

Redaktion

B. Kohler, Bruchsal
 W. Schepp, München

N. Grebert¹ · J. Golatta¹ · R. Walser² · M. Trompeter² · T. Rabenstein¹

¹ Klinik für Innere Medizin, Diakonissen-Stiftungskrankenhaus Speyer

² Radiologisches Zentrum, Diakonissen-Stiftungskrankenhaus Speyer

Leberwerterhöhung bei einem Intensivpatienten

Anamnese/Aufnahmebefund

Ein 66-jähriger Patient wurde uns wegen steigenden Cholestaseparametern mit Ikterus aus einer Rehabilitationsklinik zugewiesen. Im Rahmen eines akuten Myokardinfarkts infolge Linksherzversagens war es 6 Wochen zuvor zu einem kardiogenen Schock mit Katecholaminpflichtigkeit, invasiver Beatmung sowie akutem Nierenversagen mit intermittierender Dialysepflichtigkeit gekommen. Bereits gegen Ende des auswärtigen intensivmedizinischen Aufenthaltes waren steigende Transaminasen aufgefallen.

Zum Aufnahmezeitpunkt sahen wir einen ikterischen Patienten in reduziertem Allgemeinzustand und deutlich adipösem Ernährungszustand. Seit dem Vortag bestand Fieber bis 38°C, zudem wurde Husten ohne Auswurf angegeben. Der Patient selbst berichtet über Müdigkeit. Juckreiz wurde verneint.

Untersuchungsergebnisse

Laborchemisch zeigte sich neben erhöhten Entzündungsparametern das Bild eines unklaren Leberausfalls mit deutlich erhöhten Transaminasen (bis 350 U/l), einer massiven Erhöhung der γ -GT (>2000 U/l) und der alkalischen Phosphatase (>1100 U/l), einer Gerinnungsstörung (Quick 63%) sowie erniedrigten Cholinesterasewerten. Das Serumbilirubin war bis 5,7 mg/dl erhöht. Abdomensonographisch konnte weder eine intra- noch eine extrahepatische Cholestase oder Aszites nachgewiesen werden. Auch Zeichen einer Cholezystolithiasis fanden

sich nicht. Die Hepatitisserologie blieb ohne Nachweis einer akuten Infektion.

Zur weiteren Abklärung führten wir zunächst eine MR-Cholangiopankratikographie mit Nachweis normalkalibriger intra- und extrahepatischer Gallengänge durch. Auffällig war eine langstreckige Kontrastmittelaussparung im Bereich des Gallengangs, für die sich bildmorphologisch keine sichere Erklärung fand (Abb. 1). Es fanden sich keine weiteren pathologischen Befunde.

Im Rahmen der endoskopischen retrograden Cholangiopankratikographie (ERCP, Abb. 2) zeigte sich eine große Papille mit klaffendem Porus, aus der sich, dem Bild einer Cholangitis entsprechend, spontan trübe, dunkle, flockige Galle entleerte. Nach weiter biliärer Sphinkterotomie konnte im etwas dilatierten Gallengang eine langstreckige bandförmige Kontrastmittelaussparung dargestellt werden. Die Extraktion des dafür verantwortlichen Ausgusspräparats gelang mittels PE-Zange in toto (Abb. 3). Histologie: Cast, entsprechend einem reinen Gallenausgusszylinder.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen

Hier kann auch Ihr Fall dargestellt werden!

Haben Sie Anregungen oder eine interessante Falldarstellung? Senden Sie diese bitte an:

Prof. Dr. Bernd Kohler
 Fürst-Störum-Klinik Bruchsal
 Medizinische Klinik
 Gutleutstr. 1-14
 76646 Bruchsal
 bernd.kohler@kliniken-lk.de

Prof. Dr. Wolfgang Schepp
 Abteilung für Gastroenterologie,
 Hepatologie und gastroenterologische
 Onkologie
 Städt. Krankenhaus
 München-Bogenhausen
 Engelschalkinger Straße 77
 81925 München
 gastroenterologie@kh-bogenhausen.de

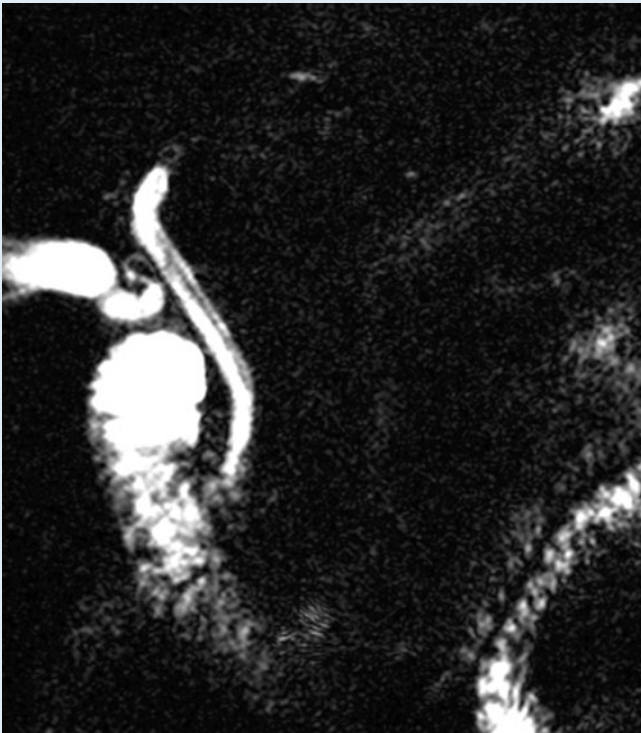


Abb. 1 ▲ MRCP-Bild: Verdacht auf Fremdkörper im Gallengang



Abb. 2 ▲ ERCP-Bild mit langstreckiger Kontrastmittelaussparung im Gallengang und Drahtcerclage im Bereich des Sternums



Abb. 3 ► Extrahiertes Cast

Ihre Diagnose? ▶

► Diagnose: Sekundär sklerosierende Cholangitis (SCC) bei kritisch Kranken

Definition

Die SSC ist eine eher seltene, chronische cholestatische Lebererkrankung mit Entzündung, obliterativer Fibrose der Gallengänge und progressiver Destruktion des Gallenwegbaumes. Genaue Aussagen zur Prävalenz sind in Ermangelung relevanter Studien nicht möglich [1, 2, 3, 4]. Im Vergleich zur primär sklerosierenden Cholangitis (PSC) sind die Ursachen der sekundären Formen meist bekannt. Die SSC schreitet insgesamt schneller fort als die PSC. Eine Sonderform unter den sekundär sklerosierenden Cholangitiden, die „SCC bei kritisch Kranken“, scheint im Vergleich zu anderen Formen der SCC mit einer noch rascheren Progression zur Leberzirrhose behaftet zu sein.

Pathogenese

Im vorgestellten Fall trat die Erkrankung ohne vorbestehende hepatische oder biliäre Erkrankung auf. Anamnestisch fand sich jedoch eine lebensbedrohliche kardiale Erkrankung mit prolongierter Intensivtherapie, phasenweise reduzierter Zirkulation und Sauerstoffdefizit, in deren Folge sich trotz klinischer Besserung eine cholestatische Lebererkrankung entwickelte. Es handelte sich somit um die Sonderform „SCC bei kritisch Kranken“, die erst seit relativ kurzer Zeit bekannt ist, aber zunehmend häufiger beschrieben wird [1, 2].

— Im Rahmen eines protrahierten Schocks mit Hypoxie scheint eine Ischämie an der Entwicklung der SSC ursächlich beteiligt zu sein.

Nach der aktuellen Datenlage waren alle beschriebenen Patienten respiratorisch insuffizient, wurden mechanisch beatmet und waren zur Aufrechterhaltung des Kreislaufs in hohen Dosen katecholaminpflichtig [1, 2].

Rasch steigende Cholestasewerte sind meist das erste Zeichen der Erkrankung.

Die Leberbiopsie bringt selten einen richtungsweisenden Befund. Es kommt zu einer relativ schnellen Krankheitsprogression mit Entwicklung einer biliären Leberzirrhose und sehr schlechter Prognose [3]. Bei nachlassender Syntheseleistung der Leber oder Zeichen der portalen Hypertension sollte die Evaluation zur Lebertransplantation erfolgen.

Diagnostik und Therapie

Die ERCP gilt als Goldstandard: Sie stellt die einzige Methode dar, die fast immer vorhandenen biliären Casts nachzuweisen und zu entfernen. Differenzialdiagnostisch können dabei natürlich auch die anderen Formen der SCC ausgeschlossen werden. Die therapeutische Maßnahme der Wahl ist die biliäre endoskopische Sphinkterotomie mit Extraktion der Casts und die antibiotischen Behandlung begleitender Infektionen. Vor dem Hintergrund, dass Ursodeoxycholsäure auch bei anderen chronischen cholestatischen Erkrankungen einen positiven Effekt hat, wird die tägliche Einnahme von 15 mg/kg KG empfohlen. Ob die Entfernung der Casts oder eine begleitende medikamentöse Therapie mit Ursodeoxycholsäure jedoch die Prognose entscheidend verbessert, ist nicht gesichert.

Verlauf

Die Diagnose „SCC bei kritisch Kranken“ ließ sich in unserem Fall aus dem typischen ERCP-Befund ableiten. Nach Ablauf einer Woche erfolgte eine Kontroll-ERCP, bei der erneut Ausgussmaterial entfernt wurde. Bei fiebriger Cholangitis wurde von Beginn an begleitend mit Levofloxacin therapiert. Darüber hinaus erfolgte die Gabe von Ursodeoxycholsäure mit 15 mg/kg KG. Die Entzündungsparameter waren rückläufig, der Patient wurde im Verlauf fieberfrei. Die Leberwerte waren gebessert, aber nicht vollständig rückläufig. Der Patient konnte in deut-

Gastroenterologie 2011 · 6:506–509
DOI 10.1007/s11377-011-0562-9
© Springer-Verlag 2011

N. Grebert · J. Golatta · R. Walser ·
M. Trompeter · T. Rabenstein

Leberwerterhöhung bei einem Intensivpatienten

Zusammenfassung

Bei Patienten mit erhöhten Leberwerten, die anamnestisch katecholaminpflichtig waren und invasiv beatmet wurden, sollte auch an eine sekundär sklerosierende Cholangitis „bei kritisch Kranken“ gedacht werden. Im hier besprochenen Fall gelang es, die üblicherweise rasche Progression dieser SSC-Sonderform durch biliäre Sphinkterotomien mit Castextraktion und Antibiotikabehandlung deutlich zu verlangsamen.

Schlüsselwörter

Sekundär sklerosierende Cholangitis · Endoskopische retrograde Cholangiopancreatographie · Biliäre Sphinkterotomie · Castextraktion · Lebertransplantation

Abnormal liver function tests in an intensive care patient

Abstract

In patients with increased liver function test values, who had been prescribed catecholamines and invasively ventilated, a secondary sclerosing cholangitis should always be suspected in the critically ill. In the case discussed here the normally rapid progression of this special form of secondary sclerosing cholangitis could be clearly retarded by biliary sphincterotomy with cast extraction and antibiotic treatment.

Keywords

Secondary sclerosing cholangitis · Endoscopic retrograde cholangiopancreatography · Biliary sphincterotomy · Cast extraction · Liver transplant

lich gebessertem Allgemeinzustand entlassen werden.

Im Verlauf von 20 Monaten kam es zu erneuten stationären Aufnahmen. Der Allgemeinzustand des Patienten war weiterhin reduziert. Laborchemisch und sonographisch zeigten sich Zeichen der Leberzirrhose. Es folgte die Vorstellung in einem Transplantationszentrum.

Fazit für die Praxis

- Die „SCC bei kritisch Kranken“ ist eine zunehmend häufiger beschriebene Sonderform der sekundär sklerosierenden Cholangitis mit schnellem Verlauf und schlechter Prognose.
- Als diagnostischer Goldstandard gilt die ERCP.
- Therapeutisch empfiehlt sich die biliäre endoskopische Sphinkterotomie mit Castextraktion.
- Bei Fortschreiten der Krankheit bleibt als Ultima Ratio die Lebertransplantation.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. T. Rabenstein



Klinik für Innere Medizin,
Diakonissen-
Stiftungskrankenhaus Speyer
Hilgardstr. 26, 67346 Speyer
thomas.rabenstein@
diakonissen.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Benninger J, Grobholz R, Oeztuerk Y et al (2005) Sclerosing cholangitis following severe trauma: Description of a remarkable disease entity with emphasis on possible pathophysiologic mechanisms. *World J Gastroenterol* 11: 4199–4205
2. Jaeger C, Mayer G, Henrich R et al (2006) Secondary sclerosing cholangitis after long-term treatment in an intensive care unit: clinical presentation, endoscopic findings, treatment, and follow-up. *Endoscopy* 38: 730–734
3. Ruemmele P, Hofstaedter F, Gelbmann CM (2009) Secondary sclerosing cholangitis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 6: 287–295
4. Gossard AA, Angulo P, Lindor KD (2005) Secondary sclerosing cholangitis: a comparison to primary sclerosing cholangitis. *Am J Gastroenterol* 100: 1330–1333

Hier steht eine Anzeige.

 Springer