Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: 27 (1991)

Heft: 2

Artikel: Gallensteine : operieren oder nicht?

Autor: [s.n.]

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-930043

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 10.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

qu'une contraction volontaire des muscles du plancher pelvien permet d'augmenter la PCMU d'environ 50 à 60 cm d'eau [34].
Lorsque la pression intra-abdominale augmente, en temps normal, celle-ci est intégralement et proportionnellement transmise sur l'ensemble de la paroi vésicale ainsi que sur l'urètre, permettant ainsi de garder un gradient de pression favorable à la continence: ce phénomène est appelé «transmission des pressions» et repose sur la théorie de l'enceinte manométrique d'Enhorning (fig. 16, voir numéro 3/91). La limite inférieure tolérée de cette transmission des pressions est de 75%.

Sensation de besoin et miction

Au cours du remplissage, la sensibilité du complexe vésicosphinctérien permet de ressentir différents besoins. Le premier besoin (B1) intervient en général pour un volume entre 200 et 300 ml, il est vite oublié. Puis progressivement apparaissent un besoin pressant (B2), un besoin urgent (B3), puis un besoin imminent B4. L'augmentation de volume entre B1 et B3 est en général supérieure à 100 ml [2].
Mahony et coll. se sont attardés à décrire plusieurs réflexes relatifs au cycle continence/miction. Ceux-ci mettent en jeu les différentes structures anatomiques vues précédemment. Néanmoins, un de ces réflexes est à retenir: c'est le D1 de Mahony. Il traduit l'inhibition de la vessie due à une augmentation de la tension active des muscles du périnée et du sphincter strié [7, 16]. Au total, on peut considérer qu'il y a une inhibition permanente et passive médullaire et sous-corticale avant le premier besoin, à laquelle s'ajoute ensuite une inhibition corticale volontaire.
Quand la miction est acceptée à B1, on constate un arrêt total de l'activité du sphincter strié de l'urètre immédiatement suivi d'une contraction du détrusor et du relâchement du sphincter lisse (fig. 15), [20, 36].
Quand la miction est acceptée à B3 ou B4, la contractration du détrusor peut précéder le relâchement du sphincter strié de l'urètre. Lorsque le périnée est efficace, sa contraction peut stopper la miction.
La miction traduit une inversion du gradient de pression vésico-urétral permettant l'évacuation de l'urine (fig. 14). Le volume uriné doit être supérieur à 250 ml avec un débit maximal compris entre 15 et 50 ml/sec. Le temps de miction ne doit pas excéder 30 sec. La pression vésicale permictionnelle doit être inférieure à 80 cm d'eau et le résidu postmictionnel ne doit pas dépasser le 10% du volume uriné [2]. Enfin la fréquence mictionnelle diurne normale est de 5 à 7 mictions par jour. Rappelons qu'une miction nocturne n'est pas considérée comme pathologique.

(La suite paraîtra dans le prochain numéro.) ●

Gallensteine – operieren oder nicht?

Gallensteine sind häufig. Sie kommen im Erwachsenenalter bei etwa jeder fünften Frau und jedem zehnten Mann vor. Doch bei weitem nicht alle Steine werden diagnostiziert, und lange nicht alle machen im Laufe des Lebens überhaupt Beschwerden. Die Diagnose erfolgt heutzutage fast ausschliesslich mit Hilfe einer Ultraschall-Untersuchung.
Gallensteine müssen nur dann behandelt werden, wenn sie wirklich Symptome verursachen wie z.B. eigentliche Koliken oder auch Druckbeschwerden, Übelkeit, Erbrechen, Fieber usw. Grundsätzlich kommt eine Behandlung durch Operation, durch medikamentöse Steinauflösung oder durch Steinzertrümmerung in Frage.
Die Gallenblasenoperation, das heisst die operative Entfernung der gesamten Gallenblase mit den Steinen, gehört zu den häufigsten chirurgischen Eingriffen am Bauch. In der Schweiz werden etwa 4000 solcher Operationen pro Jahr durchgeführt. Nachteilige Folgen hat die Gallenblasenentfernung nicht; insbesondere funktioniert auch die Verdauung nach der Operation problemlos. Wenn Bauchbeschwerden später trotzdem vorkommen, so dürfen sie meistens nicht der Operation angelastet werden.
Die laparoskopische Gallenblasenentfernung stellt eine Variante der Operation dar. Sie wurde erst vor kurzem auch in der Schweiz eingeführt. Dabei werden am Bauch lediglich vier kleine Schnitte gemacht, durch welche die Operationsinstrumente eingeführt werden, mit deren Hilfe die Gallenblase operativ entfernt werden kann. Der Eingriff ist ohne Risiko. Gut die Hälfte aller Gallenstein-Patienten kann heute so operiert werden. Der Vorteil liegt darin, dass der dafür notwendige Spitalaufenthalt nur noch wenige Tage beträgt und die Arbeitsunfähigkeit höchstens zwei Wochen. Zudem bleibt keine störende Narbe zurück.
Die medikamentöse Gallensteinauflösung kann bei Steinen durchgeführt werden, die nur aus Cholesterin bestehen. Die Behandlung muss mindestens sechs bis zwölf Monate, oft aber auch länger durchgeführt werden. Sie erfordert regelmässige Kontrollen. Nur etwa 50 bis 60 Prozent der so behandelten Patienten sprechen auf die Behandlung an. Die Rückfälligkeit nach erfolgreicher Auflösung ist zudem gross.
Die Zertrümmerung von Gallensteinen hat ihr Vorbild in der Nierensteinzertrümmerung. Im Gegensatz zu dieser ist sie aber nur bei einem kleinen Teil der Gallensteinträger überhaupt anwendbar. Nach der Zertrümmerung ist zudem eine mehrmonatige Zusatztherapie mit Gallenstein-auflösenden Medikamenten notwendig. Die Rückfallhäufigkeit ist ähnlich wie bei der medikamentösen Auflösung.
Durch reine Diätmassnahmen können Steine nicht kuriert werden. Eine kalorien-, fett- und cholesterinarme, aber faserreiche Kost belastet allerdings die Gallenblase weniger; Gallenblasenbeschwerden werden damit eher vermieden. – Die sogenannte «Steinabtreibung», die durch Naturärzte immer wieder propagiert wird, gehört nicht zu den hier beschriebenen wirksamen Behandlungsmethoden. Sie ist wirkungslos, obwohl dem Patienten das Gegenteil versprochen wird. Der vermeintliche Erfolg beruht darauf, dass dem Patienten eine ölhaltige Flüssigkeit eingegeben wird, welche im Darm sogenannte Fettseifenkonkremente bildet, die dann steinähnlich mit dem Stuhl ausgeschieden werden. Mit einem Gallensteinabgang hat diese Methode aber nichts zu tun.
Gallensteine, die Beschwerden machen, sollten in erster Linie operiert werden, heutzutage nach Möglichkeit laparoskopisch. Andere Behandlungsmethoden kommen nur in Ausnahmefällen in Frage. Der Hausarzt, der Magen-Darm-Spezialist und der Chirurg sind in der Lage, den Patienten zu beraten und die für ihn richtige Lösung des Problems vorzuschlagen. (SAel) ●