

# Updates - Neues aus dem letzten Jahr

## Steine

Florian Schreiber  
Universitätsklinik für Innere Medizin  
Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie  
Medizinische Universität Graz



# Steine

---

- ❖ Synchrone Cholecystolithiasis / Choledocholithiasis
- ❖ Biliäre Pankreatitis
- ❖ Pankreolithiasis
- ❖ Raritäten ( des Endoskopikers Gruselkabinett )

# Synchrone Cholecysto-/ Choledocholithiasis

---

- ❖ Therapeutisches Splitting ist weltweiter therapeutischer Standard
- ❖ Sporadische Fallberichte intraoperativer ERCP ab 2000 <sup>1, 2</sup>
- ❖ 2011 - 2013 mehrere kontrollierter Studien<sup>3, 4</sup> und eine Metaanalyse <sup>5</sup>

# Synchrone Cholecysto-/ Choledocholithiasis

---

- ❖ 4 kontrollierte Studien mit 532 inkludierten PatientInnen<sup>1</sup>
- ❖ Keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf ampulläre Kannülierung, Steinfreiheit, Mortalität
- ❖ Signifikante Reduktion der Komplikationen ( PEP 3.7% vs 7.8% )
- ❖ Signifikante Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer ( 2 vs 3.6 Tage ), dadurch Reduktion der Gesamtkosten um 45%.

# Intraoperative ERCP

24 Jährige Gravida, SSW 11, Cholecysto- / Choledocholithiasis

---



# Biliäre Pankreatitis

---

- \* Jahrzehntelanges diagnostisches Dilemma
- \* Mehr als 50% aller biliären Pankreatitiden werden durch Mikrolithiasis verursacht ( < 5mm )<sup>1</sup>
- \* Jahrzehntelanges therapeutisches Drama „ primum nil nocere“
- \* Vorzeitiger Abbruch der ersten kontrollierten Studie mit Cholangitis als einziges Inklusionskriterium <sup>2</sup> ( post ERCP - Mortalität bei primär leichter Pankreatitis 8% !! )
- \* Dzt geübte Praxis ( starke lokale, nationale und internationale Differenz ) : ERCP bei Cholangitis und/ oder Steinnachweis bzw. dil. DHC

\* 1 Acosta JM et al; J Am Coll Surg. 1997; 184:499-505. 2 Fölsch UR et al; N Engl J Med. 1997; 336: 237-42.

# Biliäre Pankreatitis

---

- ❖ Nunmehr 2 unabhängige vorliegende Guidelines <sup>1, 2</sup>
- ❖ ERCP innerhalb von 24h bei Vorliegen / klinischen Zeichen einer Cholangitis
- ❖ Bei alleiniger Cholestase Steinnachweis dringend erforderlich. Falls negativ, Beobachtung und ERCP innerhalb von 72h bei konstant steigenden Cholestaseparametern, zunehmenden Schmerzen, allgemeiner Verschlechterung.

# Pankreolithiasis

---

- ❖ **2002 erste multizentrische Analyse** von 1018 PatientInnen mit CCP, FU 4.9 Jahre <sup>1</sup>
- ❖ 65 % profitieren von der endoskopischen Therapie, 11% waren noch in Behandlung ( endoskopische Gangdekompression )
- ❖ 24 % mussten nach erfolgloser endoskopischer Therapie chirurgisch saniert werden
- ❖ **2003 erste prospektiv kontrollierte Studie** zum Vergleich endoskopischer und chirurgischer Therapie bei CCP, FU 5 Jahre <sup>2</sup>
- ❖ Überlegenheit der chirurgischen Maßnahmen ( Schmerzfreiheit 37% vs 15%, Schmerzbesserung vergleichbar mit 50% )



# Pankreolithiasis

---

- ❖ Nunmehr 2 Guidelines vorliegend:
- ❖ ESGE Guideline RecGrade A: step by step approach mit endoskopischer Therapie als Erstmaßnahme, chirurgische Therapie erst/ nur bei Versagen endoskopischer Maßnahmen <sup>1</sup>
- ❖ ASGE Guideline RecGrade A: endoskopische Maßnahmen haben gute Kurzzeitergebnisse und in wenigen PatientInnen auch gute Langzeitergebnisse. Die chirurgische Therapie ist in Bezug auf die Schmerzfreiheit als Langzeitergebnis der endoskopischen Therapie überlegen <sup>2</sup>

# Raritäten

♀, 94 a; massive intra/ extrahepatische Choledocholithiasis, incip. asc. Cholangitis

---



# Raritäten

♂, 66a; obstruktive Koprolithiasis bei Analstenose/ MC

---

---