

# Seltener mechanischer Ileus

## Ein Stein im rechten Unterbauch



Abbildung 1: CT des Abdomens, koronare Reformation: Am Ileozökalpol zeigt sich ringförmig, ca. 3 cm im Durchmesser messend, der Gallenstein als Passagehindernis (roter Pfeil).



Abbildung 2: CT des Abdomens, axiale Reformation: Die Aerobilie (roter Pfeil) als Teil der Rigler-Trias ist typisch in der Bildgebung für einen Gallensteinileus.



Abbildung 3: CT des Abdomens, koronare Reformation: Es zeigt sich eine Fistelverbindung zwischen Gallenblase und dem Duodenum (roter Pfeil).

Ein 80-jähriger Patient wurde wegen schwallartigen Erbrechens und Verschlechterung des Allgemeinzustandes notfallmäßig vorstellig. In der klinischen Untersuchung zeigte sich das Abdomen bei hochgestellten Darmgeräuschen distendiert und diffus druckschmerzhaft. Bei Verdacht auf einen mechanischen Ileus und vorbestehende chronische Niereninsuffizienz wurde eine CT-Untersuchung des Abdomens sowie des Beckens mit oraler Kontrastierung aber ohne intravenösem Kontrastmittel durchgeführt. Hier zeigte sich eine ringförmige, verkalkte ca. drei Zentimeter durchmessende Struktur als Ursache für das mechanische Dünndarm-Passagehindernis im rechten Unterbauch. Außerdem zeigte sich eine Fistelverbindung zwischen der kollabierten, wandverdickten Gallenblase und dem Duodenum. Nebenbefundlich fiel eine Aerobilie auf.

### Therapie

Es erfolgte die umgehende Minilaparotomie mit Entfernung des Gallensteins am Ileozökalpol via Enterotomie und Darmdekompression. In einer postoperativen Ösophagoduodenogastroskopie war eine Fistel zum Duodenum nicht

mehr darstellbar. Eine ergänzende Sonografie des Oberbauchs schloss weitere nicht-kalkdichte Konkremente in der Gallenblase aus. Prinzipiell ist dennoch in Abhängigkeit von einer etwaigen Symptomatik die Cholezystektomie im Intervall zu diskutieren [1].

Ein Gallensteinileus ist eine seltene Komplikation des Gallensteinleidens [2]. Rezidivierende Cholezystitiden führen zur Bildung einer cholezystoduodenalen, cholezystokolischen oder cholezystogastrischen Fistel und in der Folge zur Verlegung des Gastrointestinaltrakts durch einen Gallenstein. In ein bis vier Prozent der Fälle ist dies die Ursache eines mechanischen Darmverschlusses [3]. Die Bauhinsche Klappe stellt dabei die häufigste Lokalisation der mechanischen Obstruktion dar. Klassisch ist die sogenannte Rigler-Trias (Dünndarmileus, Aerobilie und ektopter Gallenstein) in der Abdomenübersichtsaufnahme, die aber auch in der Computertomografie festgestellt werden kann. Zusätzlich kann hier eine bestehende biliodigestive Fistel visualisiert werden (siehe Abbildung 3).

Inbesondere bei älteren Patienten geht diese Art von Ileus bei weiteren Komorbiditäten mit einer

höheren Mortalitätsrate einher. Unabhängig von der Durchführung einer simultanen Cholezystektomie im Rahmen der Enterolithotomie ist eine 30-Tagesmorbidität und -mortalität von 35,4 Prozent bzw. 5,5 Prozent beschrieben [4].

Der Patient erholte sich von dem Notfalleingriff gut und konnte nach zehntägigem stationären Aufenthalt entlassen werden.

Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter [www.bayerisches-aerzteblatt.de](http://www.bayerisches-aerzteblatt.de) (Aktuelles Heft) abgerufen werden.

### Autoren

Christian Stöß  
Dr. Stephan Schorn  
Dr. Fabian K. Lohöfer, MHBA  
Professor Dr. Alexander Novotny

Klinik und Poliklinik für Chirurgie,  
Klinikum rechts der Isar,  
Ismaninger Str. 22, 81675 München