

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR INNERE MEDIZIN I					
Schmerzloser Ikterus				Gebiet: <i>Gastroenterologie</i>	
				Ausrichtung: <i>diagnostisch</i>	
Version:	Gültig ab:	Revision:	Verfasser:	Geprüft:	Genehmigt:
1.0 (4 Seiten)	15.04.2009	15.04.2011	GPO	FKL/IZJ	JS

GRUNDSÄTZLICHES

Definition Symptom „schmerzloser Ikterus“: Eine Gelbfärbung der Skleren und/oder der Haut ohne abdominelle Schmerzsymptomatik.

Auftreten:

Im klassischen Sinn ist ein schmerzloser Ikterus, v.a. zusammen mit B-Symptomatik und AZ-Verschlechterung pathognomonisch für die Obstruktion der extrahepatischen Gallenwege durch eine maligne Neoplasie. Dabei kann es sich um Neoplasien der Gallenblase und der Gallenwege (z.B. Klatskin-Tumoren) oder des Pankreaskopfes (z.B. Pankreaskopf-Ca) handeln, es ist allerdings auch eine Kompression der Gallenwege von außen, z.B. durch path. vergrößerte Lymphknoten denkbar (post-hepatischer Verschlussikterus).

Im erweiterten Sinn tritt ein Ikterus ohne Schmerzsymptomatik bei allen Hyperbilirubinämien mit Bilirubin (gesamt) Werten von >2 mg/dl auf, die weder mit Cholangitis, Cholezystitis oder Pankreatitis, noch mit einer mechanischen Überdehnung der Gallenwege, wie bei Steinabgang einhergehen (z.B. prä- und intrahepatische Formen des Ikterus wie bei hämolytischer Anämie, Virushepatitiden, hereditäre Bilirubinstoffwechselstörungen)

Deshalb ist eine effiziente Unterscheidung zwischen prä-, intra- und posthepatischen Ursachen des Ikterus in jedem Fall wichtig.

ANAMNESE / KLINIK / LABOR

Bei der gezielten Anamnese des ikterischen Patienten sind folgende Punkte für die weitere Differentialdiagnostik zu beachten:³

- B-Symptomatik
- Alter des Patienten
- Dauer des Ikterus (Pruritus tritt meist erst nach längerem bestehen auf)
- Bekannte Vorerkrankungen der Leber oder des Pankreas
- Stuhl- und Urinfarbe (weißer Stuhl, bierbrauner Urin)
- Medikamentenanamnese (wurden neue Medikamente eingenommen)
- Alkoholanamnese
- Auslandsaufenthalte
- Familienanamnese
- Schwangerschaft
- Risikofaktoren für infektiöse Hepatitis (i.v. Drogen, Homosexualität, HIV-Infektion)

Bei der körperlichen Untersuchung ist besonders auf folgende Punkte zu achten:

- Allgemeinzustand des Patienten
- Sekundäre Leberhautzeichen (z.B. Spider nävi, Palmarerythem, Gynäkomastie, Bauchglatze)
- Kratzspuren
- Tastbefund der Leber
- Aszites
- Tastbare Resistenzen (z.B. Courvoisier'sches Zeichen)
- Tastbare Lymphknoten

Folgende Laborparameter sind für das weitere Vorgehen von Bedeutung:

- Bilirubin gesamt, direkt, indirekt (prä-, intra-, posthepatischer Ikterus ?)
- Urobilinogen, Bilirubin im Urin (prä-, intra-, posthepatischer Ikterus ?)
- AP, γ -GT (Gallenwegsschädigung ?)
- GOT, GPT, GLDH (Leberzellschädigung ?)
- Albumin, Quick (Leberfunktion ?)
- BSG, CRP, Leukos (Entzündung ?)
- Hb, LDH (Hämolyse ?)

Durch eine gute Anamnese, körp. Untersuchung und Routinelabordiagnostik (AUL) wird das Vorliegen einer posthepatischen Obstruktion der Gallenwege mit einer Sensitivität von 95% und einer Spezifität von 76% erkannt.⁴

Bei normaler AP ist ein extrahepatischer Verschluss der Gallenwege sehr unwahrscheinlich.¹

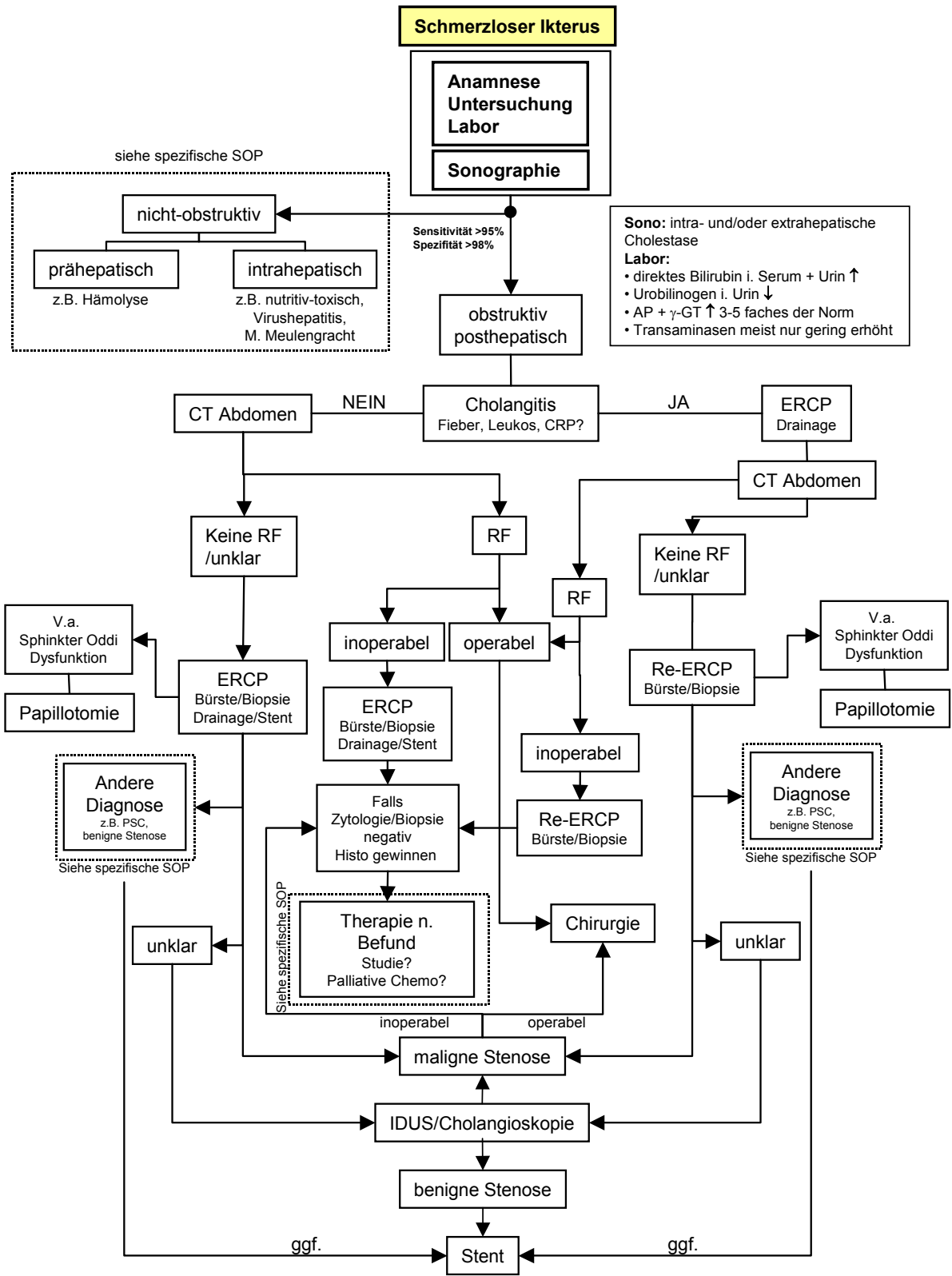
Technische Untersuchung

Die niedrige Spezifität (76%) der AUL für das Vorliegen einer extrahepatischen Cholestase wird durch eine ergänzende **Ultraschalluntersuchung** auf 98% angehoben.⁴

Bei der Klärung der Ursache der Obstruktion ist die **CT** mit einer Sensitivität von 96% und Spezifität von 94% der Sonographie überlegen.⁵

Wenn bereits nach der initialen Bildgebung feststeht, dass der Pat. zügig einer chirurgischen Therapie zugeführt werden muss, ist der Wert der Einlage eines Stent oder Drainage mittels ERCP oder PTCD umstritten.²

Nach AUL und Sonographie ist es möglich eine obstruktive von einer nicht-obstruktiven Ursache des Ikterus zu unterscheiden und es kann folgendes Flow-Schema zur weiteren Diagnostik angewandt werden:



Verfasser

E-mail: georg.pongratz@klinik.uni-regensburg.de

Hausfunk: 1538

Literatur

AWMF Leitlinien: [\(keine\)](#)

Internationale Leitlinien:

1) Frank BB. Clinical evaluation of jaundice. A guideline of the Patient Care Committee of the American Gastroenterological Association. JAMA 1989; 262: 3031-3034.

2) NIH state-of-the-science statement on endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) for diagnosis and therapy. NIH Consens State Sci Statements 2002; 19: 1-26.

Aktuelle Übersichtsartikel:

3) Geier A, Gartung C, Dietrich CG, Lammert F, Wasmuth HE, Matern S. [Diagnosis of cholestatic disorders]. Med Klin (Munich) 2003; 98: 499-509.

4) Chopra S, Griffin PH. Laboratory tests and diagnostic procedures in evaluation of liver disease. Am J Med 1985; 79: 221-230.

5) Balfe DM, Ralls PW, Bree RL, DiSantis DJ, Glick SN, Levine MS, Megibow AJ, Saini S, Shuman WP, Greene FL, Laine LA, Lillemoe K, Kidd R. Imaging strategies in the initial evaluation of the jaundiced patient. American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria. Radiology 2000; 215 Suppl:125-133.

Empfehlungen ohne Gewähr, Verantwortung liegt bei behandelnder Ärztin/Arzt