

Innere Medizin 2025 · 66:430–432
<https://doi.org/10.1007/s00108-024-01804-1>
Angenommen: 19. September 2024
Online publiziert: 24. Oktober 2024
© The Author(s) 2024

Redaktion
B. Salzberger, Regensburg
R. Schmitt, Kiel
K. Singler, Nürnberg



Akute Bauchschmerzen mit überraschender Ursache – eine seltene Komplikation einer häufigen Erkrankung

Katharina Grotemeyer · Roxana Motronea · Jörn M. Schattenberg
Klinik für Innere Medizin II, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar, Deutschland

Zusammenfassung

Die Ausbildung einer cholezystokolischen Fistel als Komplikation der chronischen Cholezystitis und/oder Cholangitis ist sehr selten und lässt sich ohne moderne Bildgebung kaum nachweisen. Dennoch sind akute abdominelle Beschwerden eine häufige Ursache einer Vorstellung von Patienten in einer stationären Notaufnahme. Der vorliegende Fall demonstriert, dass auch ohne Vorliegen einer Cholestase und Infektkonstellation eine chronische Cholezystitis mit entsprechenden Komplikationen vorliegen kann.

Schlüsselwörter

Cholezystokolische Fistel · Akute abdominelle Schmerzen

Anamnese

Ein 82-jähriger Patient stellte sich notfallmäßig mit seit zwei Tagen bestehenden diffusen abdominellen Schmerzen mit p.m. im Unterbauch sowie konsekutiver Übelkeit und Erbrechen an unserer interdisziplinären Notaufnahme vor. Fieber und/oder klinische Hinweise auf einen Infekt wurden verneint. Bekannt sind multiple abdominelle Voroperationen und eine chronische Obstipation. Die zuletzt durchgeführte Koloskopie lag 4–5 Jahre zurück und war anamnestisch unauffällig.

Untersuchung

In der klinischen Untersuchung war das Abdomen weich bei jedoch diffusem Druckschmerz in allen vier Quadranten. Die Peristaltik war unauffällig und regelgerecht.

Diagnostik

Laborchemisch zeigten sich unauffällige Leberfunktionstests, das CRP sowie auch die Leukozyten lagen im Normbereich. Nebenfundlich waren die Retentions-

parameter leicht erhöht. In der initial angefertigten Abdomenübersichtsaufnahme (Abb. 1) zeigten sich mehrere gasgefüllte, nicht dilatierte Darmschlingen im linken Oberbauch sowie im Mittelbauch, ebenso ein stuhlgefülltes Colon ascendens im Rahmen der Koprostase. Hinweise auf Vorliegen eines Ileus ergaben sich nicht.

Bei persistierenden Beschwerden erfolgte im kurzfristigen Verlauf eine Computertomografie des Abdomens. Hier zeigten sich eine Aerobilie und eine fragliche Verbindung der Gallenblase zum rechten Kolon. Dieser radiologische Befund führte zum Verdacht auf eine Gallenfistel zwischen Gallenblase und rechter Kolonflexur (Abb. 2). In der Koloskopie zeigte sich im Bereich der rechten Flexur eine Schleimhautläsion bzw. Prominenz, die optisch einer Papille ähnelte und die Mündung des Fistelgangs darstellte. Es entleerte sich spontan gallige Flüssigkeit (Abb. 3).



QR-Code scannen & Beitrag online lesen



Abb. 1 ▲ Abdomen Übersichtsaufnahme

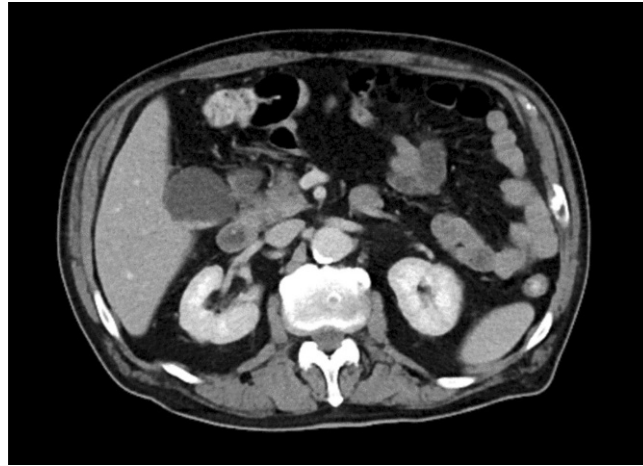


Abb. 2 ◀ Computertomografie (CT) Abdomen mit Aero-bilie und V.a. Vorliegen einer cholezystokolischen Fistel im Bereich des rechten Kolons

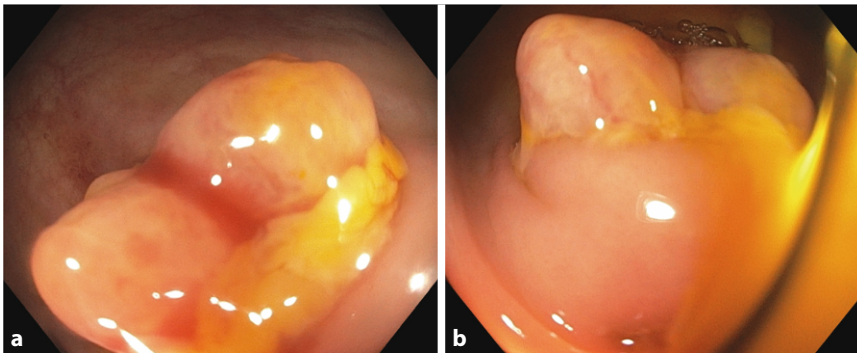


Abb. 3 ▲ a, b Endoskopische Darstellung der cholezystokolischen Fistel mit papillenartiger Formation im Bereich des rechten Kolons mit Austritt von Gallenflüssigkeit

Therapie und Verlauf

Es erfolgte eine chirurgische Versorgung. Intraoperativ zeigte sich vernarbtes Gewebe zwischen dem Kolon und einer nicht sicher identifizierbaren Gallenblase bzw. dem Gallengang. Im Rahmen der Präparation konnte ein länglicher verhärteter Gewebsstrang zwischen diesen Strukturen isoliert werden, der a.e. der regressiv veränderten Gallenblase bzw. einem Fistelgang entsprach. Freie Gallenflüssigkeit im Bauchraum im Zusammenhang mit dieser Fistelung wurde nicht beobachtet. Es erfolgte letztendlich eine komplikationslose Cholezystektomie und Resektion des Fistelgangs mit einer Kolonresektion in der Größe eines 10-Cent-Stücks im Bereich der Fistelung.

In der pathologischen Begutachtung ergab sich das Bild einer chronisch-rezidivierenden Cholezystitis und Cholangitis (Ductus cysticus) mit chronischer Pericholezystitis sowie einem miterfassten reakti-

ven Hiluslymphknoten sowie Darmwand mit herdförmiger chronisch-granulierender, ulzeröser und hämorrhagischer Entzündung mit perifokaler Fibrose, welche der klinisch beobachteten Gallenblasen-Kolon-Fistel entsprach.

Diskussion

Akute abdominelle Beschwerden sind eine häufige Ursache einer Vorstellung von Patienten in einer stationären Notaufnahme. Der vorliegende Fall demonstriert, dass auch ohne Vorliegen einer Cholestase eine chronische Cholezystitis mit entsprechenden Komplikationen vorliegen kann. Im Zweifel sollte bei persistierenden Beschwerden auch ohne Infektkonstellation eine bildgebende Diagnostik angestrebt werden.

Die Ausbildung einer cholezystokolischen Fistel als Komplikation der chronischen Cholezystitis und/oder Cholangitis ist sehr selten und lässt sich ohne mo-

derne Bildgebung kaum nachweisen [1]. Häufiger sind solche Fistelungen bei malignen Erkrankungen der Gallenblase beschrieben [2]. Dies war jedoch bei dem beschriebenen Patienten nicht der Fall. Die endoskopische Untersuchung mit Auffinden der Fistelmündung unterstreicht, dass eine multimodale Diagnostik beim Erkennen seltener Erkrankungen unterstützen kann.

Korrespondenzadresse

Dr. Katharina Grotemeyer, MHBA

Klinik für Innere Medizin II, Universitätsklinikum des Saarlandes
Kirrberger Str. 100, 66424 Homburg/Saar, Deutschland
katharina.grotemeyer@uks.eu

Roxana Motronea

Klinik für Innere Medizin II, Universitätsklinikum des Saarlandes
Kirrberger Str. 100, 66424 Homburg/Saar, Deutschland
roxana.motronea@uks.eu

Prof. Dr. Jörn M. Schattenberg

Klinik für Innere Medizin II, Universitätsklinikum des Saarlandes
Kirrberger Str. 100, 66424 Homburg/Saar, Deutschland
joern.schattenberg@uks.eu

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K. Grotemeyer, R. Motronea und J.M. Schattenberg geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Für Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts, über die Patient/-innen zu identifizieren sind, liegt von ihnen und/oder ihren gesetzlichen Vertretern/Vertreterinnen eine schriftliche Einwilligung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Abbasi SU, Khan DB, Khandwala K, Raza R, Memon WA (2019) Cholecystocolonic fistula. *Cureus* 11(6):e4874. <https://doi.org/10.7759/cureus.4874>
2. Briau B, Barret M, Leblanc S, Oudjit A, Coriat R (2017) A rolling stone plugging the colon: Consequence of a cholecystocolonic fistula from gallbladder cancer. *Presse Med* 46(7–8):784–785. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.04.009>

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Acute abdominal pain with surprising etiology—rare complication of a common disease

The development of a cholecystocolic fistula as a complication of chronic cholecystitis and/or cholangitis is very rare and is difficult to detect without modern imaging. Nevertheless, acute abdominal symptoms are a frequent cause of patient presentation to an emergency department. The present case demonstrates that chronic cholecystitis with corresponding complications can present even without cholestasis and infection.

Keywords

Cholecystocolic fistula · Acute abdominal pain