

Patienten mit akuter Cholezystitis: Sofort oder verzögert operieren? Patients with Acute Cholecystitis: Immediate or Delayed Surgery?

In a large, randomized trial, laparoscopic cholecystectomy within 24 hours of hospital admission was shown to be superior to the conservative approach concerning morbidity and costs. The authors advocate for immediate laparoscopic cholecystectomy becoming therapy of choice for acute cholecystitis in operable patients.

Die akute Cholezystitis ist nicht nur für die betroffenen Patienten eine ernste und schmerzhafteste Erkrankung, sondern von der Häufigkeit auch für Hausärzte von erheblicher Relevanz: Obwohl keine absolut genauen Zahlen vorliegen, wurden im Jahre 2010 nach Angaben des statistischen Bundesamtes über 63.000 Patienten unter den ICDs K81.0 (akute Cholezystitis) und K80.0 (Cholezystolithiasis mit akuter Cholezystitis) stationär behandelt; ambulante Therapien sind hier noch nicht berücksichtigt.

Die meisten Chirurgen plädieren für eine möglichst frühzeitige Operation, um das Risiko rezidivierender Entzündungsschübe zu vermeiden. Besonders in den ersten Jahren der laparoskopischen OP-Techniken galt der umgehende Eingriff aber als kontraindiziert; etliche Patienten wurden zunächst antibiotisch behandelt und im freien Intervall operiert.

Sieht man sich die wissenschaftlichen Belege für die frühe Cholezystektomie (ChE) an, findet man keine guten Voraussetzungen für eine solide Evidenzbasis: Bei einer im Jahre 2003 veröffentlichten Metaanalyse von zwölf randomisierten Studien war die Patientenzahl und die Komplikationsrate so niedrig, dass keine Schlussfolgerung möglich war.

Auch beim Blick auf die neueste Metaanalyse aus dem Jahre 2010, in der lediglich die fünf methodisch besten Untersuchungen aufgenommen wurden, fallen einige „interessante“ Details auf: Zum Beispiel betrug die Zeitdauer bis zum Beginn der frühen ChE minimal „< 4 Tage“ und maximal „< 7 Tage“; die Zahl der randomisierten Patienten erreichte im besten Fall 145, im schlechtesten gerade einmal 40.



Foto: fotolia/ArTo

Soeben wurde eine multizentrische, randomisierte, aber selbstredend nicht doppelblinde Studie aus Deutschland und Slowenien veröffentlicht, die unter der Leitung des Heidelberger Chirurgen Markus W. Buehler stand (die Antibiotika wurden von Bayer Vital gesponsort, das auch einigen der Autoren Zahlungen zukommen ließ).

Verglichen wurden:

- Die laparoskopische Operation innerhalb von 24 Stunden (ILC-Gruppe; n = 304).
- Die verzögerte Therapie, bei der die Teilnehmer mindestens 48 Stunden

lang mit Moxifloxazin i.v. (danach oral weiter-) behandelt und frühestens ab Tag 7 operiert wurden (DLC-Gruppe; n = 314).

- 618 (von 642 gescreenten) Patienten, also deutlich mehr als alle fünf Studien der o.g. Metaanalyse zusammen, wurden randomisiert.
- Alter, Geschlecht, BMI, Cholelithiasis waren in beiden Gruppen vergleichbar; die Komorbidität (Tumoren, Diabetes, Hypertonie, Herzinsuffizienz u.a.) in der DLC-Gruppe erwartungsgemäß höher.
- Primärer Endpunkt war ein „Morbiditätscheck“ am Tag 75 (geprüft wurden u.a. Schmerz, Fieber, Entzündungsparameter, Wundheilung, Thrombosen); sekundärer Endpunkt war u.a. die Mortalitätsrate.
- Der Unterschied im Mortalitätscheck war hoch signifikant (ILC 12 % vs. 33,3 % DLC; p < 0,001). Die Mortalitätsrate unterschied sich hingegen nicht (jeweils ein Patient war in jeder Gruppe verstorben).

Quintessenz

Nimmt man diese Studie als Maßstab, sollte jeder Patient mit einer akuten Cholezystitis möglichst innerhalb von 24 Stunden operiert werden, ... wenn sein Gesundheitszustand das erlaubt. Multimorbide Patienten müssen mit deutlich höheren Komplikationsraten und einem längeren Klinikaufenthalt rechnen.

Gutt CN, Encke J, Königer J, et al. Acute cholecystitis early versus delayed cholecystectomy, a multicenter randomized trial. *Ann Surg* 2013; 258: 385–393