

Postcholezystektomie-Syndrom

tenäste sind breit ausgezogen und verjüngen sich von der Mündungsstelle zur Drüsenperipherie hin. Die Abflußzeit des Kontrastmittels ist länger als 10 Minuten. Die exokrine Funktion ist über viele Jahre normal (Abbildung 1).

Eine isolierte Abflußstörung des Gallengangs kommt nach unseren Untersuchungen genauso häufig vor wie die des Pankreasgangs, meist sind jedoch beide Gangsysteme betroffen.

Von 302 cholezystektomierten Patienten mit ERCP-definierter Papillenstenose gaben 50 Prozent an, daß die Beschwerden nach der Operation nicht zurückgegangen oder innerhalb eines Jahres erneut aufgetreten seien (4).

Es wurde angenommen, daß bei diesen Patienten die Stenosen schon präoperativ vorhanden wa-

ren und demnach die Diagnostik vor oder während der Operation nicht ausreichend gewesen sein dürfte. Diät oder Alkohol- und Nikotinkonsum hatten nach dieser Befragung auf die Ausbildung einer Papillenstenose keinen Einfluß. Die nach Diät lebenden Patienten gaben sogar häufiger Beschwerden an.

4.2. Langer Zystikusstumpf

Die Bedeutung des Zystikusstumpfes als Ursache für Beschwerden nach Cholezystektomie ist unklar. Die meisten Patienten mit langem Zystikusstumpf haben nach Entfernung der Gallenblase keinerlei Beschwerden. Liegt zusätzlich eine Papillenstenose vor, so ist die Aufdehnung des langen Zystikusstumpfes bis zum „Gallenblasenregenerat“ durchaus denkbar.

4.3. Papillennahe Veränderungen des Duodenums

Juxtapapilläre Duodenaldivertikel sind insbesondere bei älteren Patienten nicht selten und führen u. U. zu passagerer Behinderung des Galleabflusses mit Ausbildung einer Cholezystolithiasis. Werden sie prä- oder intraoperativ nicht erkannt, so können sie weiter Anlaß für Beschwerden sein. Sehr selten treten Mißbildungen im papillennahen Duodenum auf (9), die durch mangelhafte Vakuolisierung des embryonalen Duodenums zustande kommen (inneres Duodenaldivertikel, Choledochozele) und ebenfalls den Galleabfluß behindern (Abbildung 2).

4.4. Postcholezystektomie-Syndrom ohne organisch erkennbare Ursachen

Diese die ursprüngliche Definition des Postcholezystektomie-Syndroms umfassende Patientengruppe hat selten schwere Beschwerden. Da ursächliche Nachweismethoden fehlen, kann die Erklärung nur spekulativ sein. Betroffen sind meist weibliche Patienten, die vor der Gallenblasenentfernung eine relativ unspezifische, langjährige Beschwerdeanamnese angeben. Besonders häufig liegt laut Operationsbericht die Entfernung einer steinfreien Gallenblase vor. Ob metabolische Störungen nach Cholezystektomie dieses Beschwerdebild hervorrufen können, ist bisher nicht geklärt. Nachfolgende Möglichkeiten werden diskutiert:

Da das Gallenblasenreservoir fehlt, kommt ein ständiger Gallefluß mit konstanter Gallensalzkonzentration zustande. Diese Gallensalzkonzentration ist in der interdigestiven Phase höher und in der digestiven Phase niedriger als bei Gallenblasenträgern. Ein Krankheitswert dieser Regelstörungen liegt aber nur dann vor, wenn in der digestiven Phase die für die Mizellierung notwendige Gallen-

Leichte bis starke kolikartige Schmerzen	70–75%
Fettintoleranz	70–75%
Blähungen, Völlegefühl	50–60%
Obstipation-Diarrhoe (auch im Wechsel)	40–50%
Andere Speiseintoleranzen (Eier, Kuchen, Kohl)	30–40%
Schmerzausstrahlung in Rücken und Bauch	20–30%
Gewichtsabnahme	10–20%
Subfebrile Temperaturen	10–20%
Subikterus-Ikterus-Juckreiz	0–10%

Tabelle 1: Symptomatik bei Postcholezystektomie-Syndrom

Verdacht auf Papillenstenose	29%
Zeichen der Pankreatitis	19%
Gallengangskonkremente	15%
Blindsacksyndrom	11%
Gallengangstenose	7%
Intrahepatische Cholestase	5%
Varia (Papillenkarcinom, Caroli-Syndrom, Choledochozele u. a.)	14%

Tabelle 2: Ergebnisse der ERCP bei 209 cholezystektomierten Patienten mit Koliken und/oder Cholestase. Eine Aussage war in 80 Prozent der Untersuchungen möglich. Bei 87 Prozent der Patienten lagen pathologische Befunde vor

für alle Stadien
cerebrovaskulärer Erkrankungen

Hämorrheologikum NOOTROP® Nootropikum

NOOTROP®

Piracetam (2-Oxo-pyrrolidin-l-acetamid)
UCB CHEMIE GMBH · 5014 KERPEN

Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält: 800 mg Piracetam; 1 Kapsel enthält: 400 mg Piracetam; 1 ml NOOTROP liquidum enthält: 333 mg Piracetam; 1 Ampulle enthält: 1 g Piracetam/5 ml bzw. 3 g/15 ml; 1 Infusionsflasche enthält: 12 g/60 ml.

Anwendungsgebiete: 1. Cerebrale Leistungsinderung/Hirnorganisches Psychosyndrom (Leitsymptome: Störungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration, der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses, vorzeitige Ermüdbarkeit, Störungen der Orientierung und Störungen der Affektivität). - 2. Psychische Retardierung bei Kindern. - 3. Zur unterstützenden Therapie bei akuten Bewußtseinsstörungen (bis zum Coma).

Gegenanzeigen: sind bisher nicht bekannt.

Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen: Selten auftretende Nebenwirkungen sind psychomotorische Agitation und sexuelle Erregung sowie Aggressivität, insbesondere bei organischer Demenz.

Dosierung: Filmtableten/Kapseln: im allgemeinen 3 x 1 Tablette zu 800 mg oder 3 x 2 Kapseln zu 400 mg täglich, 4-6 Wochen lang. NOOTROP liquidum: 3 x 800 mg täglich. Ampullen/Infusionsflasche: Je nach Schwere des Falles 3-12 g i.v. oder als Infusion (Ampullen zu 1 g auch i.m. applizierbar) bis zum Eintritt der Besserung.

Handelsformen und Preise: 30 Filmtableten zu 800 mg DM 31,33; 60 Filmtableten zu 800 mg DM 56,25; 90 Filmtableten zu 800 mg DM 78,34; 126 Filmtableten zu 800 mg DM 100,68; *300 Filmtableten zu 800 mg DM 229,41; 60 Kapseln zu 400 mg DM 31,33; *300 Kapseln zu 400 mg DM 124,09; 75 ml liquidum DM 31,33; 150 ml liquidum DM 56,25; *750 ml liquidum (10 x 75 ml) DM 241,92; *750 ml liquidum (5 x 150 ml) DM 241,92; 12 Ampullen zu 1 g/5 ml DM 30,72; *60 Ampullen zu 1 g/15 ml DM 115,41; 4 Ampullen zu 3 g/15 ml DM 28,90; 20 Ampullen zu 3 g/15 ml DM 115,41; 1 Flasche Infusionslösung 60 ml/12 g DM 28,90; 5 Flaschen Infusionslösung 60 ml/12 g DM 115,41.

Stand: Juli 1983.

* = Klinikpackung