

<p><b>Obligatorische Diagnostik</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Klinische Basisdiagnostik inklusive kleinem Blutbild und Labor mit Cholestaseenzymen (γ-GT, AP), ALT, Bilirubin, Lipase, Gerinnungsparametern (INR, PTT) und Urin-Stix</li> <li>▪ Blutkulturserie (aerob, anaerob), da diese bei Cholangitis häufig mit Erregernachweis</li> <li>▪ primär Abdomen-Sonographie (intra-/extrahepatische Dilatation?, Stein?), ggf. auch CT-Abdomen</li> <li>▪ beim Vorliegen von Aszites Punktion und Gewinnung von Material zur mikrobiologischen und histologischen Diagnostik</li> <li>▪ Differentialdiagnostisch bei Patienten nach Lebertransplantation an ITBL (ischemic type biliary lesion) denken, <b>dann AVC-Konsil obligatorisch</b></li> </ul>
<p><b>Minimalkriterien für die Diagnose</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ klinischer Hinweis auf Cholangitis (Ikterus, Oberbauchschmerz, Fieber)</li> <li>▪ Cholestaseparameter (insbesondere γ-GT), Entzündungsparameter</li> <li>▪ Sonographischer oder radiologischer Hinweis einer Infektion der Gallengänge oder der Gallenblase</li> <li>▪ <b>Charcot Trias:</b> rechter Oberbauchschmerz, Fieber, Ikterus</li> <li>▪ <b>Reynold Pentas:</b> Trias plus Hypotension und Verwirrtheit (beides im Rahmen der Sepsis)</li> </ul>
<p><b>Empfohlene Initialtherapie</b></p>	<p>Häufigste Ursache ist die Verlegung des Gallenabflusses, umgehende interventionelle oder chirurgische Sanierung ist obligat (z.B. Notfall-ERC)! Unbedingt an die (intraoperative) Gewinnung von mikrobiologischem Material denken!</p> <p><b><u>Ambulant erworbene Cholangitis:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ceftriaxon</li> <li>▪ Piperacillin / Tazobactam</li> <li>▪ bei biliodigestiver Anastomose oder Z. n. Stentimplantation in einem Teil der Leitlinien Indikation zur Abdeckung der Anaerobier (plus Metronidazol)</li> </ul> <p><b><u>nosokomiale Cholangitis sowie post-ERC :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ertapenem + Vancomycin</li> <li>▪ Piperacillin + Tazobactam (+ Vancomycin)</li> <li>▪ nach jeweiliger Hospitalflora auch Abdeckung von Enterokokken (E. faecalis, E. faecum) und anderen relevanten Erregern bedenken</li> </ul> <p><b><u>CAVE Sepsis:</u></b></p> <p>Sepsistherapie</p>
<p><b>Empfohlene Dauer der Behandlung</b></p>	<p>Reevaluation des Therapieerfolges nach 48h, für milde Cholangitiden kann diese Therapiedauer bereits ausreichen. Die Therapiedauer bei schwereren Verläufen sollte auf Basis des klinischen Verlaufes 5-7 Tage in der Regel nicht überschreiten.</p>
<p><b>Referenzen</b></p>	<p>AWMF-Register-Nr. 021/008, S3-Leitlinie 2008 Cholezystitis / Cholangitis <b>AWMF Leitlinie</b></p> <p>Tokyo Guidelines: Antimicrobial therapy for acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007;14(1):83-90 <b>Tokyo Guidelines</b></p> <p>IDSA Leitlinie- Clinical Infectious Diseases 2010; 50:133-64 <b>IDSA</b></p> <p>Rosen's Emergency Medicine, 8th Edition, Seite 1203 ff</p>