

# Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

**Verlag und Copyright:**

Georg Thieme Verlag KG  
Rüdigerstraße 14  
70469 Stuttgart  
ISSN

Nachdruck nur  
mit Genehmigung  
des Verlags



## ERC(P) bei Schwangeren



Prof. Dr. med. Rainer Duchmann

### Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0991-3154>

Endo-Praxis 2019; 35: 158–159

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0177-4077

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Rainer Duchmann, Medizinische Klinik,  
Hospital zum heiligen Geist GmbH, Lange Straße 4–6,

60311 Frankfurt/Main

[duchmann.rainer@hohg.de](mailto:duchmann.rainer@hohg.de)

Vor Kurzem stellte sich eine 35-jährige Frau in unserer Klinik vor. Sie litt seit mehreren Wochen unter wiederkehrenden, rechtsseitigen, krampfhaften Oberbauchschmerzen mit Ausstrahlung in die rechte Seite. Fieber oder Ikterus bestanden zu keinem Zeitpunkt. Sonstige Erkrankungen lagen nicht vor, vor mehreren Jahren waren eine ERC und Cholezystektomie durchgeführt worden. Die körperliche Untersuchung war unauffällig, im Labor zeigten sich Cholestaseparameter und Transaminasen deutlich erhöht. Das Abdomen war bei schlanker Patientin gut schallbar und mit einem 5 mm breiten DHC und Z. n. Cholezystektomie sonografisch unauffällig.

Soweit nichts Besonderes, wäre die Frau nicht in der 9. Schwangerschaftswoche gewesen. Die Schwangerschaft war erwünscht und zuletzt vor wenigen Tagen vom Gynäkologen als unauffällig und intakt bestätigt worden.

Nach ausführlichen Gesprächen mit der Patientin erfolgte eine unauffällige ÖGD und, da die sonst sehr gefasste, am Untersuchungstag aber verunsicherte Patientin die nachfolgend geplante Endosonografie ablehnte, eine MRCP. Diese wies ein ca. 4 mm großes, präpapilläres Konkrement nach. Die klinisch und bildgebend gesicherte Indikation zur ERC wurde ausführlich mit der Patientin besprochen und die Risiken erläutert. Zudem zogen wir konsiliarisch den Chefarzt unserer Gynäkologie hinzu, der eine unauffällige, intakte Frühgravidität bestätigte und aus seinem Fachgebiet heraus informativ beruhigend auf die Patientin einwirkte. Zur Maximierung des Strahlenschutzes erfolgte vorbereitend eine kurze Teambesprechung am Durchleuchtungsgerät, auch in Anwesenheit der Chefärztin für Radiologie. Die ERC erfolgte dann in Linksseitenlage und gelang bei schlanker, gut schallbarer Patientin unter alleiniger sonografischer Kontrolle bei guter Darstellbarkeit von Draht, Ballon und kleinem präpapillärem Konkrement. Die vorbestehende sehr kleine Papillotomie wurde problemlos erweitert und der DHC mit dem Ballon saniert. Bei Beschwerdefreiheit und rasch abfallenden Leberwerten wurde die Patientin am übernächsten Tag entlassen.

Situationen bei Schwangeren, die normaler Weise eine Indikation zur Endoskopie darstellen, sind häufig. Für die USA wer-

den jährlich 12 000 für eine Endoskopie des OGI, 6000 für eine Endoskopie des UGI und 1000 Fälle einer symptomatischen Choledocholithiasis angegeben (Cappel et al., Clin North Am 2003; 32: 123–179).

Für die neuere Literatur zeigt eine große nationale Kohortenstudie in Schweden an mehr als 3000 Endoskopien bei Schwangeren (Ludvigsson et al., Gastroenterology 2017; 152: 554–563) ein gering erhöhtes Risiko für Frühgeburt (nur bei Frauen mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung, Zöliakie oder Lebererkrankung) oder intrauterine Wachstumsretardierung (small for gestational age), jedoch nicht für Totgeburten oder angeborene Missbildungen. Die Autoren bewerten den Effekt einer Endoskopie auf die Schwangerschaft als allenfalls marginal, interessanterweise unabhängig vom Trimester. Allgemein ist die Datenlage zur Endoskopie bei Schwangeren jedoch gering. Sie wird in der o. g., wahrscheinlich bis 2013 zitierenden Publikation, mit 30 Fallberichten und 9 Studien an 379 Schwangeren beziffert, davon 4 Studien für die ERCP (n = 120).

Zur ERC empfiehlt die aktuelle Deutsche Leitlinie der DGVS/DGAV (Gutt et al., Z Gastroenterol 2018; 56: 912–966), dass symptomatische Gallengangsteine auch in der Schwangerschaft durch endoskopische Papillotomie und Steinextraktion therapiert werden sollten. Die Verwendung von Röntgenstrahlen, sofern erforderlich, stellt unter Beachtung der Strahlenschutzrichtlinien bei vorherigem Nachweis von Gallengangsteinen auch im ersten Trimenon keine absolute Kontraindikation dar.

Wichtig bleibt sicherlich die klare Indikationsstellung, die gute Kommunikation mit der Schwangeren und das Einbinden benachbarter Fachrichtungen wie Gynäkologie und Radiologie. Zur Medikation inkl. Sedierung finde ich es oft hilfreich, die informativen Zusammenfassungen von [www.embryotox.de](http://www.embryotox.de) der Schwangeren nicht nur zu erläutern, sondern zur beruhigenden Information auch auszuhändigen. Wann immer möglich sollte, wie in unserem Fall, die sonografische Bildgebung erfolgen. Bei Bedarf kann jedoch auch eine Durchleuchtung während der gesamten Schwangerschaft erfolgen. Gemäß o. g. deutscher Leitlinie führt dies bei lateraler Projektion und normaler Konstitu-

tion zu einer Uterusdosis von 32 mSv/min. Die Schwellendosis für Fehlbildungen (deterministische Schäden) liegt bei 100 mSv. Wichtige Details, z. B. Verwendung moderner gepulster Systeme, Einblenden, Verzicht auf Zoomen, möglichst kurze Durchleuchtungszeiten, Verzicht auf zusätzliche Röntgenaufnahmen zur Dokumentation, Abschirmen des Beckens, Linksseitenposition bei fortgeschrittener Schwangerschaft zur Vermeidung einer Okklusion der V. cava etc. müssen in das aktive Gedächtnis

überführt und beachtet werden. Bis 20 mSv ist eine Dosisabschätzung und Protokollierung durch den Arzt ausreichend.

Dies alles sichert das Vorgehen ab und führt zu guter Akzeptanz auch ggf. strahlenbelasteter Verfahren in der Schwangerschaft bei allen Beteiligten.

Ihr  
Rainer Duchmann

