

Britta Geib

Dr. med. dent.

Eine prospektiv randomisierte Studie zum forcierten Kostaufbau (Fast Track) versus konservativem Vorgehen bei elektiver Kolonchirurgie

Geboren am 10.07.1977 in Mannheim

Staatsexamen am 24.06.2004 an der Universität Frankfurt am Main

Promotionsfach: Chirurgie

Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. med. C. Gutt

Die vorliegende prospektiv randomisierte Beobachtungsstudie befasst sich mit einer Gegenüberstellung des herkömmlichen postoperativen Therapieregimes und eines multimodalen Therapiekonzepts nach elektiven Eingriffen am Kolon.

Das multimodale Therapiekonzept sieht vor, dass die Patienten bereits vor der Operation einen Periduralkatheter erhalten, durch den eine Analgesie mit Opioid und Lokalanästhetikum gewährleistet werden soll. Zusätzlich erfolgt postoperativ eine orale Medikation mit Analgetika. Der Katheter verbleibt bis zum zweiten postoperativen Tag. Die Patienten werden bereits am Operationstag mobilisiert. Der Kostaufbau beginnt zwölf Stunden nach der Operation und soll am zweiten postoperativen Tag abgeschlossen sein. Hauptziel war die Beurteilung der Darmtätigkeit. Als Nebenkriterien wurden die Mobilität, die Schmerzbekämpfung und die Dauer des Krankenhausaufenthaltes untersucht.

Es wurde bei der vorliegenden Studie deutlich, dass die multimodale Rehabilitation eine signifikant bessere Mobilisierung bereits am zweiten postoperativen Tag zuließ. Auch bei Entlassung waren die Patienten mobiler als Patienten der Kontrollgruppe (Exakter Test von Fisher: $p = 0.0230$).

Auch stellte sich bei allen Patienten der multimodalen Gruppe Darmgeräusche spätestens ein Tag nach der Operation ein. Stuhlgang im Mittel drei bis vier Tage schneller als bei den Patienten der Kontrollgruppe. Die postoperative Darmatonie wurde in der multimodalen Gruppe früher überwunden.

Die Patienten der Gruppe mit dem multimodalen Rehabilitationsregime konnten im Schnitt am vierten postoperativen Tag entlassen werden damit signifikant früher als die der Gruppe B (t – Test: $p = 0.0001$). Sechs Patienten der ersten Gruppe hatten die Entlassungskriterien bereits wie vorgesehen am zweiten postoperativen Tag erreicht, blieben jedoch auf eigenen Wunsch länger in stationärer Behandlung.

Die Patienten der Kontrollgruppe wurden im Mittel erst am neunten postoperativen Tag entlassen.

Kein Patient der multimodalen Gruppe entwickelte einen Ileus. Es kam bei einer Patientin mit Sigmadivertikulitis neun Tage nach Entlassung zu einer Anastomoseninsuffizienz, die auf eine zu Hause entstandene Dehydration zurückzuführen war.

Zwei Patienten der multimodalen Gruppe entwickelten eine Wundinfektion. Ursächlich hierfür könnte die frühe Mobilisation gewesen sein bzw. die damit einhergehende frühe Belastung der Wunde.

Der Gewichtsverlust, der mit der Operation und der postoperativen Nahrungskarenz einhergeht, betrug bei der Kontrollgruppe durchschnittlich 3,5 kg. Die mit dem multimodalen Konzept behandelten Patienten verloren – wenn überhaupt - deutlich weniger an Gewicht.

Durch die frühe Entlassung dieser Patienten konnte hier der Gewichtsverlust geringer gehalten werden als bei den Patienten der Kontrollgruppe, die länger im Krankenhaus verweilen mussten.

Abschließend kann festgestellt werden, dass das multimodale Behandlungskonzept sicher anzuwenden ist. Dem klassischen Therapieregime ist es in der Schmerzbekämpfung und in der Mobilisation des Patienten klar überlegen. Weiter ist anzuerkennen, dass durch die Stimulation des frühen Kostaufbaus die postoperative Darmperistaltik signifikant früher wieder aufgenommen wurde. Auch kann der Periduralkatheter als ein sehr effizientes Mittel zur Verkürzung der postoperativen Darmatonie angesehen werden.

Die Patienten erlangen durch die frühe Mobilität, die durch die optimale Schmerzbekämpfung möglich wird, und den guten postoperativen Ernährungsstatus einen wesentlichen Vorteil, da sie schnell und fast ohne Einschränkungen leicht in ihren Alltag zurückfinden.

Es konnte in dieser Studie nicht eindeutig geklärt werden, ob das multimodale Konzept der herkömmlichen postoperativen Therapie in Bezug auf die Komplikationsrate überlegen ist und ob ein forciertes Konzept auch bei entzündlichen Darmerkrankungen angewendet werden sollte. Ferner bleibt zu klären, ob der Periduralkatheter ausschlaggebend zur Reduzierung postoperativer Komplikationen beitragen kann.