

Pareto

Gastrointestinales System

Bearbeitet von
Hans-Jürgen Brambs

1. Auflage 2007. Buch. 272 S.
ISBN 978 3 13 137191 1
Format (B x L): 12,5 x 19 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Klinische und Innere Medizin > Gastroenterologie, Proktologie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beek-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Kurzdefinition

► Epidemiologie

Fünfhäufigster maligner Tumor des Gastrointestinaltrakts • Selten bei jüngeren Personen • Meist jenseits des 50. Lebensjahres • 3- bis 5-mal häufiger bei Frauen • Als Zufallsbefund bei 1 – 3 % der Cholezystektomien.

► Ätiologie/Pathophysiologie/Pathogenese

Erhöhtes Risiko bei Porzellangallenblase und chronischer Entzündung bei Gallensteinen • Frühe Ausbreitung in die Leber, den Gallengang und regionären Lymphknoten.

Zeichen der Bildgebung

► Methode der Wahl

CT • Sonographie

► Pathognomonische Befunde

Irregulär und exzentrisch verdickte Gallenblasenwand • Intraluminale Raumforderung • Infiltratives Wachstum in die Leber • Vergrößerte Lymphknoten • Aufstau der intrahepatischen Gallenwege.

► Sonographie-Befund

Meist Gallensteine • Irregulär verdickte Wand • Intraluminale, eher echoreiche Raumforderung ohne Schallschatten oder echoarmer Tumor, der sich in die Leber ausbreitet • Bei steingefüllter Gallenblase kann die Beurteilung der Gallenblasenwand schwierig sein.

► CT-Befund

Intraluminale, irreguläre, polypöse Raumforderung, die KM aufnimmt, oder hypodense Raumforderung im Gallenblasenbett, die per continuitatem in das Leberparenchym infiltriert • Nach KM-Gabe meist nur schwache Anreicherung.

► MRT-Befund

In T1w leicht hypointens oder ähnliches Signal wie das Leberparenchym • In T2w hyperintens mit unscharfer Abgrenzung zur Leber • Nach KM-Gabe heterogene Anreicherung • Mit Fettunterdrückung oft bessere Beurteilbarkeit einer Infiltration in benachbarte Organe und von Lymphknotenmetastasen.

► ERCP und PTC

Spieren nur noch als Maßnahmen zur Galleableitung eine Rolle.

Klinik

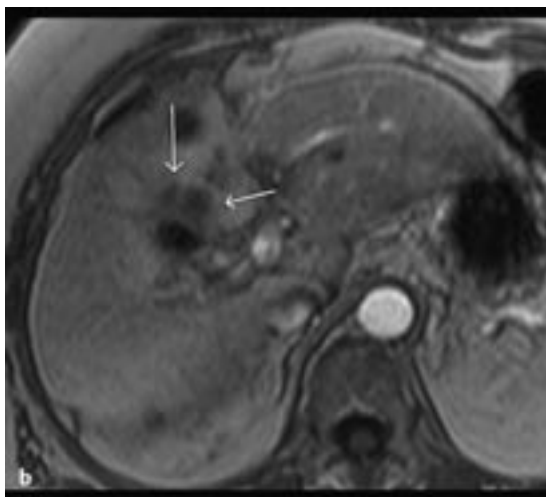
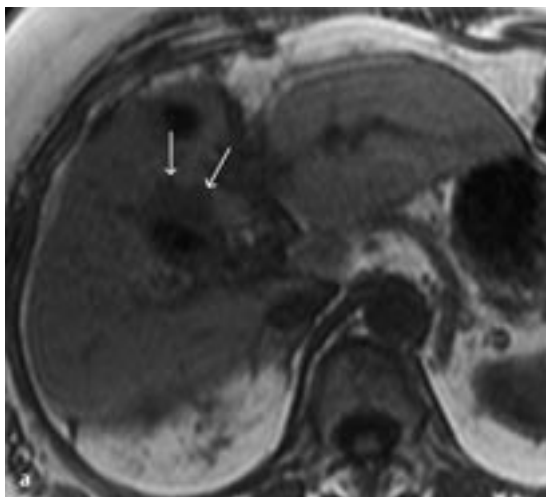
► Typische Präsentation

Das Karzinom wächst lange Zeit ohne Symptome • In fortgeschrittenem Stadium Ikterus mit oder ohne Bauchschmerzen, Inappetenz und Gewichtsverlust • Tastbare Resistenz im rechten Oberbauch.

► Therapeutische Optionen

Resektion • Eine vollständige Resektion ist in weniger als 10% der Fälle möglich • Bei ausgedehnten Tumoren Stent über transpapillären oder perkutan-transhepatischen Zugang.

Abb. 46a,b Gallenblasenkarzinom. MRT. Bereits in der nativen Aufnahme (a) erkennt man ventral des Gallenblasenlumens eine knotige Infiltration ins Leberparenchym (Pfeile), die sich nach KM-Gabe (b) noch besser vom umgebenden Lebergewebe abgrenzen lässt.



► **Verlauf und Prognose**

5-Jahres-Überlebensrate 5–13% • Mittlere Überlebenszeit etwa 6 Monate nach Diagnose.

► **Was will der Kliniker von mir wissen?**

Infiltration in die Leber und Lymphknotenbefall.



Abb. 47 Gallenblasenkarzinom. CT. Deutlich irreguläre Wandverdickung der Gallenblase mit flächiger Infiltration in das umgebende Fettgewebe. Nebentastend Lebermetastasen und Lymphknotenmetastasen ventral der linken Nierenvene.

Differenzialdiagnose

- | | |
|---------------------------------|--|
| <i>chronische Cholezystitis</i> | – eher gleichmäßige Wandverdickung mit Steinen |
| | – homogene KM-Aufnahme |
| <i>Adenomyomatose</i> | – umschriebene oder diffuse Wandverdickung mit glatten Außenkonturen |
| | – intramurale Divertikel (Rokitansky-Aschoff-Sinus) |
| <i>Gallenblasenpolypen</i> | – Cholesterinpolypen meist kleiner als 10 mm |
| | – Adenom meist kleiner als 2 cm |

Typische Fehler

Fehlinterpretation als Cholezystitis.

Ausgewählte Literatur

- Donohue JH et al. Present status of the diagnosis and treatment of gallbladder carcinoma. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2001; 8: 530–534
- Levy AD et al. Gallbladder carcinoma: radiologic-pathologic correlation. RadioGraphics 2001; 21: 295–314
- Yun EJ. Gallbladder carcinoma and chronic cholecystitis: differentiation with two-phase spiral CT. Abdom Imaging 2003; 29: 102–108