VISZERALCHIRURGIE 01.04.2013

Für Sie gelesen: Eine verzögert durchgeführte Appendektomie birgt höhere Risiken

Dass ein Patient mit einer vermuteten Appendizitis als Notfall operiert werden muss, ist ein klassisches vielfach bewährtes Dogma der Chirurgie. In letzter Zeit jedoch gab es immer wieder den Vorschlag, dass auch eine „semi-elektiv" durchgeführte OP (z.B. am nächsten Morgen) in der Regel keine Nachteile mit sich bringe. Mehrere nicht-randomisierte Studien haben daher aktuell untersucht, ob und unter welchen Bedingungen eine Verzögerung bei der OP nachteilig ist.

In Los Angeles untersuchten Teixeira et al. über 4.000 Patienten, die eine Appendektomie erhalten hatten, davon bei 23 Prozent nach Perforation. Es zeigte sich eine um gut 50 Prozent erhöhte Rate an Wundinfektionen, wenn die Operation erst nach sechs Stunden oder später erfolgte. Dieses Ergebnis dieser retrospektiven Kohortenstudie wurde mit multivariater Statistik ermittelt, um sicher zu stellen, dass nicht andere Einflussvariablen wie Alter, Geschlecht, Perforation oder operativer Zugang für die erhöhte Wundinfektrate verantwortlich sind. Ein Zusammenhang zwischen OP-Verzögerung und Perforation zeigte sich nicht. Stattdessen war eine Perforation vor allem bei Patienten in höherem Alter und mit höheren Leukozytenwerten zu beobachten. Aus der Erhöhung der Wundinfektrate um 1,4 Prozent (absolut) schätzen die Autoren, dass im Mittel bei jedem 55. Patienten eine Infektion mit ca. fünf zusätzlichen Krankenhaustagen vermieden werden kann.

Eine zweite Studie ebenfalls aus Kalifornien untersuchte, ob das neue amerikanische Konzept der Akutchirurgie („acute care surgery") dazu beitragen kann, OP-Verzögerungen und Komplikationen bei Appendizitiden zu vermeiden. Die Studie von Cubas et al. beruhte auf einem retrospektiven Vorher-Nachher-Vergleich und konnte aufgrund der geringeren Fallzahlen auch keine multivariate Analysen durchführen. Durch die Einführung eines Akutchirurgie-Teams wurde die Zeit bis zur Appendektomie um gut fünf Stunden reduziert. Parallel sanken auch Komplikationsrate und Verweildauer ab, so dass die Autoren die Vorhaltekosten für eine 24-stündige OP-Bereitschaft als gerechtfertigt ansehen.

Einige Unterschiede zwischen dem amerikanischen und dem hiesigen Gesundheitssystem sind zu bedenken, bevor man diese Studienergebnisse auf Deutschland übertragen kann. Zum einen können sich die Zeitspannen zwischen Symptombeginn und Krankenhausaufnahme unterscheiden. Dies ist wichtig, da Perforationen vor allem in den ersten sechs bis 12 Stunden oft noch vermieden werden können. Überfüllte Notaufnahmen sind ein spezielles amerikanisches Problem. Als zweites muss die geographische Situation und die Krankenhausdichte bedacht werden. Je mehr Patienten in einem Krankenhaus operiert werden, umso eher rechnet sich die 24-stündige OP-Bereitschaft. Eine regionalisierte Versorgung verringert zwar einerseits durch die kürzeren Wege zum Krankenhaus prähospitale Verzögerungen, erschwert aber andererseits durch die Verteilung der Patienten auf viele kleine Krankenhäuser eine effiziente Akutchirurgie. Dieser klassische Zielkonflikt verhindert eine optimale Lösung im Grundsatz, so dass auch weiterhin Chirurginnen und Chirurgen nachts tätig werden müssen. Immerhin zeigen die Daten von Teixeira et al., dass eine bis zu sechsstündige Verzögerung in vielen Fällen unproblematisch ist. Das amerikanische Konzept, OP-pflichtige Notfälle aus Allgemein- und Unfallchirurgie zusammen zu fassen und durch eine gemeinsame Gruppe von Akutchirurgen versorgen zu lassen, sollte hierzulande rational und ohne berufspolitisches Kalkül mit bedacht werden.

Literatur

[1] Cubas RF, Gómez NR, Rodriguez S, Wanis M, Sivanandam A, Garberoglio CA. Outcomes in the management of appendicitis and cholecystitis in the setting of a new acute care surgery service model: impact on timing

and cost. J Am Coll Surg 2012; 215(5): 715-21.

[2] Teixeira PG, Sivrikoz E, Inaba K, Talving P, Lam L, Demetriades D. Appendectomy timing: waiting until the next morning increases the risk of surgical site infections. Ann Surg 2012; 256(3): 538-43.

Sauerland S. Für Sie gelesen. Passion Chirurgie. 2013 April, 3(04): Artikel 02_03.