

10 Reduktion des Zugangstraumas in der Allgemeinchirurgie: Erwartung und Realität

H. Wiesinger

Zusammenfassung

Zugangsreduzierte (minimalinvasive) Eingriffe an Dick und Mastdarm werden derzeit noch eher selten durchgeführt. Höherem Patientenkomfort stehen ein höheres Eingriffstrauma, bedingt durch hohe operationstechnische Anforderungen und Diskussionen über die chirurgische Qualität zugangsreduzierter Eingriffe bei Krebsoperationen diametral gegenüber. Nicht die Beurteilung der technischen Machbarkeit (heute zweifelsfrei gleichwertig realisierbar), sondern derzeit noch nicht verfügbare harte Daten zum Langzeitverlauf (unselektierte Fünfjahresüberlebensrate und krankheitsfreie Überlebenszeit) limitieren derzeit die Verbreitung zugangsreduzierter Eingriffe bei Krebserkrankungen und können derzeit nicht als Standard empfohlen werden. Gemessen an sog. evidenced-based Kriterien fällt es schwer, trotz einer Flut von Veröffentlichung zu den Vorteilen der Zugangstraumareduktion wissenschaftlich wirklich einwandfrei gesicherte Vorteile aufzuzeigen.

Einleitung

Innovationen in einem traditionsreichen Fachgebiet, wie es die Chirurgie darstellt, durchlaufen gesetzmäßig Phasen der Ablehnung, der kritischen Erprobung, der enthusiastischen Zustimmung und schließlich der Wertung von gesicherten Erkenntnissen.

Die zugangstraumareduzierten, minimal invasiven («knopflochchirurgischen») Operationen an Dick- und Mastdarm stehen derzeit in der vierten Phase: Ablehnung und enthusiastische Zustimmung liegen hinter uns, die Pionierzeit (exklusiv, erstmals...) ist vorbei und man kann erstmals versuchen eine vorläufige Bilanz ziehen.

Prinzipiell kann heute im Bauchraum vieles zugangstraumareduziert, minimal invasiv («knopflochchirurgisch») operiert werden, die wichtigste Frage aber, wer profitiert, bleibt offen. Weder der Innovationsschub an den chirurgischen Abteilungen, noch die fetten Umsätze der (Einmal)Produkthersteller, weder die Eitelkeit der Chirurgen noch der von Krankenhausmanagern insgeheim erhoffte Konkurrenzvorteil und vor allem nicht der Reklameeffekt einer vermeintlichen medizini-

¹ Kapitel 10
Version 1.0
Stand 9/2004

schen (Welt)Sensation werden die Patienten langfristig überzeugen. Ihn interessiert nur eines: schnellere, bessere und sicherere Heilung.

Erwartung und Realität

Mit Einführung der Videolaparoskopie (Möglichkeiten von Operationen im Bauchraum mit speziellen Instrumenten über kleine Einstiche mittels einer Videokamera als Visualisierungsinstrument) Mitte der 80er Jahre entwickelte sich großes chirurgisches Interesse an zugangstraumareduzierenden («knopflochchirurgischen») Eingriffen. Innerhalb weniger Jahre wurden fast alle allgemeinchirurgischen Standardoperationen im Bauchraum zumindest in spezialisierten Zentren zugangstraumareduziert, minimalinvasiv («knopflochchirurgisch») durchgeführt. Die Ausbreitungsgeschwindigkeit ist einmalig in der Geschichte der Chirurgie. Beschleunigend wirkten dabei neben dem kaufmännischen Interesse der Industrie vor allem das Drängen der Patienten, beeinflusst durch Medienberichte, die manche Chirurgen, um ihre Konkurrenzfähigkeit zu erhalten, unter Zugzwang brachten, diese Techniken frühzeitig, vor einer systematischen Evaluierung, einzuführen.

Die Minimierung des Zugangstraumas («knopflochchirurgische» Operation) führt zweifellos zu geringeren postoperativen Schmerzen und einem überzeugenden kosmetischen Ergebnis, ein Vorteil, der bei allen Eingriffen die sich nur im Zugangstrauma unterscheiden (Gallenblasenentfernung, Eingriffe bei Sodbrennen, verstellbares Magenband bei krankhafter Fettsucht, Eingriffe am Dick- und Mastdarm bei gutartigen Erkrankungen) evident ist. Operationen aber, die ein anderes, noch nicht dauerhaft erprobtes, Behandlungsprinzip als das des offenen Eingriffs erfordern (Leistenbruchoperationen) oder Eingriffe bei bösartigen Erkrankungen, bei denen durch die Minimierung des Zuganges gegebenenfalls Konzessionen im Radikalitätsausmaß gemacht werden (müssen), brauchen allerdings andere Argumente zur Rechtfertigung außer kurzfristig weniger Schmerzen und bessere Kosmetik.

Krebsoperationen geben uns aber Anlass, die jeweilige Notwendigkeit des Zugangstraumas zu überdenken, wenn mit ev. kleineren Eingriffen gleich gute Ergebnisse erzielbar sind (endoskopisch-laparoskopischer Kombinationseingriff bei Frühstadien, zukünftige multimodale Therapiekonzepte, Palliativsituation).

Reduktion des Zugangstraumas: Aspekte bei Eingriffen an Dick- und Mastdarm

Trotz erster Berichte über die technische Machbarkeit zugangstraumareduzierter, minimalinvasiver («knopflochchirurgischer») Eingriffe am Dick- und Mastdarm Anfang der 90er Jahre (Jacobs 1991) spielen sie bisher im chirurgischen Alltag mit einer Häufigkeit von ca. 1% in nur 15% der chirurgischen Fachabteilungen nur eine untergeordnete Rolle.

Überwiegend werden Eingriffe am rechtsseitigen Dickdarm und am Übergang Dick- Mastdarm bzw. am Mastdarm in minimalinvasiver («knopflochchirurgischer»)

Technik, meist bei gutartigen Erkrankungen (z.B. Divertikulitis, Polypen) durchgeführt. Beim Dick- bzw. Mastdarmkrebs standen (und stehen) neben den hohen Anforderungen an die Fertigkeiten der Chirurgen («learning curve» etwa 50-80 Eingriffe!!) auch Vorbehalte bzgl. ev. Zugeständnissen an die Radikalität einer raschen und weiten Verbreitung entgegen. Mittlerweile ist bei gut ausgewählten Fällen die erzielbare Radikalität (im Operationsausmaß, bei speziellen Sicherheitsabständen und in der Anzahl der entnommenen Lymphdrüsen) der minimalinvasiven («knopflochchirurgischen») Operationen im Bereich von Dick- und Mastdarm im Vergleich zur offenen Technik gut untersucht und weist keine signifikanten Unterschiede auf. Auch die ersten Langzeitergebnisse zeigen bei sämtlichen untersuchten Parametern [Überlebensrate, Möglichkeit des Wiederauftretens, Komplikationsmöglichkeiten [(z.B. Wundinfektionsrate, Anastomoseninsuffizienz (Möglichkeit der Undichtigkeit der bei der Operation durchgeführten Verbindung zweier Darmstücke mittels Hand- oder Klammernaht)], und Sterblichkeit] keine Unterschiede zum konventionellen Vorgehen. Onkologische Langzeitergebnisse aus vergleichenden Studien (über zehn Jahre hinaus) liegen derzeit allerdings noch nicht vor, dürften aber aus derzeit ersichtlichen Trends ebenfalls keine Unterschiede ergeben.

Reduktion des Zugangstraumas: gesicherte Vorteile

Ein wesentliches Anliegen der modernen Chirurgie von Dick- und Mastdarm bei gutartigen und sorgfältig ausgewählten bösartigen Erkrankungen sollte die weitere Reduktion des Zugangstraumas sein, um die operative Behandlung für die Patienten noch schonender bzw. weniger belastend zu gestalten und nicht zuletzt auch materielle Ressourcen zu schonen. Das Zugangstrauma ist verantwortlich für das Ausmaß der postoperativen Schmerzen, die Krankenhausverweildauer, die Schwere ev. Komplikationen (z.B. Ausmaß einer ev. Wundinfektion, Auftreten eines Narbenbruchs), die Gesamtdauer der Rekonvaleszenz, die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit und die Auswirkungen auf die Lebensqualität, also insgesamt für einen großen Anteil der benötigten Ressourcen. Positive Auswirkungen der Reduktion des Zugangstraumas zeigen sich dabei sowohl für «harte» (messbare) Parameter (Lungenfunktion, Schmerzmittelverbrauch, Verweildauer und Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit), als auch für sog. «weiche» (schlecht messbare) Parameter (Wiedererlangung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Einschätzung des kosmetischen Ergebnisses und Lebensqualität). Die offenkundigen Vorteile sind auf die unmittelbare postoperative Phase beschränkt, die messbaren Unterschiede schwinden im späteren postoperativen Verlauf, die funktionellen Ergebnisse sind mittel- und langfristig zwischen beiden Verfahren vergleichbar. Dies soll aber die Bedeutung des zugangstraumareduzierten, minimalinvasiven («knopflochchirurgischen») Vorgehens nicht einschränken, denn die geringere Belastung des Patienten durch den chirurgischen Eingriff hat zweifellos die Attraktivität ökonomisch billigerer chirurgischer Behandlungsverfahren im Vergleich zu ökonomisch teureren konservativen (meist langzeitmedikamentösen) Behandlungsoptionen (z.B. Sodbrennen, Divertikulitis) erheblich verbessert und sollte die zugegebenermaßen zwar viel zitierten aber schlecht messbaren volkswirtschaftlichen Aufwendungen im einzelnen Erkrankungsfall reduzieren helfen. Eine Spekulation sei jedenfalls erlaubt, nämlich dass sich aus den genannten Vorteilen zugangstraumareduzierender Techniken diese praktisch bei allen (gutartigen) und bei gut ausgewählten bösartigen chirurgischen Erkrankungen des Bauchraumes langfristig

durchsetzen werden. Außer Zweifel steht aber auch, dass die Reduktion des Zugangstraumas (laparoskopische- «knopflochchirurgische» Operation) an Stelle des konventionellen großen Bauchschnittes) für den Patienten zwar vorteilhaft ist, diese Vorteile aber, insbesondere bei Krebsoperationen, durch gesteigerte Anforderungen an den Chirurgen (konkrete technische Probleme des Eingriffs mit den heute zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln) und durch eine erhebliche Zunahme des Eingriffstraumas (z.B. deutlich längere Operationszeiten, unphysiologische Lagerungsmanöver) erkauft werden müssen.