

## **PO-5.V/7 Nur Cholezystolithiasis? Budd-Chiari Syndrom bei einer 23-jährigen Patientin**

C. Umschlag<sup>1</sup>, S. Rüth<sup>1</sup>, M. Anthuber<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinikum Augsburg

### **Anamnese:**

Bei symptomatischer Cholezystolithiasis (GGT 131 U/l, AP 159 U/l, Leukozyten 19,2/nl, CRP 20,10 mg/dl; sonografisch Dreischichtung) wurde bei einer 23-jährigen Patientin (BMI: 36) die Indikation zur laparoskopischen Cholezystektomie gestellt. Intraoperativ bestätigte sich eine Cholezystitis mit Wandverdickung und wenig Aszites subhepatisch, keine Fibrinauflagerungen. Die Leber imponierte makroskopisch ohne Zirrhose- jedoch mit Stauungszeichen (glatt mit abgerundeten Kanten, gleichmäßiger Farbe). Vier Monate nach operativer Versorgung zeigte sich eine Leberfunktionsstörung Child B in Kombination mit einer B-Symptomatik. Die Infektparameter waren erhöht (Leukozyten 17,6 /nl, CRP 3,82 mg/dl), ebenso Bilirubin (2,36 mg/dl) und Transaminasen (GGT 49 U/l, AP 151 U/l, GPT 108 U/l), erniedrigte Cholinesterase (5685 U/l), Quickwert (60%, INR 1,4) und Albumin (3,2 g/dl). Es bestand eine hypochrome, mikrozytäre Anämie.

### **Verlauf:**

Die Diagnostik wurde ausgeweitet (ERCP, CT, MRT, Leber-/Knochenmarkpunktion). In Zusammenschau aller Befunde wurde die Diagnose eines Budd-Chiari Syndroms (Kompression der Lebervenen mit langstreckiger Taillierung der V. cava inferior, Hypertrophie des Lobus caudatus; histologisch ausgedehnte venöse Durchblutungsstörung, konfluierende Nekrosen und Fibrosen) gestellt.

### **Therapie:**

Neben der Markumarisierung wurden Ödeme und Aszites mittels einer Diuretikakombination ausgeschwemmt. Eine Gewichtsreduktion sowie die strikte Vermeidung oraler Kontrazeptiva wurden mit der Patientin ausführlich diskutiert, die Patientin an die hämatoonkologische und gastroenterologische Ambulanz angebunden.

### **Diskussion:**

Insgesamt zählt das Budd-Chiari Syndrom zu den seltenen Ursachen einer Leberfunktionsstörung, die Beobachtungen zufolge häufiger Frauen in der zweiten bis vierten Lebensdekade betrifft. Größere Fallserien sind in der aktuellen Literatur nicht beschrieben. Eine Vielzahl Begleiterkrankungen (Thrombophilie, Adipositas, orale Kontrazeptiva, Malignome etc.) werden als Kofaktoren für die Genese diskutiert. Konservative (medikamentös), interventionelle (TIPPS) und operative Maßnahmen (Shuntchirurgie) stellen Therapieoptionen dar. Bei voranschreitender Leberfunktionseinschränkung und intractablem Aszites bleibt als Ultima ratio die Lebertransplantation eine Option.