

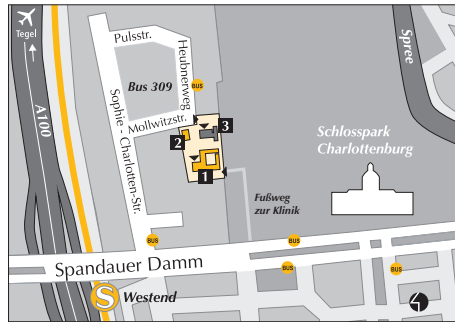
- Bei der minimal-invasiven Gallenblasenentfernung ist nur ein kurzer stationärer Aufenthalt von zwei bis drei Tagen erforderlich. Bei entsprechender Vorbereitung (Diagnostik) können Sie bereits am Aufnahmetag operiert werden. Die notwendigen Voruntersuchungen werden dann vor der Aufnahme ambulant durchgeführt.
- Die Fäden an den vier kleinen Schnittwunden können nach 7 - 9 Tagen von Ihrem Hausarzt oder in unserer Ambulanz entfernt werden. Arbeitsfähig sind Sie in der Regel nach zehn Tagen (bei Wohlbefinden auch früher) und mit Sport können Sie nach zwei Wochen wieder beginnen.

Haben Sie Fragen?

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient ist für alle Beteiligten wichtig, und Sie sollten immer fragen, wenn Sie etwas vom Arzt wissen wollen. Vielleicht fallen Ihnen auch zu Hause Fragen ein, die Sie Ihrem Arzt stellen möchten. Machen Sie sich am besten Notizen darüber, und nehmen Sie Ihre Fragenliste zum nächsten Arztbesuch mit. Ihr Arzt wird Ihnen gerne und umfassend Auskunft geben.

Sprechstunden Allgemein Chirurgie

Mittwoch, 9.30 - 15.00 Uhr
Telefon (030) 32 64-12 03



1 Schlosspark-Klinik 2 CT/MRT 3 Schlosspark-Hotel

FAHRVERBINDUNGEN

S-Bahn 41, 42, 45, 46, 47	bis Bahnhof Westend, dann umsteigen auf Buslinie 309 (oder 10 Minuten Fußweg)
Bus 309	Schlosspark-Klinik
Bus M45	bis Sophie-Charlotten-Straße, dann umsteigen auf Buslinie 309 (oder 10 Minuten Fußweg)

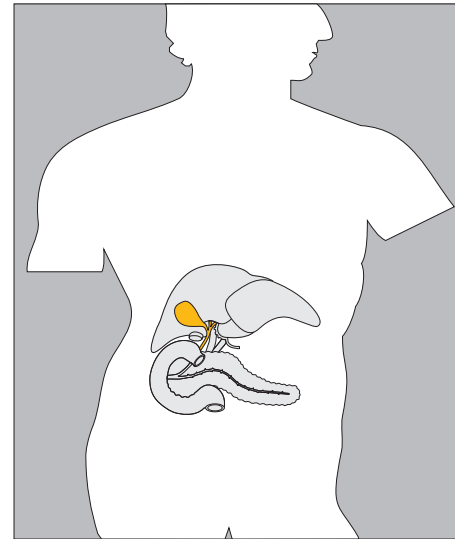
SCHLOSSPARK-KLINIK
Abteilung Chirurgie
Chefarzt PD Dr. med. Stefan Farke
Heubnerweg 2, 14059 Berlin
Telefon: (030) 32 64-12 02
Telefax: (030) 32 64-12 00
E-Mail: stefan.farke
@schlosspark-klinik.de
Internet: www.schlosspark-klinik.de

Partnerklinik der



AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS DER CHARITÉ

Health Promoting Hospital of the WHO
Qualitätszertifiziert nach KTQ®



Patienteninformation

Gallensteine

Gallensteinleiden

Bei Ihnen sind Steine in der Gallenblase nachgewiesen worden. Hierbei sollten zwei wichtige Aspekte beachtet werden:

1. Steine, die keine Beschwerden machen, bedürfen keiner Behandlung!
2. Steine, die sich einmal bemerkbar gemacht haben, werden sich zu irgendeinem Zeitpunkt wieder melden und sollten daher behandelt werden.

Anatomie und Physiologie

Galle wird in der Leber produziert (ca. 500 - 800 ml pro Tag) und fließt durch die Lebergallenwege zum Hauptgallengang, von dem in einem Seitschluss ein kleiner Gang abzweigt, der in die Gallenblase führt. Der Hauptgallengang selbst mündet mit dem Gang der Bauchspeicheldrüse in den Zwölffingerdarm. Gallensteine entstehen in der Gallenblase.

Die Leber produziert mehr Galle, als in der Gallenblase "zwischengeparkt" werden kann, so dass auch bei vorhandener Gallenblase ständig Galle in den Darm abgegeben wird. Die Gallenblase zieht sich zusammen und entleert Galle zusätzlich in den Darm, wenn Speisen aufgenommen werden. Diese zusätzliche Gallenentleerung nach Speisenaufnahme soll die Verdauung fördern. Fehlt die Gallenblase nach einem operativen Eingriff, läuft die Galle wie vorher in den Darm, und bei Speisenaufnahme kommt es zu einer zusätzlichen Entleerung aus dem Gallengang. Dies beeinträchtigt die Verdauung aber nicht, da die meisten Stein tragenden Gallenblasen nach einiger Zeit vernarbt sind, sich nicht mehr zusammenziehen und so auch vorher schon nicht mehr bedarfsgesteuert Galle entleeren.

Therapiemöglichkeiten

"Die Gallenblase ist krank, nicht weil sie Steine hat, sondern weil sie Steine bildet" (Carl Langenbuch, 1883, Chirurg und Pionier der Gallenblasenchirurgie).

Alle Verfahren, die die Gallenblasensteine ohne Entfernung der Gallenblase behandeln, gelten nur als vorübergehende Lösungen, so z.B. die **medikamentöse Steinauflösung**. Sie bringt Nebenwirkungen mit sich und weist nur eine geringe Erfolgsquote auf.

Ebenfalls keine dauerhafte Lösung ist die **Stoßwellenzertrümmerung**. Nur ca. 15 % der Steine eignen sich für diese Methode. Die zertrümmerten Partikel werden durch den Gallengang abtransportiert, was heftige Beschwerden (Kolik) bereiten kann.

In der wissenschaftlichen Fachliteratur ist die **Gallenblasenentfernung** eine der wenigen unumstrittenen Behandlungen zur Therapie des Gallensteinleids.

Diagnostik

Zur Diagnosesicherung werden folgende Untersuchungen ambulant oder am Tag der stationären Aufnahme durchgeführt:

- Ultraschalluntersuchung der Leber und Gallenwege (zum Ausschluss von Gallengangssteinen und zur Beurteilung der Oberbauchorgane)
- Blutuntersuchung (zur Diagnostik einer Entzündung und der Leberfunktion sowie zum Ausschluss einer Abflussbehinderung)
- Magenspiegelung (zum Ausschluss eines Magengeschwürs)

Operative Behandlung

Die Gallenblase kann offen über einen Rippenbogenchnitt von ca. 10 - 15 cm entfernt werden oder - wie heute üblich - minimal-invasiv, d.h. mittels "Schlüssellochchirurgie" (Laparoskopie).

Seit Beginn der 90er Jahre hat die laparoskopische Entfernung der Gallenblase den Weg vom "Spezialverfahren" zum "Goldstandard" geschafft. 1998 wurden 70 % der Gallenblasen laparoskopisch entfernt, 2001 waren es schon 86 %, und in 2005 stieg der Anteil weiter auf 90 % (Datenquelle: Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung).

Wir haben diese Entwicklung seit Einführung der Laparoskopie mit vorangetrieben und nun schon über 6.000 Operationen (Stand 2007) durchgeführt. In dieser Zeit hat sich die Laparoskopie und die minimalinvasive Chirurgie zu einem Schwerpunkt unserer Klinik entwickelt. Zur Überprüfung der Behandlungsqualität nimmt die SCHLOSSPARK-KLINIK an einem bundesweiten Qualitätssicherungsverfahren teil.

Minimal-invasive OP-Technik

Über 99 % aller Patienten mit Gallensteinen werden bei uns minimal-invasiv behandelt. Die Operation wird über vier kleine Schnitte von 5 bis 10 mm Länge durchgeführt. Über diese Schnitte werden Kamera und Operationsinstrumente eingeführt sowie Luft (CO₂-Gas) in den Bauchraum eingebracht. Bei der Operation wird der Gang der Gallenblase verschlossen und durchtrennt, anschließend kann die Gallenblase entfernt werden. Der Gallengang selbst bleibt funktionsfähig und transportiert auch nach der Operation weiterhin Gallenflüssigkeit von der Leber zum Zwölffingerdarm.

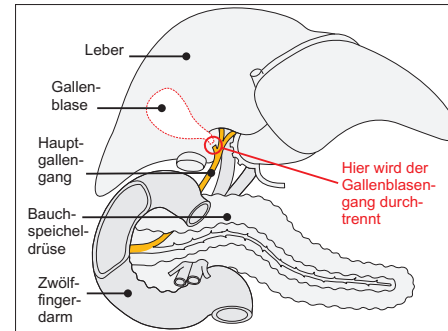


Abb.: Entfernung der Gallenblase und Anatomie der umliegenden Bauchorgane

Welche Komplikationen können auftreten?

Durch das schonende Verfahren der minimal-invasiven Gallenblasenentfernung gibt es wenig Komplikationsrisiken. In ca. 1,5 % der Fälle kann ein Wundinfekt auftreten, andere Komplikationen sind mit weiteren 1,5 % ebenfalls sehr selten. Die größte Gefahr besteht in einer möglichen Verletzung des Gallenganges anstelle des Gallenblasenganges. Durch die gute Übersicht beim laparoskopischen Verfahren (bis zu 20 fache Vergrößerung über den Monitor) kann dieses Risiko jedoch auf 0,1 % gesenkt werden.

Neue Entwicklungen:

Mikro-invasive Technik und N.O.T.E.S.

Unser Bestreben ist es, die Narben nach einer Operation weiter zu verkleinern. In mikro-invasiver Technik werden Instrumente von 2,8 mm Durchmesser verwendet. Der für diese Instrumente notwendige Schnitt ist so

klein, dass die Wunden nur geklebt und nicht genäht werden müssen. Kosmetisch sind die Narben am Bauch dann kaum sichtbar. Den Schnitt, über den die Gallenblase mitsamt Steinen entfernt wird, können wir an eine kosmetisch "günstige" Stelle legen - z.B. im Schamhaarbereich. Ansonsten ist die weitere Operationstechnik wie beim minimal-invasiven Verfahren.

Eine Weiterentwicklung ist der Zugang zur Operation mit N.O.T.E.S. (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery). Dabei wird der Weg in die Bauchhöhle über eine natürliche Körperöffnung beschritten: über Mund und Magen, Mastdarm oder die Scheide. Der Zugang über die Scheide ist bisher der am besten untersuchte. Er ist für die Gallenblasenentfernung gut geeignet und bietet die Möglichkeit, ohne sichtbare Narben zu operieren. Auch hier verwenden wir spezielle Instrumente. Die Operationstechnik unterscheidet sich kaum von der minimal-invasiven Technik.

Beide Methoden sind sicher und haben ähnliche Risiken wie die herkömmliche Technik.

Was ist im einzelnen zu tun, wenn Sie sich bei uns an der Gallenblase operieren lassen wollen?

- Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse benötigen eine Krankenhauseinweisung des behandelnden Arztes und eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse.
- Sie verabreden mit unserer Aufnahmeschwester (Telefon 32 64-12 09) einen Aufnahmetermin. Wünschenswert ist, dass Sie vor dem Aufnahmetermin mit den vorhandenen Befunden in unsere Sprechstunde kommen, um die Indikation zur Operation noch einmal zu besprechen.