

7. Zusammenfassung

Nach Einführung der laparoskopischen Resektionstechniken am Ende der 80`er Jahre wurde das seit über einem Jahrhundert als bewährt geltende Konzept der postoperativen Nahrungskarenz und des Einsatzes der Magensonde nach abdominellen Operationen zunehmend in Frage gestellt. Die positiven Ergebnisse aus randomisierten Studien für einzelne Patientengruppen und Resektionsverfahren waren der Auslöser für den Entwurf eines neuen postoperativen Behandlungskonzeptes. Dieses sollte in einer prospektiven Untersuchung überprüft werden.

In der Klinik für Allgemein-, Visceral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie, Charité Campus Mitte wurde zu diesem Zweck eine prospektive Beobachtungsstudie durchgeführt. Der pragmatische Ansatz bestand im Einschluß aller Patienten einer allgemeinchirurgischen Station nach Operationen am unteren Gastrointestinaltrakt. Es wurde überprüft, in wie weit ein standardisiertes Kostaufbaukonzept und der frühest mögliche Verzicht auf den Einsatz einer Magensonde im klinischen Alltag anwendbar sind.

100 konsekutive Patienten wurden nach Überprüfung der Ein- und Ausschlußkriterien in die Studie aufgenommen. Lediglich 12 Patienten hatten am 5. postoperativen Tag noch keine feste Nahrung zu sich genommen. Im Einzelnen nahmen am 3. postoperativen Tag 61 Patienten, am 4. postoperativen Tag 74 und am 5. Tag nach der Operation sogar 88 Patienten eine feste Kost zu sich. Es wurde dabei keine erhöhte Rate an Erbrechen oder an anderen mit dem Kostaufbau assoziierbaren Komplikationen beobachtet. Hinzu kommt die niedrige Reinsertionsrate einer Magensonde mit nur 2%. Bei 43 Patienten konnte der Kostaufbau strikt nach dem Schema oder schneller durchgeführt werden. Bei der Mehrzahl der Patienten trat eine kurzfristige Verzögerung ein, die als verlaufskonforme Adaptation angesehen werden kann. Dieses Ergebnis spricht für eine gute Verträglichkeit des Kostaufbaus. Aus den oben genannten Daten lässt sich nach unserer Auffassung auf eine hohe Effektivität des vorgestellten Behandlungskonzeptes schließen.

Auch wenn ein früher oraler Kostaufbau nicht zu einer erhöhten Rate an Komplikationen führt, sollte dieser nicht erzwungen, sondern dem individuellen Verlauf angepasst werden. Bei Beachtung des vorliegenden Konzeptes kann ein schneller oraler Kostaufbau bis auf wenige Ausnahmen (z.B. kachektische Patienten) als generelles Therapieschema bei Eingriffen am unteren Gastrointestinaltrakt empfohlen werden.

Durch die vorgestellte prospektive Beobachtungsstudie konnte nachgewiesen werden, daß ein früher oraler Kostaufbau und eine schnelle Entfernung der Magensonde generell nach Operationen am unteren Gastrointestinaltrakt sicher durchführbar sind und sich im klinischen Alltag bewähren.