

Ratgeber

Gallensteine

Prof. em. Dr. Tilman Sauerbruch

PD Dr. Michael Neubrand



Dieser Patientenratgeber richtet sich an Interessierte und hat zum Ziel, Sie übersichtlich und verständlich über die wichtigsten Fragen zum Thema Gallensteine zu informieren. Ein Glossar, das die wichtigsten medizinischen Begriffe erklärt, finden Sie am Ende des Ratgebers. Der Ratgeber ersetzt nicht das persönliche Gespräch mit dem Arzt¹⁾, an den Sie sich bei gesundheitlichen Fragen, Zweifeln und Sorgen wenden sollten, und dem die individuelle Diagnostik und Therapie in Absprache mit Ihnen vorbehalten ist.

Einleitung

Die Gallengänge des Menschen sind die Verbindung zwischen der Leber und dem oberen Anteil des Dünndarms (Zwölffingerdarm; Abb. 1). Sie transportieren die in der Leber gebildete Galle. Die Galle besteht zu einem großen Teil aus Wasser. In dieser wässrigen Flüssigkeit sind Abbauprodukte des Körperstoffwechsels und von Medikamenten gelöst, aber auch Elektrolyte, Cholesterin, Gallensäuren, andere Lipide und Bilirubin.

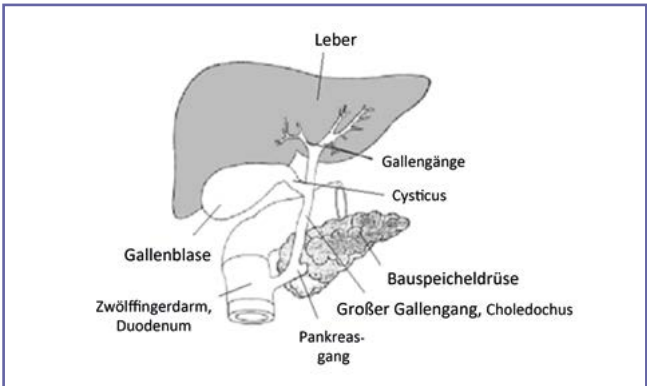


Abb. 1 Schemazeichnung der Gallengänge, der Leber und der Bauchspeicheldrüse

1) Aus Vereinfachungsgründen wurde unabhängig vom Geschlecht nur die männliche Formulierungsform gewählt. Die Angaben beziehen sich auf Angehörige jedweden Geschlechts.

Die Galle ist wichtig für die Aufnahme von Fetten und Vitaminen aus dem Darm. Sie dient daher einerseits der Entgiftung und andererseits der Verdauung der Nahrung, insbesondere der Fettverdauung. Vom Hauptgallengang (Ductus choledochus) geht eine kleine Abzweigung (Ductus cysticus) zur Gallenblase, dem Reservoir für einen großen Teil der Galleflüssigkeit. Die Gallenblase haftet an der Unterfläche der Leber. Ihr bauchiges Ende ist bei den meisten Menschen direkt unterhalb des rechten Rippenbogens gelegen und der inneren Bauchdecke benachbart. Gelangt die Nahrung vom Magen in den Zwölffingerdarm, zieht sich die Gallenblase zusammen und schüttet Galle für die Verdauung in den Darm aus. Bestandteile in der Galleflüssigkeit (besonders Cholesterinkristalle) können verklumpen und dadurch Steine bilden. Zu neunzig Prozent liegen diese Steine in der Gallenblase, seltener in den Gallengängen, die die Leber und den Zwölffingerdarm verbinden, und sehr selten in den Gallengängen innerhalb der Leber. Gallenblasensteine bestehen in Ländern westlicher Zivilisation vorwiegend aus Cholesterinkristallen. Man spricht daher von Cholesterinsteinen (Abb. 2c und Abb. 3). Die Steine in den Gallengängen (Abb. 2a und Abb. 2c) enthalten weniger Cholesterin. Sie bestehen vorwiegend aus anderem anorganischen Material wie Bilirubin und kalziumhaltigen Fettsäuren.

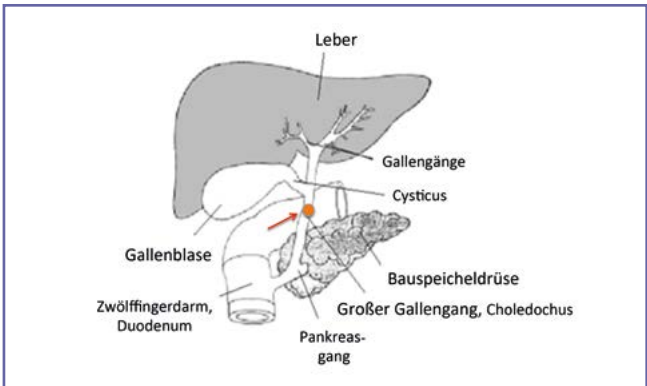


Abb. 2a Schema eines Steins im Hauptgallengang (Pfeil)

Die Erkrankung

Gallensteine führen vor allem dann zur Erkrankung, wenn sie sich in den Gallengängen einklemmen. Eine häufige Krankheitserscheinung (Symptom) sind dann Bauchkrämpfe (Koliken) oder – seltener – Entzündungen der Gallenblase (Cholezystitis) bzw. der Gallengänge (Cholangitis). Es wird zudem angenommen, dass Gallensteine oder mit Gallensteinen vergesellschaftete Veränderungen der Galleflüssigkeit die Entstehung von Gallenblasenkrebs begünstigen. Das Risiko einer Krebsentstehung ist jedoch so gering, dass man bei Gallenblasensteinen, die bis dahin keinerlei Beschwerden hervorgerufen haben, nicht zur Entfernung der Gallenblase rät, um die Krebsentstehung zu verhindern.

Gallengangssteine führen häufiger zur Krankheit als Steine in der Gallenblase. Wiederum können sie Koliken hervorrufen, aber auch eine Gelbsucht (durch den Verschluss des Hauptgallengangs) oder eine Entzündung der Gallengänge (Cholangitis). Eine Bauspeicheldrüsenentzündung (Pankreatitis) entsteht, wenn sich ein Stein kurz vor dem Übergang in den

Zwölffingerdarm einklemmt (Abb. 2b). An dieser Stelle mündet auch der Bauchspeicheldrüsengang. Wird die Mündung (Papille) verschlossen, so kann der Rückstau von Pankreassaft oder Galle eine Entzündung der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) hervorrufen.

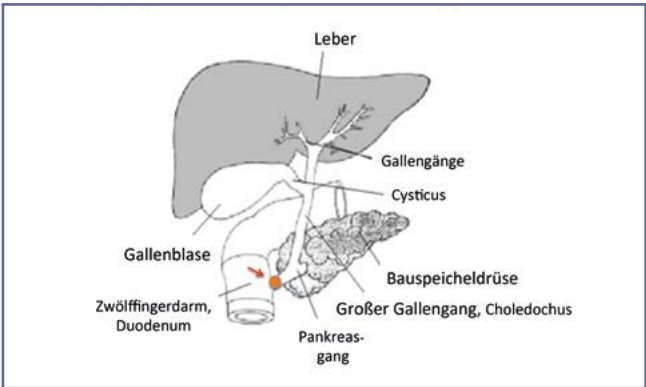


Abb. 2b Schema eines Steins (Pfeil) in der Mündung von Gallengang und Pankreas (Papille), der auch zur Bauchspeicheldrüsenerkrankung führen kann

Steine in den Gängen innerhalb der Leber führen, wenn sie überhaupt Beschwerden hervorrufen, häufig zu Entzündungszeichen. Meist liegt der Stein dann vor einer entzündlichen Gallengangsenge.

Wie häufig ist die Erkrankung?

Gallenblasensteine kommen in Deutschland im Mittel bei etwa jedem zehnten Menschen vor (Abb. 2c u. Abb. 3). Sie nehmen im Alter zu und sind bei Frauen häufiger. So haben im dritten Lebensjahrzehnt zwei Prozent der Männer und fünf Prozent der Frauen Gallenblasensteine. Nach dem siebzigsten Lebensjahr haben jede zweite Frau und jeder dritte Mann in Deutschland Gallenblasensteine. Allerdings bekommen etwa fünfundsiebzig Prozent der Steinträger nie

Beschwerden (asymptomatische Steine), die direkt auf Gallenblasensteine zurückzuführen sind. Sie sind nicht Gallenstein-krank und brauchen daher, von wenigen Ausnahmen abgesehen (s. u.), keine Behandlung. Gallengangssteine führen dagegen häufiger zu Krankheitssymptomen.

Oft fragen die Menschen, bei denen sogenannte asymptomatische Gallenblasensteine entdeckt wurden, ob sie in Zukunft Beschwerden bekommen könnten. Das Risiko, innerhalb der nächsten fünf Jahre nach erstmaliger Diagnose der Gallenblasensteine eine Bauchkolik zu bekommen, beträgt bei diesen Menschen zehn bis zwanzig Prozent.

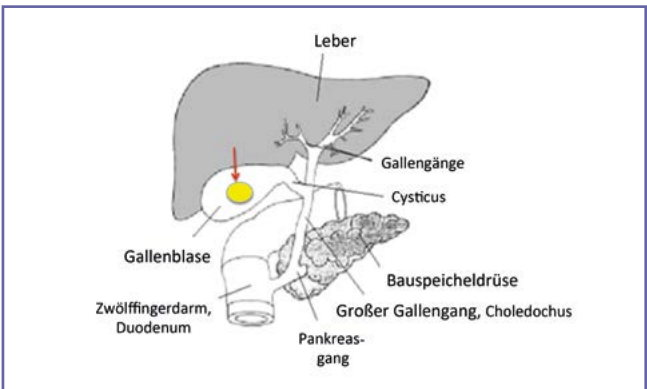


Abb. 2c Schema eines Steins in der Gallenblase (Pfeil)



Abb. 3 Stein aus der Gallenblase (Cholesterinstein)

Wer ist gefährdet?

Es gibt einige Bedingungen, die dazu führen, dass sich Gallenblasensteine leichter ausbilden:

- weibliches Geschlecht,
- Übergewicht (aber auch sehr rasche Gewichtsabnahme bei Fastenkuren),
- zunehmendes Alter,
- erbliche Veranlagungen (im Mittel tragen die angeborenen Faktoren aber nur zu einem Viertel zur Steinbildung bei).

Auch der Diabetes mellitus Typ 2 ist mit einem erhöhten Vorkommen von Gallenblasensteinen assoziiert. Haben Menschen schon sehr früh im Leben Gallensteine, so sollte man vorwiegend an vererbte Ursachen denken.

Bestimmte chronische Entzündungen der Gallengänge können die Steinbildung in den Gallengängen begünstigen.

Ein vermehrter Abbau von roten Blutkörperchen (chronische Hämolyse) kann ebenfalls zur Entstehung von Gallensteinen führen. In solchen Situationen handelt es sich nicht um Cholesterinsteine, sondern um sogenannte schwarze Pigmentsteine (Abb. 4). Darüber hinaus können Gallensteine in seltenen Fällen auch durch Medikamente (bestimmte Antibiotika oder Hormonanalogue) hervorgerufen werden.



Abb. 4 Geöffnete Gallenblase mit zwei schwarzen Gallensteinen

Welches Erscheinungsbild hat die Krankheit?

Man muss zwischen Krankheitserscheinungen, die von Gallenblasensteinen und solchen, die von Gallengangssteinen ausgehen, unterscheiden.

Wie oben bereits erwähnt, sind über fünfundsiebzig Prozent der Gallenblasensteine nicht mit Krankheitserscheinungen verbunden. Treten Symptome auf, so sind es bei neun von zehn Menschen zunächst Krämpfe (man spricht auch von Koliken). Sie kommen häufiger nach dem Essen vor und werden im rechten Oberbauch (unter dem rechten Rippenbogen) oder auch im Mittelbauch (unter dem Brust-

bein) empfunden. Sie halten länger als 15 Minuten an und sind heftig (häufig wird ein Arzt benötigt). Diese Beschwerden können mit Übelkeit und Erbrechen einhergehen, in den Rücken und gelegentlich auch unter die rechte Schulter ausstrahlen. Halten solche Schmerzen länger (über Stunden) an und sind sie mit abgrenzbaren Schmerzen verbunden, wenn man die Bauchdecke über der Gallenblasenregion eindrückt, so sollte unbedingt ein Arzt aufgesucht werden. Ein derartiges Krankheitsbild deutet auf eine Gallenblasenentzündung – einen medizinischen Notfall!

Bereiten Steine in den Gallengängen Beschwerden, so kann es ebenfalls zu Bauchkrämpfen kommen, die in der Regel mehr im Mittelbauch unterhalb des Brustbeins wahrgenommen werden. Nicht selten folgen diesen Krämpfen eine Gelbsucht (Ikterus) und Fieber. Lösen Steine in den Gallengängen eine Pankreatitis aus, so sind die Schmerzen anhaltend, stark und mit einem geblähten, gespannten Bauch vergesellschaftet. Alle diese Zeichen bedürfen der raschen Versorgung durch einen Arzt.

Welche Untersuchungen werden vorgenommen?

Für die Gallenblasensteinerkrankung ist die Ultraschalluntersuchung (Sonografie, Abb. 5) des Bauchraums die entscheidende Maßnahme. Gallenblasensteine oder eine Entzündung der Gallenblase können mittels einer Sonografie durch die Bauchdecke mit hoher Treffsicherheit festgestellt oder ausgeschlossen werden. Die Ultraschalluntersuchung ist daher immer die erste diagnostische Maßnahme bei einem Verdacht auf Gallensteine. Bei Verdacht auf eine Entzündung oder gleichzeitige Gallengangssteine wird auch eine Blutuntersuchung angeschlossen.

Eine Computertomografie (CT) wird nur bei Verdacht auf eine ausgedehnte Bauchentzündung oder zur Abklärung anderer/weiterer Ursachen der Symptome vorgenommen.

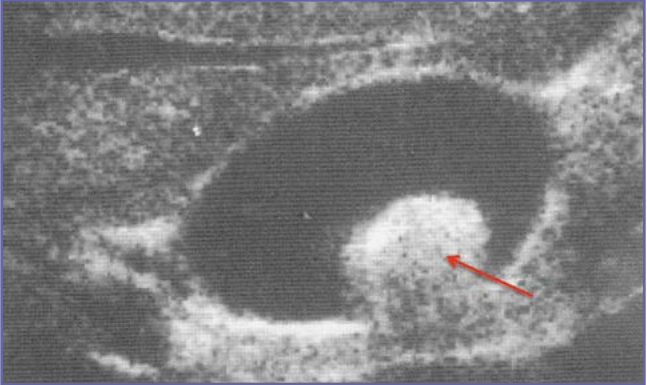


Abb. 5 Sonografie eines Cholesterinsteins (Pfeil) in der Gallenblasenflüssigkeit (schwarze Umgebung)

Werden Gallengangssteine vermutet, so hängen die weiteren Maßnahmen von der Stärke des Verdachts ab.

- Besteht nach einer Sonografie des Bauchraums und den Blutuntersuchungen ein hoher Verdacht, so werden die Ärzte eine sogenannte ERCP (Spiegelung des Zwölffingerdarms mittels eines über den Mund eingeführten Endoskops mit gleichzeitiger Röntgendarstellung der Gallengänge über einen endoskopisch eingeführten Katheter) vorschlagen. Diese Untersuchung kann mit einem kleinen Eingriff (endoskopische Papillotomie, EPT) kombiniert werden, bei dem die Mündung des Gallengangs (Papille) gespalten wird. Dieses Vorgehen ermöglicht es, Steine aus dem Gallengang zu entfernen, ohne die Bauchdecke zu öffnen.

- Ist der Verdacht auf Steine im Gallengang vage, so sollte eine MRCP (Darstellung der Gallengänge mithilfe der Kernspintomografie) oder ein Ultraschall des Gallengangs vom Zwölffingerdarm aus (Endosonografie) vorgenommen werden. Hierfür wird ein Endoskop eingesetzt, an dessen Spitze ein kleines Ultraschallgerät eingebaut ist.

MRCP und Endosonografie haben weniger Nebenwirkungen als die ERCP, die vor allem mit dem Risiko behaftet ist, eine Bauchspeicheldrüsenentzündung hervorzurufen. Nach neueren Studien kann diese Nebenwirkung durch die Gabe eines entzündungshemmenden Zäpfchens direkt vor oder nach der Untersuchung wahrscheinlich gemindert werden.

Wie verläuft die Krankheit?

Koliken (Bauchkrämpfe), die durch Steine in der Gallenblase hervorgerufen wurden, klingen meist relativ rasch wieder ab. Bei etwa einem Drittel der Patienten handelt es sich um ein einmaliges Ereignis. Bei den anderen Patienten kommt es zu erneuten Koliken. Koliken können auch Vorboten einer Gallenblasenentzündung sein. Daher sind Koliken, die eindeutig auf Gallenblasensteine zurückzuführen sind, eine Indikation zur operativen Entfernung der Gallenblase, um erneute Bauchkrämpfe sowie Komplikationen zu verhindern.

Die Gallblasenentzündung (häufig begleitet von gut abgrenzbaren, anhaltenden Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen und Fieber) klingt sehr selten spontan ab. Im Gegenteil, sie kann in der Folge zu einer schweren Bauchentzündung führen. In diesen Fällen wird der Arzt so rasch wie möglich (am besten innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme ins Kran-

kenhaus) die Entfernung der Gallenblase vornehmen. Bei Bauchschmerzen, die durch Steine im Gallengang (Abb. 2a) hervorgerufen wurden, kann es häufig auch zu Entzündungszeichen (Fieber) oder Zeichen des Gallestaus (Gelbsucht) und – in seltenen Fällen – einer Bauchspeicheldrüsenentzündung (starke, anhaltende Schmerzen im ganzen Bauchraum mit Blähungen) kommen.

Welche Behandlungen gibt es?

Die durch Gallenblasensteine verursachten Bauchkoliken werden durch unterschiedlich wirkende Schmerzmittel und Krampflöser behandelt (z. B. nichtsteroidale Antiphlogistika, N-Butylscopolamin oder Opiatderivate).

Da Gallenblasensteine, die Koliken hervorgerufen haben, erneut zu Beschwerden sowie schwereren Entzündungen im Bauchraum führen können, wird der Arzt in dieser Situation immer eine Entfernung der Gallenblase vorschlagen (s. o.). Die Entfernung der Gallenblase erfolgt heutzutage meist durch minimal-invasive Chirurgie (Knopflochchirurgie). Bei dieser sogenannten laparoskopischen Cholezystektomie wird die Gallenblase in Narkose nach einer künstlichen Aufdehnung des Bauchraums durch CO₂ mittels Sonden und Optiken, die das Operationsgebiet auf einen Bildschirm übertragen, durch den leicht geschlitzten Bauchnabel entfernt. Der Operateur kann mit dieser Technik den Eingriff sehr gezielt durchführen und den Verlauf der Operation gut kontrollieren. Der Eingriff zählt zu den häufigsten Bauchoperationen in Deutschland (ca. 170.000 Eingriffe pro Jahr). Das Risiko einer Komplikation durch die Operation ist gering. Hierüber wird der Patient vor dem Eingriff genau aufgeklärt. Nur bei sehr komplizierten Situationen ist

ein richtiger Bauchschnitt notwendig; auch dies wird Ihnen Ihr Arzt erklären.

Der Eingriff dauert in der Regel weniger als eine Stunde. Direkt nach der Operation kann es zu leichten bis mäßigen Wundschmerzen, Schmerzen unter der Schulter sowie Übelkeit und Erbrechen kommen. Diesen Beschwerden kann man unschwer mit Medikamenten begegnen. Die meisten Patienten können am zweiten oder dritten Tag nach der Operation entlassen werden.

Es gibt nur wenige Konstellationen, in denen man Menschen mit asymptomatischen Gallenblasensteinen dennoch zur Entfernung der Gallenblase rät. Dies betrifft in der Regel Patienten, bei denen gleichzeitig große Polypen in der Gallenblase vorhanden sind, eine Verkalkung der Gallenblasenwand vorliegt oder sehr große Gallensteine (über 3 cm Durchmesser) festgestellt werden. In diesen Situationen rechtfertigt das erhöhte Krebsrisiko eine Cholezystektomie, obwohl keine Beschwerden vorliegen.

Es kann auch sein, dass der Chirurg vor sehr ausgedehnten Bauchoperationen die Möglichkeit einer gleichzeitigen Entfernung der Gallenblase mit Ihnen bespricht.

Hat der Arzt einen gut begründeten Verdacht auf Steine in den Gallengängen, wird er Ihnen eine sogenannte endoskopische Papillotomie (EPT) vorschlagen. Dabei wird der Gallengang vom Zwölffingerdarm aus geöffnet, um die Steine ohne offene Operation zu entfernen. Der Operateur führt ein Endoskop durch den Mund über den Magen bis vor die Mündung der Gallengänge vor. Dann werden die Gallengänge mithilfe von Kontrastmittel, das durch eine Sonde eingespritzt wird, zunächst durch gleichzeitige Röntgendurchleuchtung dargestellt (ERCP, Abb. 6). Finden sich Steine, wird die Mündung des

Gallengang in den Zwölffingerdarm gespalten. Anschließend kann man die Steine mithilfe eines ebenfalls durch das Endoskop eingeführten kleinen Metallkorbs entfernen. Während des Eingriffs bekommt der Patient ein Schlafmittel, jedoch keine Vollnarkose. Besteht der Verdacht auf Steine in den Gallengängen und in der Gallenblase, werden in der Regel zunächst die Steine auf endoskopischem Wege aus dem Gallengang entfernt. Danach erfolgt die Entfernung der Gallenblase.

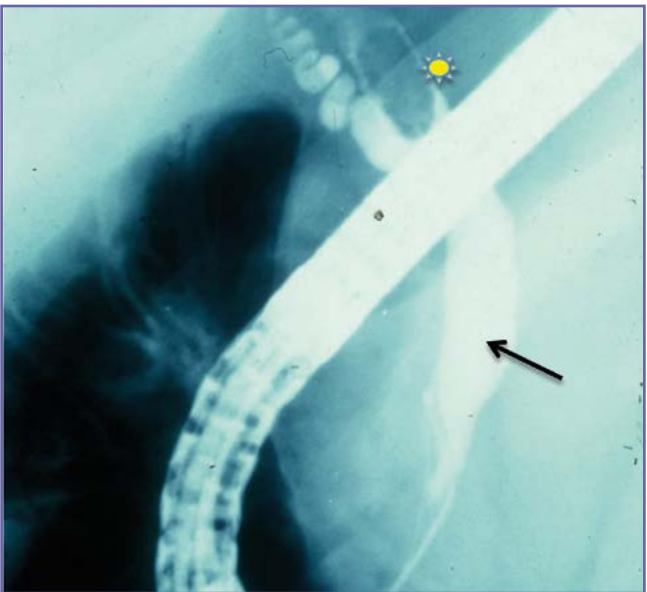


Abb. 6 Röntgendarstellung eines Steins (*) im Gallengang (Pfeil) durch Kontrastmittelgabe mittels eines vom Endoskop eingeführten Katheters (ERCP). Der Stein wurde in derselben Sitzung durch eine endoskopische Papillotomie (EPT) entfernt.

Haben Steine in den Gallengängen zu einer Bauchspeicheldrüsenentzündung geführt und ist die Gallenblase noch vorhanden, so sollte – nach Entfernung eventuell vorhandener Gallengangssteine – die Gallenblase so rasch wie möglich entfernt werden, da von den Gallenblasensteinen erneut eine Bauchspei-

cheldrüsenentzündung ausgehen kann.

Eine durch Steine hervorgerufene Entzündung der Gallengänge (Cholangitis) wird unter gleichzeitiger Gabe von Antibiotika bei den meisten Patienten zunächst auf endoskopischem Wege behandelt, um den Gallefluss wiederherzustellen und Eiteransammlungen im Gallengang zu beheben.

Welche Maßnahmen sind nach einer abgeschlossenen Behandlung erforderlich?

Obwohl die Gallenblase ein Reservoir für die Galle darstellt, um diese zur Unterstützung der Verdauung auszuschütten, wenn die Nahrung in den Zwölffingerdarm gelangt, kommt es nach ihrer Entfernung nur bei sehr wenigen Menschen zu Verdauungsstörungen. Es besteht also kein Grund zur Beunruhigung. Durch die Entfernung der Gallenblase erwächst kein Schaden. Sehr selten kann es nach dem Wegfall der Reservoirfunktion der Gallenblase zu chronischem Durchfall kommen. Gegebenenfalls sollten Sie Ihren Arzt darauf ansprechen. Er wird dann weitere Schritte einleiten, um die Ursachen des Durchfalls abzuklären und entsprechend zu behandeln.

Was sollte ich bei wiederholten Bauchschmerzen tun, obwohl die Gallensteine entfernt wurden?

Wenn vor der Operation sorgfältig abgeklärt worden ist, dass die Gallensteine eindeutig Ursache der Bauchschmerzen sind, sind die meisten Menschen nach einer erfolgreichen Operation beschwerdefrei.

Treten dennoch weiterhin Bauchbeschwerden auf, so sollten Sie mit Ihrem Arzt besprechen, ob nicht andere Organe im Bauchraum (Magen, Darm, Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse oder auch Nieren) für die Symptome verantwortlich sein könnten.

Gelegentlich verursachen auch Steine in den Gallengängen, die vor der Entfernung der Gallenblase nicht festgestellt wurden oder sich neu in den Gallengängen gebildet haben, Beschwerden (z. B. Koliken und Gelbsucht mit und ohne Fieber).

Die Entfernung der Gallenblase ist eine sehr sichere Operation. Ganz selten (in Deutschland deutlich unter einem Prozent) kann der Eingriff Folgen an den Gallengängen hervorrufen (z. B. ein Galleleck oder Einengungen eines Gallengangs). Fieber, Schmerzen und Gelbsucht nach der Operation können darauf hinweisen. Bei solchen Erscheinungen sollten Sie rasch Ihren Arzt aufsuchen.

Wie kann die Krankheit verhindert werden?

Da unser westlicher Lebensstil besonders die Bildung von Cholesterinsteinen in der Gallenblase fördert, können allgemeine Maßnahmen, die man unter einem gesunden Leben versteht, auch die Steinbildung in der Gallenblase mindern. Dies sind:

- regelmäßige, vermehrte körperliche Aktivität,
- die Verhinderung von Übergewicht und
- eine gesunde ausgewogene Ernährung, die genügend Obst und Gemüse enthält.

Eine sehr rasche und starke Gewichtsabnahme (über 1–2 kg pro Woche) – z. B. bei Fastenkuren oder Eingriffen gegen Fettleibigkeit – kann vorübergehend zur Bildung von Steinen in der Gallenblase führen (obwohl eigentlich Übergewicht mit einem erhöhten Steinrisiko verbunden ist). Die Gründe sind komplex; eine Erläuterung führt an dieser Stelle zu weit. Um die Steinbildung bei starker Gewichtsabnahme zu verhindern, kann ein Medikament (Ursodesoxycholsäure) verabreicht werden, das die Bildung von Cholesterinkristallen in der Galle verhindert, so lange bis sich ein neues stabiles Körpergewicht eingependelt hat. Abgesehen von dieser speziellen Situation werden keine Medikamente zur Verhinderung der Steinbildung in der Gallenblase empfohlen.

Nach der endoskopischen Entfernung von Steinen aus den Gallengängen treten in den anschließenden Jahren nahezu bei jedem fünften Patienten neue Steine (Beschwerden s. o.) auf, die meist sehr einfach erneut auf endoskopischem Wege entfernt werden können. Leider gibt es keine gesicherten Maßnahmen/Medikamente, um Neubildungen von Gallengangsteinen zu verhindern. Allerdings sollte gewährleistet sein, dass der Galleabfluss in den Zwölffingerdarm wirklich ausreichend ist. Lediglich bei ganz seltenen erblichen Defekten der Gallebildung, die meist schon bei jungen Menschen zu Steinen in der Gallenblase und in den Gallengängen führen, kann die dauerhafte Gabe von Ursodesoxycholsäure sinnvoll sein, um die wiederholte Steinbildung zu unterdrücken.

Schwangerschaft und Gallensteine

Etwa fünf Prozent aller Schwangeren haben Steine in der Gallenblase und bis zu dreißig Prozent können

über den Verlauf der Schwangerschaft Gries in der Gallenblase entwickeln, vor allem wenn schon vor der Schwangerschaft Übergewicht bestanden hat. Solange die Steine während der Schwangerschaft keine Beschwerden bereiten, ist auch keine Behandlung notwendig. Andernfalls können und sollten Gallenblasen- und Gallengangssteine bei typischen Beschwerden entfernt werden. Die notwendigen Eingriffe sind auch in der Schwangerschaft ohne großes Risiko möglich, am schonendsten im zweiten Drittel der Schwangerschaft.

Wie können Sie sich selbst helfen?

Eine gesunde Lebensweise (s. o.) senkt das Risiko der Gallensteinbildung. Bei kolikartigen Bauchschmerzen – vor allem unter dem rechten Rippenbogen oder auch in der Magengrube – sollten Sie Ihren Hausarzt aufsuchen und hinsichtlich des Vorhandenseins von Gallensteinen konsultieren. Gelbsucht, auch Fieber, können ebenfalls auf Steine hinweisen.

Glossar

Asymptomatische Gallensteine

Gallensteine, die keine Symptome (Beschwerden) hervorrufen; die meisten Gallenblasensteine sind asymptomatisch

Bilirubin

Gelber Gallenfarbstoff; Abbauprodukt des roten Blutfarbstoffs; wird von der Leber in die Galle und über diese in den Darm ausgeschieden; bei einer Verstopfung der Gallengänge (z. B. durch Steine) verursacht der „Rückstau“ von Bilirubin eine Gelbsucht; gleichzeitig wird der Stuhl hellgelb bis hellgrau

Cholangitis

Entzündung der Gallengänge

Choledochus (Ductus choledochus)

Hauptgallengang, vereint die von der Leber kommenden Gallengänge und führt die Galle in den Zwölffingerdarm (Abb. 1)

Cholesterin

Anorganische Substanz (Steroid), die zu den Lipiden gehört und eine wichtige Funktion beim Aufbau von Zellmembranen hat. Cholesterin wird über die Galle ausgeschieden; ist die Cholesterinkonzentration in der von der Leber gebildeten Galle zu hoch, kann Cholesterin zu

Cholesterinkristallen ausfallen, die Kristalle können zu Gallensteinen verklumpen

Cholezystektomie

Entfernung der Gallenblase, um Gallenblasensteine zu entfernen; eine der häufigsten Bauchoperationen in Deutschland; man unterscheidet eine offene und laparoskopische Cholezystektomie

Cholezystitis

Entzündung der Gallenblase

Computertomografie (CT)

Spezielles Röntgenverfahren, bei dem computergestützt sehr genaue Schnittbilder des Körpers angefertigt werden können

Elektrolyte

Elektrisch geladene Elemente (z. B. Natrium oder Kalium) in Flüssigkeiten

Endosonografie

Ultraschalluntersuchung der Gallengänge mithilfe eines Endoskops vom Zwölffingerdarm und Magen aus

ERCP (endoskopische retrograde Cholangio-Pankreatikografie)

Kombination aus Dünndarmspiegelung (Endoskopie) und Röntgenuntersuchung, um die Gallengänge und die Gallenblase darzustellen; wird vor allem bei hohem Verdacht auf Steine in den Gallengängen eingesetzt

EPT (endoskopische Papillotomie)

Spaltung der Mündung des Hauptgallengangs (Papille) in den Zwölffingerdarm auf endoskopischem Wege; ermöglicht die Entfernung von Gallengangssteinen ohne offene Operation

Galle

Körperflüssigkeit, die in der Leber gebildet wird; besteht vorwiegend aus Wasser, in dem Abbauprodukte des Stoffwechsels oder von Fremdstoffen gelöst bzw. emulgiert sind; dient der Entgiftung des Körpers und der Fettverdauung

Gallenblase

Kleines sackförmiges Hohlorgan, das vom Hauptgallengang abzweigt und die in der Leber gebildete Galle eindickt und speichert; vor allem in der Gallenblase können sich Gallensteine bilden

Gallenblasensteine

Auch Gallenblasenkonkremente; Steine, die sich in der Gallenblase gebildet haben; bestehen vorwiegend aus Cholesterin (Cholesterinsteine); führen bei der Mehrzahl der Menschen nicht zu Erkrankungen

Gallengänge

Verbindung zwischen der Leber und dem Zwölffingerdarm (Duodenum); in den Gallengängen fließt die Galle (Abb. 1)

Gallengangssteine

Liegen meist in den großen Gallengängen, die Leber und Zwölffingerdarm verbinden; können Cholesterinsteine sein, wenn sie aus der Gallenblase abgewandert sind; entstehen sie direkt in den Gallengängen, sind sie lehmartig; Gallengangssteine sind seltener als Gallenblasensteine, führen aber häufiger zu Krankheiten

Gallensäuren

Werden von der Leber in die Gallengänge ausgeschieden; sind Bestandteil der Galle; wirken als Emulgatoren für das Cholesterin in der Galle und für die Fettverdauung im Darm

Hämolyse

(Vorzeitige, vermehrte) Auflösung von roten Blutkörperchen mit vermehrtem Anfall von Bilirubin; kann zu Pigmentgallensteinen (schwarzen Gallensteinen, Abb. 4) in der Gallenblase führen; in Deutschland selten.

Hormonanaloge

Medikamente, die wie körpereigene Hormone wirken

Kolik

Krampfartige oder wehenartige Schmerzen im Bauchraum

Komplikation

Schwerwiegende Folge einer Krankheit oder eines ärztlichen Eingriffs

Lipide

Organische Körperstoffe, z. B. Steroide, Triglyzeride, Gallensäuren; sind teilweise Bestandteile der Galle und werden über sie ausgeschieden

MRCP (Magnetresonanz-Cholangio-Pankreatikografie)

Verfahren zur Darstellung der Gallen- und Pankreasgänge mithilfe der Magnet- oder Kernspinresonanztomografie; keine Belastung durch Röntgenstrahlen; relativ genaue Darstellung von Steinen in den Gallengängen möglich; weniger Nebenwirkungen als ERCP

Pankreas

Bauchspeicheldrüse

Pankreatitis

Entzündung der Bauchspeicheldrüse

Papille (auch Vater-Papille)

Durch einen Muskel verschlossene Mündung des Gallen- und Pankreasgangs in den Zwölffingerdarm (Duodenum)

Pigmentgallensteine

Man unterscheidet schwarze Pigmentsteine (vorwiegend in der Gallenblase) und braune (vorwiegend in den Gallengängen); werden von Cholesteringallensteinen (Abb. 3) abgegrenzt; seltener als diese

Sonografie (Ultraschall)

Untersuchungsmethode, bei der mittels Schallwellen Schnittbilder von Körperorganen angefertigt werden; besonders geeignet, um Gallenblasensteine darzustellen

Symptome

Krankheitserscheinungen wie Schmerzen oder Fieber

Ursodesoxycholsäure

Gallensäure, die primär als Medikament bei bestimmten Lebererkrankungen eingesetzt wird, selten auch um Cholesteringallensteine zu behandeln bzw. zu verhindern

Zystikus (Ductus cysticus)

Gallengang, der den Hauptgallengang mit der Gallenblase verbindet

Autoren

Prof. em. Dr. Tilman Sauerbruch
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Straße 25
53105 Bonn

PD Dr. Michael Neubrand
Chefarzt der Inneren Abteilung
Krankenhaus Maria Stern
Am Anger 1
53424 Remagen

Interessenkonflikte:

Prof. em. Dr. Tilman Sauerbruch:
Gelegentlich honorierte Vorträge über Gallensteine

Abbildungsnachweis:

Prof. em. Dr. T. Sauerbruch, Bonn

Ihnen hat dieser Ratgeber gefallen? Sie haben Fragen oder Anregungen? Dann schreiben Sie uns. Mit Ihrer Rückmeldung helfen Sie, diesen Patientenratgeber weiter zu verbessern. Unsere Anschrift: Gastro-Liga e.V., Redaktion „Patientenratgeber“, Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen, E-Mail: geschaeftsstelle@gastro-liga.de

Aufnahmeantrag

an Gastro-Liga e.V. , Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen



Ich möchte in die Gastro-Liga e.V. als Mitglied aufgenommen werden

Name

Vorname

Beruf

Straße

PLZ/Wohnort

Telefon / Fax

E-Mail

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von €
(jährlicher Mindestbeitrag € 30,00)

Betrag in Worten
wird jährlich per Lastschrift erhoben.

Datum und Unterschrift

Diese Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben elektronisch gespeichert werden.



Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftenmandats für die Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrages

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger/Gläubiger:

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm und Leber sowie von Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung (Gastro-Liga) e.V.,
Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE19ZZZ00000452908

Mandatsreferenz-Nr.: * (s.u.)

Ich/Wir ermächtige/n die Gastro-Liga e.V. Zahlungen vom u. g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Gastro-Liga e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen

* Die Mandatsreferenz wird mir separat mitgeteilt. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis Lastschrift wird mich die Gastro-Liga e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

BIC:

Name Kreditinstitut:

Datum und Unterschrift

Weiterführende Informationen

www.dgvs.de/wissen-kompakt/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/gallensteinleiden

www.easl.eu/research/our-contributions/clinical-practice-guidelines/detail/prevention-diagnosis-and-treatment-of-gallstones

Leitlinien der europäischen Gesellschaft für Lebererkrankungen:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2016.03.005>

Die Ratgeber-Reihe der Gastro-Liga e.V. wurde erstellt in Kooperation mit Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS).

Notizen

Notizen

Gefördert durch die Ernst und Berta Grimmke – Stiftung



Stand Januar 2017

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm und Leber sowie von Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung (Gastro-Liga) e.V.

Friedrich-List-Straße 13 | 35398 Gießen | Germany
Telefon: +49 641 - 9 74 81 - 0 | Telefax: +49 641 - 9 74 81 - 18
Internet: www.gastro-liga.de | E-Mail: geschaeftsstelle@gastro-liga.de