteil.

Wir bieten diese Methode seit Anfang 2010 an. Hierbei wird ein Einmal-Spezialtrokar (Operationszugangshülse in den Bauchraum) über einen kleinen Schnitt (ca. 2 cm) in der Nabelgrube eingeführt. Dieser Trokar verfügt über mehrere Arbeitskanäle, über die dann die Gallenblase in üblicher Weise operiert und entfernt wird. Die Narbe ist mit dieser Methode kaum mehr sichtbar.

Zeitpunkt der Operation

Bei geringen Beschwerden kann die Operation elektiv, d.h. nach persönlichem Wunsch des Patienten, durchgeführt werden. Bei Vorliegen eines komplizierten Gallensteinleidens (Entzündung, Gallengangssteine mit Gelbsucht) sollte die chirurgische Therapie zügig initiiert werden. Werden bei einem Patienten Gallengangssteine diagnostiziert, so werden diese vor der Operation (sog. „therapeutisches Splitting“) endoskopisch (ERCP) entfernt.

Mögliche Komplikationen durch die Operation

Eine Verletzung der Gallenwege wird in 0,3-0,6% der Fälle beobachtet. Besonders Patienten mit einer schweren akuten oder chronischen Entzündung der Gallenblase weisen ein erhöhtes Risiko einer Gallengangskomplikation auf. Verletzungen anderer Organe und Nachblutungen sind sehr selten. Wundheilungsstörungen treten vor allem nach konventioneller Operation und hochakuter Entzündung auf.