



83-jähriger Mann mit protrahierten Oberbauchschmerzen und letztendlich Erbrechen

83-Year-Old Man with Prolonged Epigastric Pain and Ultimately Vomiting

Autoren

Patrick Magiera¹, Arno Lauber², Rainer Kaaden¹

Institut

- 1 Spital Linth, Klinik für Innere Medizin
- 2 Inselspital Bern, Universitätsinstitut für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-122591>
 Dtsch Med Wochenschr 2018; 143: 77–78
 © Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart · New York
 ISSN 0012-0472

Korrespondenzadresse

Dr. med. Rainer Kaaden
 Spital Linth
 Klinik für Innere Medizin, Gasterstrasse 25, CH-8730 Uznach
rainer.kaaden@spital-linth.ch



► **Abb. 1** a Initiale Gastroscopie. b CT des Abdomens mit intravenösem Kontrastmittel, Oberbauch in Transversalebene.

Anamnese

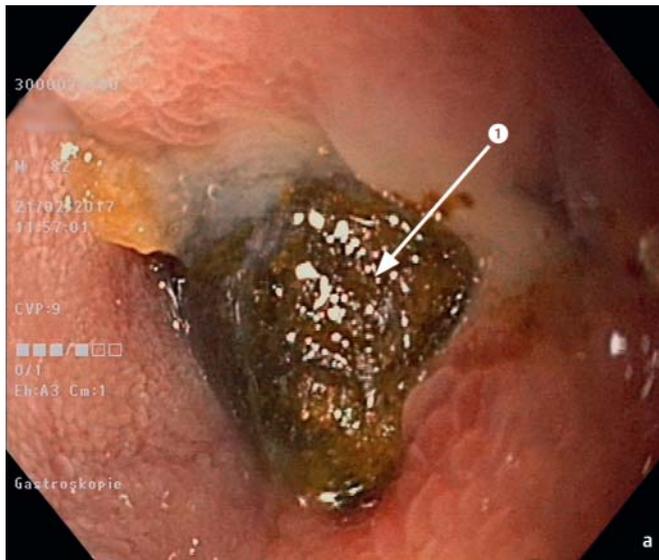
Ein 83-jähriger Mann kommt wegen mehrtägiger Oberbauchschmerzen und neu-aufgetretenem Erbrechen in die Klinik. Vorbekannt sind Diabetes mellitus Typ 2, peripher-arterielle Verschlusskrankheit und koronare Herzkrankheit. Die initiale Gastroscopie (► **Abb. 1a**) und das abdominelle Computertomogramm (CT; ► **Abb. 1b**) zeigen 3 typische Befunde.

FRAGEN

- Welche Befunde sind es?
- Erlauben diese Befunde eine Diagnose?
Wenn ja, welche?
- Sind Differenzialdiagnosen möglich?
Wenn ja, welche?

83-jähriger Mann mit protrahierten Oberbauschmerzen und letztendlich Erbrechen

83-Year-Old Man with Prolonged Epigastric Pain and Ultimately Vomiting



► **Abb. 2** a Initiale Gastrokopie. b CT des Abdomens mit intravenösem Kontrastmittel, Oberbauch in Transversalebene.

Befunde

1. Ins Duodenum perforierter Gallenstein
2. Dilatierter Bulbus duodeni und flüssigkeitsgefüllter Magen
3. Aerobilie

Diagnose

Bouveret-Syndrom

Differenzialdiagnose

Keine (Gastrokopie und CT-Abdomen lassen definitive Diagnose zu.)

Erläuterung

Das Bouveret-Syndrom ist ein seltener Fall eines Gallensteinileus. Dieser wird durch eine entzündlich entstandene Verbindung zwischen Gallenblase und Duodenum verursacht. Da das Krankheitsbild mit einer hohen Mortalität verbunden ist, bedarf es schnellen Handelns. Klassischerweise wird zur Diagnosestellung die Rigler-Trias mit Aerobilie, proximaler Dünndarmobstruktion und ektopen Gallenstein herangezogen.

Da der Patient hämodynamisch stabil war, konnte im Kantonsspital St. Gallen per Laserlithotripsie der Gallenstein erfolgreich zerstört

und die Darmpassage wiederhergestellt werden. Nach Kostaaufbau und Antibiose mit Ceftriaxon konnte 1 Woche nach Entfernung des Gallensteins die Fistel in einer Kontrollgastrokopie nicht mehr nachgewiesen werden. Im Rahmen der ambulanten Nachsorge soll eine Cholezystektomie evaluiert werden. Aus unserer Sicht ist eine Cholezystektomie – da endoskopisch die Steinextraktion erfolgt und der Ileus behoben wurde – nur indiziert, wenn weitere Komplikationen wie protrahierte Gallengangsentzündungen auftreten.

Vom Bouveret-Syndrom betroffene Patienten sind meist > 70 Jahre alt mit typischen Komorbiditäten, weshalb eine nicht operative Sanierung anzustreben ist. Neben der verwendeten Laserlithotripsie kann auch eine elektrohydraulische oder mechanische Lithotripsie durchgeführt werden [1, 2]. Bei instabilen Patienten wird ein zweizeitiges Vorgehen mit operativer Entfernung des Steines und später einer Cholezystektomie mit Fistelverschluss empfohlen [3].

Literatur

- [1] Dumonceau JM, Devière J. Novel treatment options for Bouveret's syndrome: A comprehensive review of 61 cases of successful endoscopic treatment. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2016; 10: 1245–1255
- [2] Nordmann T, Schumacher H, Neuhaus H. Endoskopische Therapie des Bouveret-Syndroms mit Laser- und elektrohydraulischer Lithotripsie. *Endo-Praxis* 2011; 27: 14–19
- [3] Cappell MS, Davis M. Characterization of Bouveret's Syndrome: A Comprehensive Review of 128 Cases. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 2139–2146