



Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Medizinische Fakultät Mannheim
Dissertations-Kurzfassung

**Evaluation von Therapiestrategien beim offenen Abdomen mit
Schwerpunkt intraabdominelle Vakuumtherapie**

Autor: Xinchao Li
Institut / Klinik: Chirurgische Klinik
Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. F. Herrle

Ein offenes Abdomen (OA) beschreibt einen Zustand des absichtlichen Nichtverschlusses der ventrolateralen Bauchwandfaszien, meistens im Rahmen einer abdominalen Notfallsituation. Es stellt eine sehr kritische Übergangsphase mit nichtanatomischen Situationen und vielen potenziell lebensgefährlichen Komplikationen dar. Bislang ließ sich kein einzelnes OA-Verfahren mit ausreichender Evidenz als die idealste Therapiestrategie identifizieren. Ziel dieser Arbeit ist es, das Management des offenen Abdomens eines Patientenkollektivs in der hiesigen chirurgischen Klinik retrospektiv zu analysieren mit der Frage, ob und wie sich nach Einführung des Vakuumverfahrens wichtige klinische Endpunkte verändert haben.

Es wurden vom Juni 2006 bis zum Mai 2011 insgesamt 65 Fälle mit offenem Abdomen retrospektiv analysiert. 22 von 61 (36%) Patienten haben einen primären Faszienschluss erreicht, 7 von 38 (18%) Patienten starben während des Krankenhausaufenthalts, hauptsächlich von Multiorganversagen. Die postoperative Intensivtherapie betrug im Median 13,5 Tage, der postoperative Krankenhausaufenthalt 40 Tage. Der Bauch wurde im Median für 23,5 Tage offen gelassen mit 5 TAC-Wechseln im Median pro Patient. Die Inzidenz der enteroatmosphärischen Fisteln betrug 5%, der intraabdominellen Abszessen 39%, des abdominalen Kompartmentsyndroms 10% und vom Multiorganversagen 58%.

Die VAC-Gruppe zeigte eine signifikant höhere primäre Faszienschlussrate als die Non-VAC-Gruppe (38% vs. 7%) und eine niedrigere Krankenhausmortalität als die Non-VAC-Gruppe ohne statistische Signifikanz. Patienten in der VAC-Gruppe zeigten eine kürzere Dauer der Intensivtherapie und des offenen Abdomens ohne statistische Signifikanz, eine längere Dauer des Krankenhausaufenthalts mit häufigeren Reexplorationen mit statistischer Signifikanz. Die Komplikationen mit intraabdominellen Abszessen und Multiorganversagen waren in der VAC-Gruppe signifikant häufiger, welche wahrscheinlich auf die unterschiedliche TAC-Indikationen zurückzuführen ist. Das abdominale Kompartmentsyndrom kam in der Non-VAC-Gruppe häufiger vor. Es gab keinen Unterschied bezüglich der Inzidenz der enteroatmosphärischen Fisteln.

Ferner wurden bei Patienten mit unterschiedlichen Indikationen unterschiedliche Ergebnisse der primären Endpunkte beobachtet. Bei Patienten mit intraabdomineller Sepsis wurde in der VAC-Gruppe ein besseres Ergebnis beider primären Endpunkte erzielt als in der Non-VAC-Gruppe. Bei Patienten mit Polytrauma oder abdominellem Kompartmentsyndrom konnte die Vakuumtherapie nur eine bessere primäre Faszienschlussrate erreichen, die Mortalität war in der Non-VAC-Gruppe besser. Bei Patienten mit postoperativer Fasziendehiszenz zeigte die Non-VAC-Gruppe sogar eine bessere primäre Faszienschlussrate, die Mortalität war bei beiden TAC-Verfahren identisch bei Null.

Die Vakuumtherapien beim Management vom offenen Abdomen sind hinsichtlich der wichtigen klinischen Endpunkte (primäre Faszienschlussrate und Krankenhausmortalität) wahrscheinlich der Nicht-Vakuumtherapie mit geplanter ventraler Hernie mit oder ohne resorbierbaren Netzen überlegen, insbesondere bei bestimmten klinischen Indikationen wie intraabdomineller Sepsis. Unserer Studie unterstützte die Annahmen, dass bei unterschiedlichen klinischen Szenarien unterschiedliche Therapieverfahren besser geeignet sind. Unsere Studie unterstützt nicht die Annahmen, dass Vakuumtherapien ein erhöhtes Dünndarmfistelrisiko prädisponieren.