

Berstungsverletzung des Ductus hepatocholedochus im Rahmen einer ERCP –

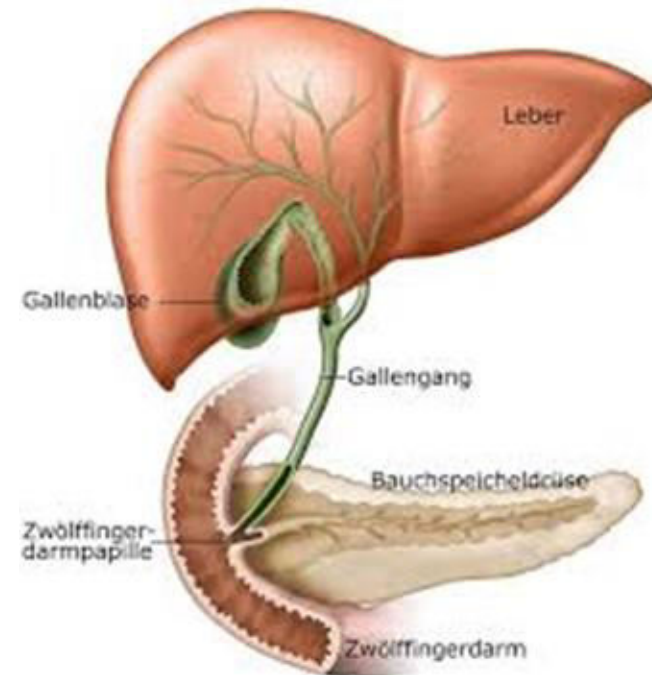
Fallbericht einer seltenen endoskopischen Komplikation mit konsekutiver operativer Sanierung

- Patient, 50a, männlich
- AZ gut, EZ adipös
- Erbrechen seit mehreren Stunden
- keine Vorerkrankungen, keine Dauermedikation
- Epigastrische Schmerzen
- Abdomen: weich, DS im Epigastrium, Peristaltik in allen Quadranten o.B.

- Cor Pulmo und Abdomen leer: unauffällig
- Sono Abdomen: Cholezystolithiasis mit geringer Wandverbreiterung, Steatosis hepatis
- Labor: Leukozytose mit $15,52 \cdot 10^3/\mu\text{l}$, LFP und Pankreaswerte normal, CRP 0,14 mg/dl



- Beginn laparoskopisch
- Akute phlegmonöse Cholezystitis
- Abreißen des Ductus cysticus beim Clippen
- Konversion auf offene OP



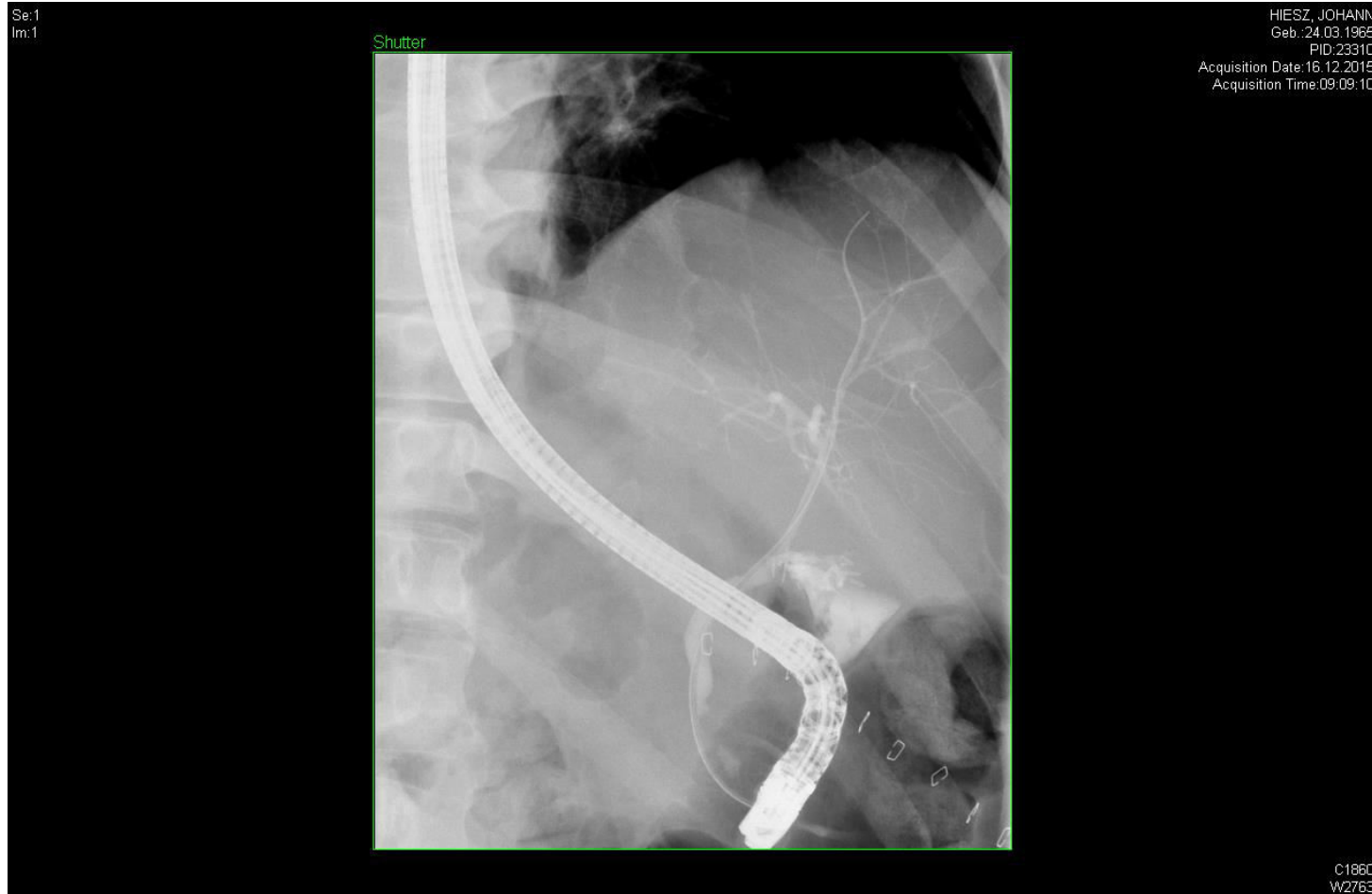
- Bei der Morgenvisite: 250 ml galliges Sekret
- Entschluss zur ERCP



- **Häufigere Komplikationen der ERCPs ~5-10%** Kahaleh M, Freeman M. Prevention and Management of post-endoscopic retrograde cholangiography complications. Clin Endosc 2012;45:305-312.
 - **Post ERCP Pankreatitis in 13,1%** N Engl J Med 2012; 366:1414-1422 [April 12, 2012](#) DOI: 10.1056/NEJMoa1111103
 - **Intestinale Blutung 2 – 6%** Cotton PB, Lehmann G, Vennes J et al. Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at consensus. Gastrointest Endosc 1991; 37: 383-393

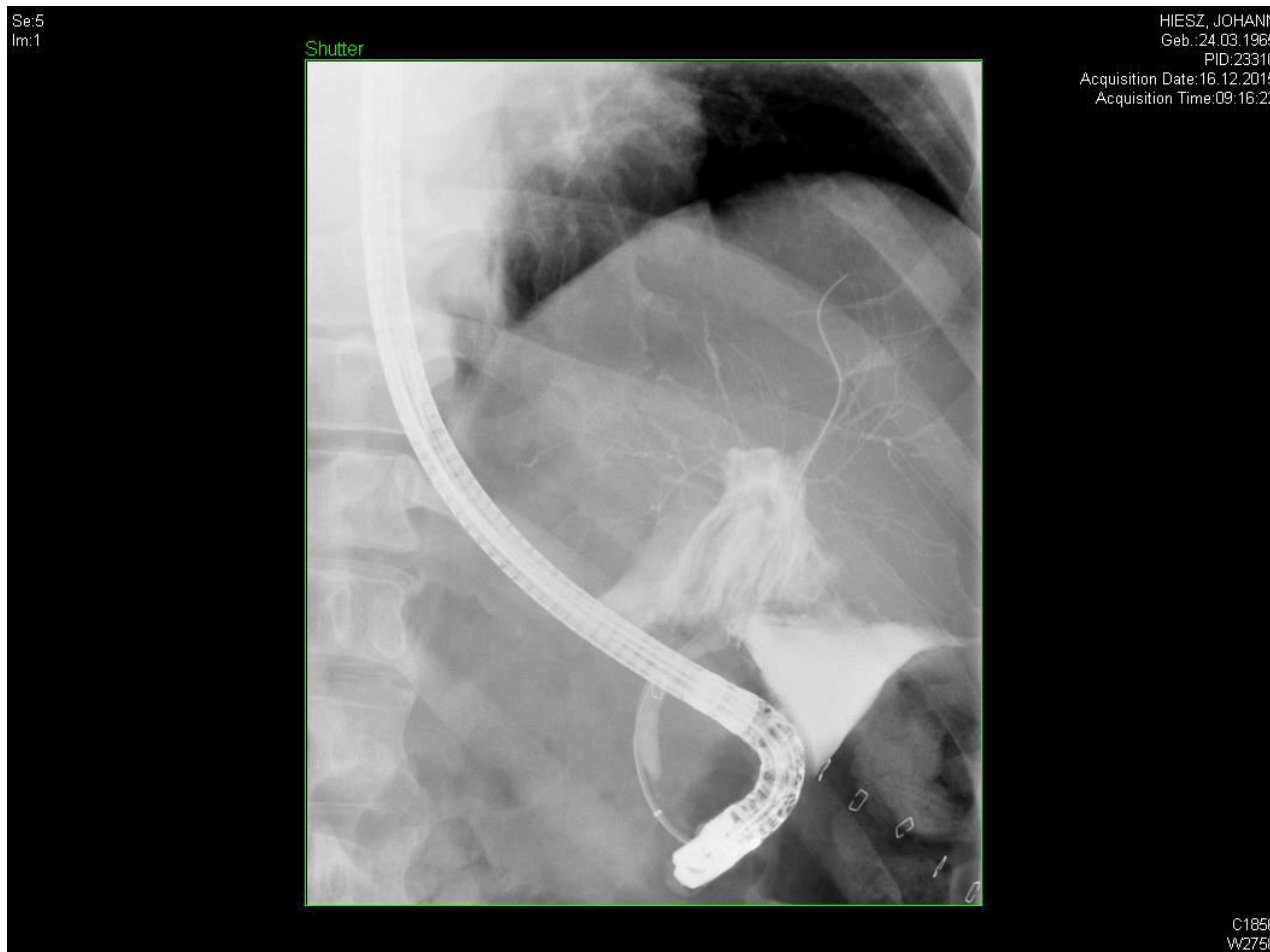
- **Seltener sind Perforationen ~0,5%** HPB (Oxford). 2006; 8(5): 393–399.
doi: [10.1080/13651820600700617](https://doi.org/10.1080/13651820600700617);
Loperfido S, Angelini G, Benedetti G, Chilovi F, Costan F, De Berardinis F, De Bernardin M, Ederle A, Fina P, Fratton A. Major early complications from diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study. Gastrointest Endosc. 1998;48:1–10.
 - **Führungsdrahtpassage 0,105 %**
 - **Papillotomie 0,165%**
 - **Cerebrale Luftembolie nach ERCP**
ERCP Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. 130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. München, 30.04. - 03.05.2013. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2013. Doc13dgch269
 - **?**

- Kontrastmittelaustritt extraluminal im Bereich des Cysticusstumpfes



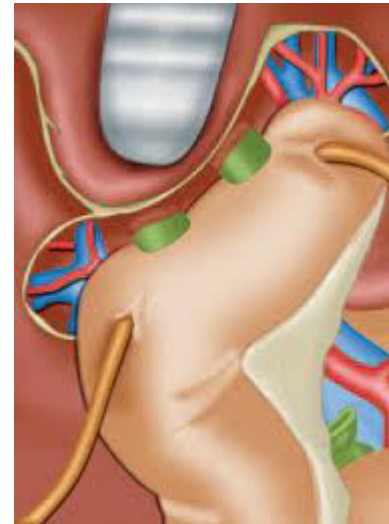
ERCP Aufnahme 2 - Ballonblockade

- Großes Kontrastmitteldepot im Leberhilus

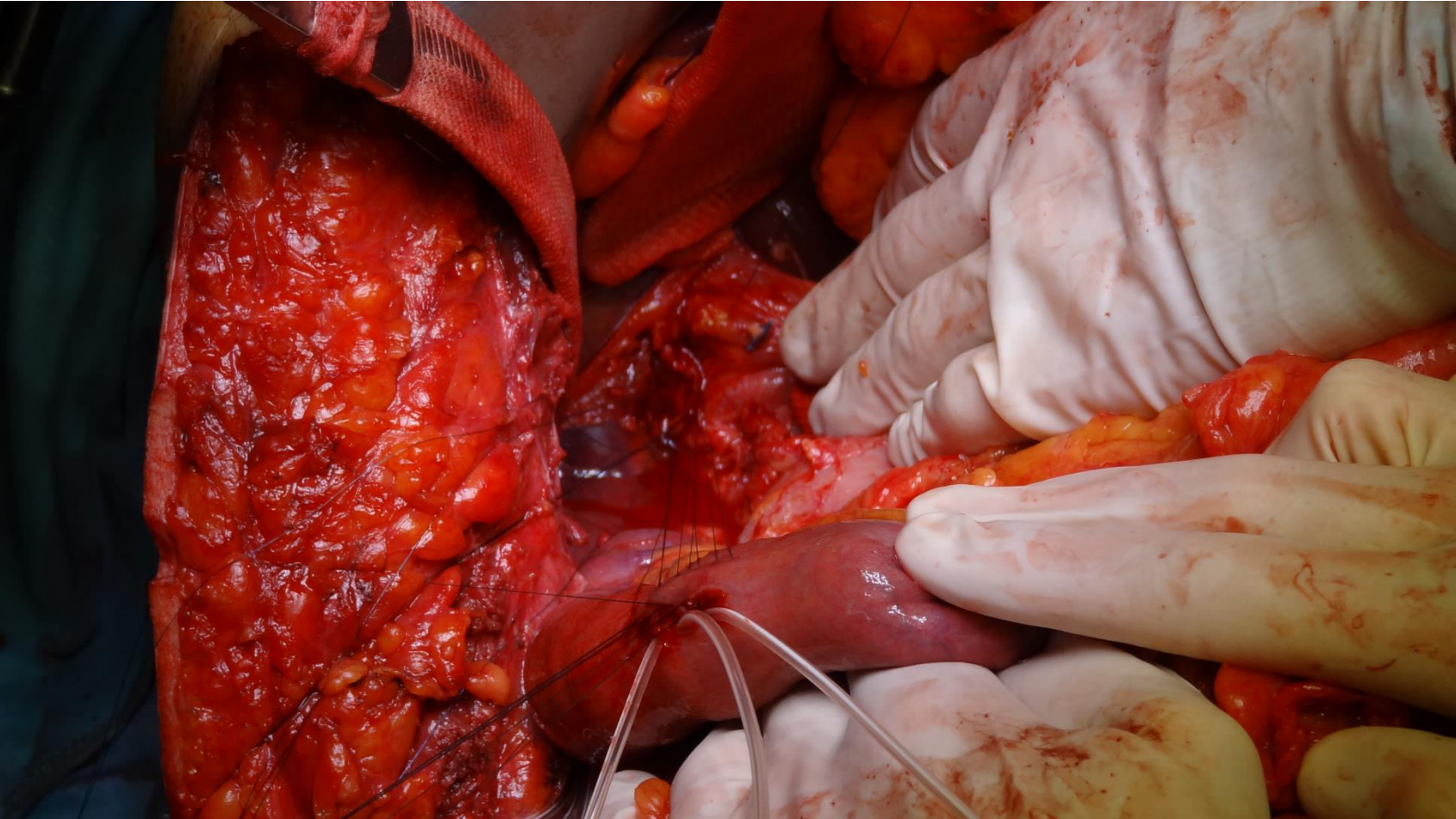


- **Häufigere Komplikationen der ERCPs ~5-10%** Kahaleh M, Freeman M. Prevention and Management of post-endoscopic retrograde cholangiography complications. Clin Endosc 2012;45:305-312.
 - **Post ERCP Pankreatitis in 13,1%** N Engl J Med 2012; 366:1414-1422 [April 12, 2012](#) DOI: 10.1056/NEJMoa1111103
 - **Intestinale Blutung 2 – 6%** Cotton PB, Lehmann G, Vennes J et al. Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at consensus. Gastrointest Endosc 1991; 37: 383-393
- **Seltener sind Perforationen ~0,5%** HPB (Oxford). 2006; 8(5): 393–399.
doi: [10.1080/13651820600700617](https://doi.org/10.1080/13651820600700617);
Loperfido S, Angelini G, Benedetti G, Chilovi F, Costan F, De Berardinis F, De Bernardin M, Ederle A, Fina P, Fratton A. Major early complications from diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study. Gastrointest Endosc. 1998;48:1–10.
 - **Führungsdrahtpassage 0,105 %**
 - **Papillotomie 0,165%**
 - **Cerebrale Luftembolie nach ERCP**
ERCP Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. 130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. München, 30.04. - 03.05.2013. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2013. Doc13dgch269
 - **Ballonrevision**

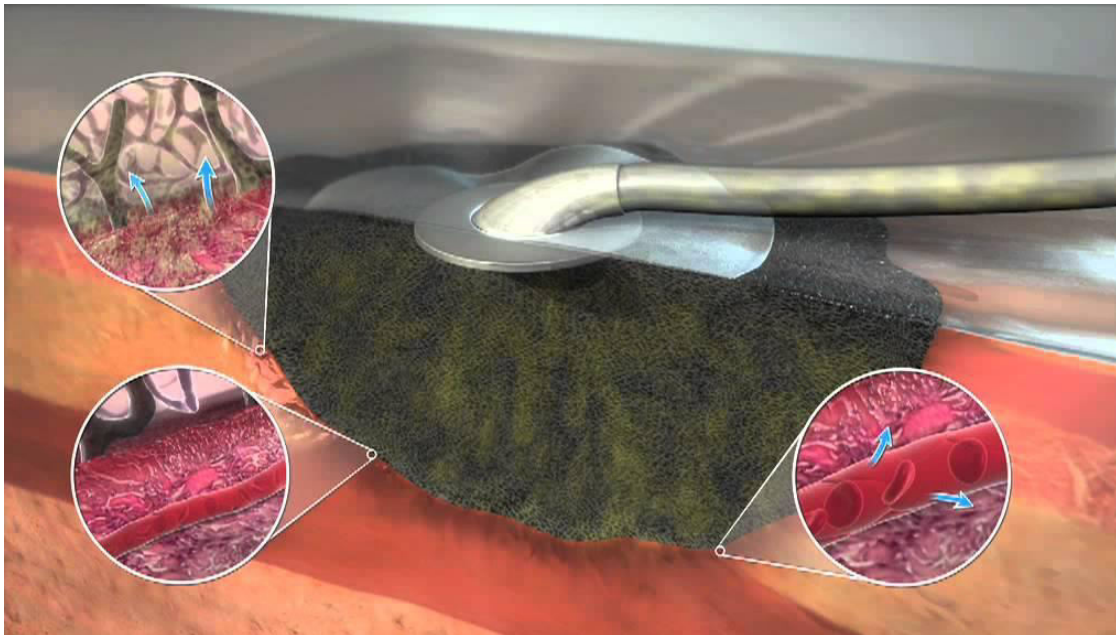
- Filiformes Gallengangssystem
- Riss des Ductus Hepatocholedochus an der Hinterwand bis weit in den rechten Hauptgallengang
- Choledochus- und Hepaticusgabelresektion
- Roux'sche Schlinge
- 3 Galleschienen-drains



Berstungsverletzung des Ductus Hepatocholedochus



- Rücktransfer ad Normalstation nach 6 Tagen
- Entlassung nach 22 Tagen
- Ambulantes VAC bei subkutaner Wundheilungsstörung
- Entfernen der Galleschienungsdrains nach 8 Wochen



- Ballonblockade bei filiformer Gallenwegssituation muss äußerst vorsichtig erfolgen
- Bei asymptomatischer frühpostoperativer (< 24h) Gallesekretion kleiner als 100 ml über die Drainage: konservatives Zuwarten
- Bei asymptomatischer frühpostoperativer (< 24h) Gallesekretion über 100 ml: operative Revision
- Bei asymptomatischer später auftretender Gallesekretion über die Drainage: primär ERCP
- Jegliche symptomatische Gallesekretion: primär operative Versorgung

