

Ausgabe 06 | 15. November 2022

## Gallensteinleiden

### Eine Anmerkung vorweg:

Dieser Newsletter sollte bereits Anfang September erscheinen. Arbeitsaufkommen und zeitweilige Personalengpässe waren hinderlich.

Nun aber ein Themenkomplex bei dem wir das Gefühl haben das wesentliche längst zu wissen. Fehlannahme?

Die Eckdaten anhand derer ich bestimmte Themen in den nächsten Newsletter aktualisieren möchte:

1. 20% der europäischen Bevölkerung sind vom Gallensteinleiden betroffen.
2. In Deutschland werden pro Jahr 175000 Cholecystektomien durchgeführt.
3. Die akute Cholecystitis führt in Deutschland zu über 63000 stationär behandelten Fällen pro Jahr.
4. Es existiert in Deutschland seit 2018 eine aktualisierte S3-Leitlinie zu diesem Thema.
5. Es bestehen immer wieder dennoch im klinischen Alltag und in der Praxis Probleme und Fragestellungen.

### Fragestellungen:

1. Wann ist der optimale Operationszeitpunkt bei akuter Cholecystitis?
2. Bei 10% der Betroffenen mit einem symptomatischen Gallensteinleiden besteht parallel eine Choledocholithiasis.  
Welches ist wohl das bessere therapeutische Splitting: ERCP vor oder nach der Operation?
3. Die offene Cholecystektomie ist in schwer entzündlichen Zuständen nicht unbedingt einfacher.
4. Wie sind die Strategien im Notfall?
5. Laparoskopische Cholecystektomie wann immer indiziert und möglich.
6. Was aber ist die ideale laparoskopische Technik?
7. Gallengangsverletzungen im Rahmen der Operation einer schwer nekrotischen Cholecystitis.  
Wie sieht das interdisziplinäre Management aus? Worauf muss man achten?

## **Akute Cholecystitis : Operative Notfall oder frühelektive Cholecystektomie?**

### Hintergrund:

1. Die akute Cholecystitis führt in Deutschland pro Jahr zu 15000 stationäre Behandlungen
2. Die interdisziplinäre und prospektiv randomisierte ACDC-Studie hat den optimalen OP-Zeitraum innerhalb von 24 Stunden nach stationärer Aufnahme bestimmt.

### Zentrale Fragestellung:

Chirurgie I  
Klinik für Allgemein- Visceral-  
und spezielle Visceralchirurgie  
Chefarzt:  
Dr.med. Frank Klammer  
Pankreaschirurgie  
Schilddrüsenchirurgie  
Endokrine Chirurgie  
Hernienchirurgie  
Onkologische  
Chirurgie  
Prokologische Chirurgie

Chefsekretariat:  
Manuela Wördemann  
Tel. 02382 / 858 - 315  
Fax. 02382 / 858 - 308  
[chirurgie@sfh-ahlen.de](mailto:chirurgie@sfh-ahlen.de)

Sprechstunden Sekretariat  
Tel. 02382- 858-311  
Mo. – Fr. 08:30 – 16:00 Uhr

**Wie streng ist diese 24-Stunden-Regel einzuhalten?**

- Immer eine Notfall-OP?
- Frühelektiv im nächsten Tagesprogramm?
- Hat ein Zeitintervall von bis zu 72 Stunden nach stationärer Aufnahme gleichwertige Ergebnisse?

**Typische Klinik bei steinbedingter Cholecystitis:**

- Rechtsseitige Oberbauchschmerzen
- Lokaler Druckschmerz (Murphy-Zeichen)
- Fieber
- Erhöhte laborchemische Infekt Zeichen

**Stadieneinteilung, Präoperative Risikostratifizierung:**

Aktuelle Studien zeigen, dass eine präoperative Klassifizierung des Entzündungsstadiums der Gallenblase nicht ausreichend ist, um eine postoperative Morbidität oder Mortalität vorauszusagen.

Auch bei einer weit fortgeschrittenen Cholecystitis (klinisch und laborchemisch septische Situation, ASA  $\geq 3$  oder CCI  $\geq 4$ ) kann eine **primäre** Cholecystektomie sicher durchgeführt werden. Voraussetzung ist eine generelle Operationsfähigkeit.

Bei Sepsis und Gallenblasenperforation besteht in aller Regel eine unmittelbare Operationsindikation

**Referenzzeitpunkt: Symptombeginn vs. Stationäre Aufnahme:**

Die Festlegung des Symptombeginns ist häufig sehr schwierig bis unmöglich

Der klinische Befund zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme ist somit der einzige objektiv reproduzierbare Faktor an dem sich die Operationsplanung messen sollte.

**Operationszeitpunkt 24 vs. 72 Stunden nach stationärer Aufnahme:**

Die laparoskopische Cholecystektomie ist der operative Standard.

Entgegen früherer Annahmen hat die frühelektive Cholecystektomie keine höhere Komplikationsrate und Konversionsrate.

Die Morbidität verringert sich signifikant bei Durchführung der Cholecystektomie innerhalb 24 Stunden nach stationärer Aufnahme.

**Fazit:** Je früher die laparoskopische Cholecystektomie nach Aufnahme erfolgt, desto besser ist es für den Patienten.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Frank Klammer

Chefarzt der Klinik für Allgemein-,  
Visceral- und Spezielle Chirurgie

**Öffnungszeiten Allgemeine Sprechstunde:**

St. Franziskus-Hospital Ahlen

Klinik für Allgemein-, Visceral- und Spezielle Chirurgie

Täglich

**08:30 – 10:00 Uhr**

Mo.- freitags

**10:00 – 16:30 Uhr**

Anmeldung erfolgt beim

Sprechstunden Sekretariat

Tel. 02382- 858-311 (Mo. – Fr. von 08:30 – 16:00 Uhr)