

01.03.2014 **Qualitätsmessung**

Praxis I: Was Evidenz im medizinischen Alltag wirklich bringt und was tun, wenn keine oder nur wenig Evidenz vorhanden ist?

Andreas A. Schnitzbauer



Einführung

Jeder Chirurg und wohl auch jeder andere Arzt stand im Laufe seiner medizinischen Tätigkeit sicherlich schon häufiger vor der Frage, was für seinen Patienten in einer gewissen Situation medizinisch das Beste ist. Das Beste kann hierbei eine sehr unterschiedliche Bedeutung haben, immer in Abhängigkeit aus welchem Blickwinkel man es betrachtet. „Der Chef will das so“, „der Patient will auf keinen Fall“, „die Internisten wollen, dass...“, „das machen wir schon immer so“ sind Sätze, die den meisten von Ihnen bekannt sein dürften. Ich selbst kann mich sehr lebhaft an den Satz eines Kollegen erinnern, der immer einwarf: „Wie ist die Evidenz?“ Dieser Satz sollte viel häufiger gefragt werden. Es gibt nicht für jede Situation medizinische Evidenz, die dem Patienten optimal hilft, aber man sollte versuchen, die beste Evidenz, unter Berücksichtigung des Zustandes und des Wunsches des Patienten zu finden und zu empfehlen. Hierzu werden im Folgenden drei Beispiele aus der Klinik aufzeigen, die unterschiedliche Herausforderungen hinsichtlich ihrer existierenden Evidenz bieten.

Praxisbeispiel I: Die früh elektive laparoskopische Cholezystektomie ist Mittel der Wahl in Patienten mit akuter Cholezystitis

In der S3-Leitlinie zum Gallensteinleiden wird mit guter Evidenz aus randomisierten und kontrollierten Studien sowie Metaanalysen (Evidenzlevel Ia) mit starkem Konsensus die frühelektive laparoskopische Cholezystektomie bei Patienten mit akuter Cholezystitis empfohlen [1, 2]. Nichtsdestotrotz, gibt es bei Patienten, die sich mit einer akuten Cholezystitis vorstellen, Diskussionen, ob eine Therapie im Intervall nicht besser sei. Diese Überlegung mag prinzipiell

nachvollziehbar sein, da bei den meisten Patienten der Symptombeginn nicht mit dem Tag der Vorstellung beim Arzt einhergeht und oftmals eine bereits mehrere Tage bestehende Cholezystitis vorliegt. Hier erhält das Grundinstrument ärztlichen Handelns, nämlich eine präzise Anamnese, die Hauptrolle, dies adäquat herauszufiltern. Jedoch, zeigen praktisch alle Studien, dass die Sekundärkomplikationen der initial konservativen Therapie die Morbidität im Vergleich zu sofort operierten erhöhen und auch zu einem längeren Krankenhausaufenthalt führen. Darüber hinaus wurde die bis dato vorliegende Evidenz (jeweils randomisierte Studien mit etwa 50 Patienten in den Behandlungsarmen) durch eine weitere prospektiv randomisierte Studie mit über 600 Patienten bestätigt, die nochmals eindrucksvoll die reduzierte Gesamtmorbidität, den verkürzten Krankenhausaufenthalt und die betriebswirtschaftlichen Einsparungen nach sofortiger Cholezystektomie bei Cholezystitis bestätigte [3].

Praxisbeispiel II: Das Rektumkarzinom kann stadiengerecht mit einem hohen Maß an Evidenz therapiert werden, das Vorgehen bei metastasiertem Leiden zeigt eine dramatische Abnahme guter Evidenz

Das Rektumkarzinom darf in seiner stadiengerechten Therapie salopp formuliert als „alte Kamelle“ bezeichnet werden, haben wir hierzu doch sehr gute Level Ib-Evidenz. Jedem sollte klar sein, dass im Stadium UICC II und III die Patienten von einer neoadjuvanten Therapie hinsichtlich des Lokalrezidivrisikos profitieren [4]. Schwerer wird es bei metastasierten Erkrankungen, die immerhin gut 50 % aller Patienten bezüglich des Auftretens von Lebermetastasen betreffen. Die Evidenz zur algorithmischen Therapie ist niedrig (Evidenzlevel III) und betrifft sowohl Indikation zur Resektion, als auch auf die perioperative Chemotherapie. Allerdings besteht ein breiter Konsens, dass resektable Metastasen reseziert werden sollen. Die Wertigkeit der perioperativen Chemotherapie ist weiter nicht auf höchstem Evidenzlevel geklärt, allerdings laufen hierzu randomisierte kontrollierte Studien, wie etwa die Panther-Studie der Kollegen aus Aachen.

Praxisbeispiel III: Sigmadivertikulitis. Eine häufige Erkrankung ohne wirklich gute Evidenz zur stadiengerechten Therapie

Die Sigmadivertikulitis ist eine häufige Erkrankung, für die es derzeit keine leitlinienbasierten Empfehlungen in Deutschland gibt. Schaut man in die Cochrane-Datenbank, so finden sich keine systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen von randomisierten kontrollierten Studien. Zwar orientieren wir uns heute an der Klassifikation von Hansen und Stock, die uns ein algorithmisches Stadien-gerechtes Vorgehen vorgibt, allerdings gibt es bei dieser Erkrankung nachwievor keine großen randomisierten kontrollierten Studien. Allerdings gibt es große Kohortenstudien, die eine gute Alternative zu RCTs darstellen können. So konnte in einem aktuellen systematischen Review gezeigt werden, dass gerade die aggressiven und chirurgisch-interventionellen Therapien etwas an Bedeutung verlieren, da viele Schübe der Sigmadivertikulitis benigne verlaufen und keiner aggressiven Therapie bedürfen [5]. Erfreulicherweise wird hierzu unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie eine Leitlinie erstellt, um die recht unübersichtliche Datenlage zu strukturieren und die Evidenzgrade mit Empfehlungen zu versehen.

Zusammenfassend kann vorhandene Evidenz, die in leicht verdauliche Häppchen in Form von medizinischen Leitlinien portioniert ist, helfen leichter und schneller Therapieentscheidungen zu treffen. Allerdings sollte man gerade in Leitlinientexten sehr darauf achten, mit welcher Evidenz und welchem Konsens eine Empfehlung ausgesprochen wird. Dies zeigt sich besonders gut am Beispiel des kolorektalen Karzinoms, das im fortgeschrittenen metastasierten Stadium mit potentiell kurativem Ansatz (z. B. Lebermetastasen) nur mit Empfehlungen auf niedrigem Niveau aufwarten kann. Schwierig wird es bei Erkrankungen, deren Therapie in erster Linie auf Erfahrungen und Kohorten beruht. Systematische Übersichtsarbeiten können helfen, zumeist hängt die Therapie jedoch stark von Vorgaben in

der jeweiligen Klinik ab, was vor allem für junge Kollegen mitunter Schwierigkeiten in der richtigen Einschätzung der Therapie mit sich bringen kann. Leitlinien sind von daher ein wichtiger Schritt aus dem ersten Dilemma, die mangelnde Evidenz sollte uns wissenschaftlich interessierten Chirurgen aber Ansporn für die Durchführung von randomisierten kontrollierten Studien sein, um mit Dogmen in der Medizin aufzuräumen und Unsicherheiten zu beseitigen.

Literatur

- [1] Lammert, F. et al. [S3-guidelines for diagnosis and treatment of gallstones. German Society for Digestive and Metabolic Diseases and German Society for Surgery of the Alimentary Tract]. *Z Gastroenterol* 45, 971–1001 (2007).

 - [2] Lammert, F. et al. [Short version of the updated S3 (level 3) guidelines for diagnosis and treatment of gallstones of the German Society for Digestive and Metabolic Diseases and the German Society for the Surgery of the Alimentary Tract]. *Dtsch. Med. Wochenschr.* 133, 311–316 (2008).

 - [3] Gutt, C. N. et al. Acute cholecystitis: early versus delayed cholecystectomy, a multicenter randomized trial (ACDC study, NCT00447304). *Ann. Surg.* 258, 385–393 (2013).

 - [4] Sauer, R. et al. Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for rectal cancer. *N. Engl. J. Med.* 351, 1731–1740 (2004).

 - [5] Morris, A. M., Regenbogen, S. E., Hardiman, K. M. & Hendren, S. Sigmoid diverticulitis: a systematic review. *JAMA* 311, 287–297 (2014).
- Schnitzbauer A. A. Praxis I: Was Evidenz im medizinischen Alltag wirklich bringt und was tun, wenn keine oder nur wenig Evidenz vorhanden ist? Passion Chirurgie. 2014 März, 4(03): Artikel 02_03.*