

Intrapylorische Papillenlage und gedeckte Perforation des Gallenganges nach Ballondilatation

Masaryk V.¹, Meyer F.², Will U.¹

(1) Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin, SRH Wald-Klinikum GmbH, Gera
(2) Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R., Magdeburg

srh

SRH Wald-Klinikum Gera

Einleitung

Eine extraanatomische Lage der Papilla Vateri ist eine sehr seltene anatomische Variante. In der Literatur sind einzelne Fälle beschrieben.

Eine Ballondilatation statt Papillotomie wird in diesen Fällen empfohlen, um eine Perforation bei verändertem Papillenapparat zu vermeiden.

Wir berichten eine Kasuistik mit einer intrapylorischen Papillenlage und gedeckten Perforation nach Ballondilatation.

Kasuistik

Eine 89-jährige Patientin mit Ikterus, Bauschmerzen mit klinischem Bild einer Cholangitis wurde im auswärtigem Klinikum vorgestellt.

Es erfolgte eine frustrane Endosonographie bei Stenose und Verziehung des Bulbus sowie Ulcerata ad pylorum.

In der MRCP stellte sich ein präpapilläres Konkrement mit Aufstau des DHC.

In der Sonographie war der DHC nur sehr schwer einstellbar. In der Verlaufskontrolle stellte sich die Leber mit Aerobilie dar, die Gallenblasenwand war verdickt mit Konkrement. Die Ursache für die Aerobilie war unklar, bisher ist keine ERCP erfolgt.

Therapie

Da die initiale Passage des Duodenoskops über den Pylorus nicht gelang, wurde

gastroskopisch ein Draht platziert. Duodenoskop wurde nunmehr drahtgeführt unter fluoroskopischer Kontrolle eingeführt.

Im Duodenum fand sich reichlich Galle, die Papilla major war überraschenderweise nicht zu identifizieren.

Eine Re-ERCP erfolgte mit Gastroskop mit Aufsatzkappe unter der Annahme einer atypischen Lokalisation der Papilla Vateri.

Ein winziges Ostium fand sich intrapylorisch am Übergang vom gastralen zum intestinalen Epithel gegenüber der Ulcerata. Nach Füllung mit Kontrastmittel war ein dilatierter U-geförmter Gallengang mit Konkrement zu sehen.

Nach Ballondilatation auf 10mm gelang weder mit drahtgeführtem Dormiakorb noch mit "Steinextraktionsballon" eine Extraktion des Konkrementes.

Hiernach wurde sich für eine Ballondilatation auf 15mm entschieden.

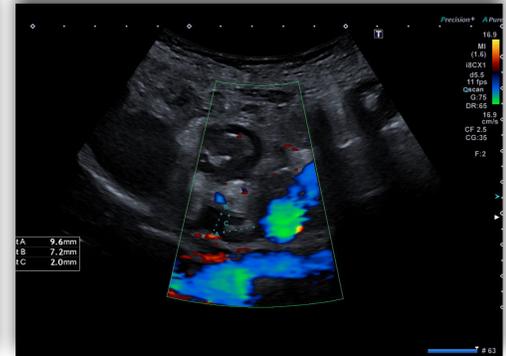
Dies erlaubte eine Steinextraktion unter direkter Cholangioskopie mit Gastroskop.

An der Dilatationsstelle war eine gedeckte Perforation ohne Kontrastmittelübertritt in die Umgebung sichtbar. Kein Stent wurde eingelegt.

Es war eine klinische Besserung zu verzeichnen.



Ausgeprägte spontane Aerobilie. Die initiale Cholestase bestand am ehesten durch einen kurzzeitigen Ventileffekt des Konkrementes



Erweiterter DHC mit Konkrement; erschwert und in Linksseiteinlage einstellbar



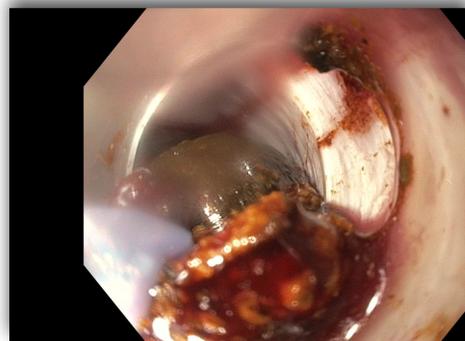
Kleines Bild: ERCP mit Duodenoskop. Im Duodenum ist keine Papille zu finden
Großes Bild: Papille am Übergang vom Magen zum Duodenum. Links antrale Schleimhaut, rechts duodenale Zotten.



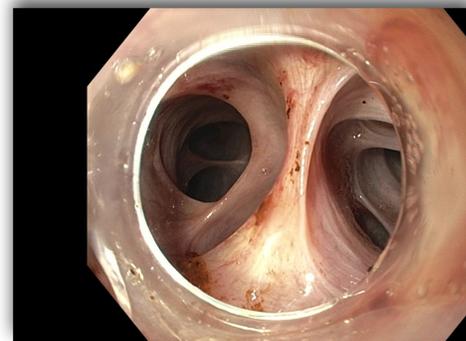
Füllung des DHC mit Kontrastmittel; es demaskiert sich das große Konkrement und der scharf abgebogene U-förmiger DHC infolge der extraanatomischer Lage



Papille auf 15 mm dilatiert.



Direkte Cholangioskopie: Steinextraktion mit Dormia-Körbchen



Direkte Cholangioskopie: Aufzweigung des DHC in D. hepaticus sinister et dexter



Gedeckte Perforation; fluoroskopisch kein Kontrastmittelaustritt

Kleines Bild: Ballondilatation auf 10 mm; eine Steinextraktion verlief frustran

Schlussfolgerung / Diskussion

Bei in der Standardposition nicht auffindbarer Papilla Vateri ist an eine sehr seltene atypische Lage zu denken. Angegeben werden am häufigsten eine Lage im Bulbus duodeni oder im aboralen Teil des Duodenums und seltener intrapylorisch oder im Antrum.

Der Sphincter Oddi ist möglicherweise vollständig entwickelt, dies würde auch die im Verlauf aufgetretene spontane Aerobilie in der Leber erklären.

Ulcerata ad pylorum werden durch die langanhaltende Wirkung des alkalischen Milieus von Gallensäuren und Pankreassekret verursacht. Eine Papillotomie soll vermieden werden, die Ballondilatation ist zu präferieren. Eine gedeckte Perforation des Gallenganges ist auch konservativ behandelbar.