

# Einleitung

Die laparoskopische Operationstechnik ist seit ihrer Einführung in den Bereich der Allgemeinchirurgie vor 15 Jahren, trotz anfänglicher Skepsis und wiederholter Rückschläge, mit einer niemals zuvor bei der Einführung neuer Methoden erlebten Rasananz in die chirurgische Praxis eingedrungen. Die hierbei gesicherten Vorteile für den Patienten bestehen in einer verkürzten Phase der Rekonvaleszenz, welches sich am Beispiel der laparoskopischen Cholecystektomie eindrucksvoll dokumentieren ließ. Die mit der Minimierung des Zugangstraumas verbundene Senkung der Morbidität durch kleinere Wundflächen, geringeren Blutverlust, verkürzte Phase der Atonie sowie reduzierten Krankenhausaufenthalt infolge schnellerer Mobilisierung bei geringeren Schmerzen, hatte zur Folge, dass die minimal-invasive Technik zum Goldstandard bei der Behandlung des Gallensteinleidens geworden ist.

Nachdem die Anwendung der neuen Methode an fast jedem Organsystem erprobt wurde, besteht heute kein Zweifel mehr an der technischen Durchführbarkeit nahezu jeder Operation im Gebiet der Abdominalchirurgie.

Infolge der Berichterstattungen in der Presse und besonders im Fernsehen, insbesondere über die besseren kosmetischen Resultate („Operation ohne Narben“), entwickelte sich in der Bevölkerung eine im klinischen Alltag spürbare Forderungshaltung hinsichtlich der laparoskopischen Durchführung des Eingriffs.

Somit befinden sich heute die Krankenhäuser diesbezüglich in einer Konkurrenzsituation, da bei fehlendem Angebot der laparoskopischen Technik die Gefahr der Patientenabwanderung in ein Haus, in dem diese Technik vorgehalten wird besteht, mit den sich daraus ergebenden wirtschaftlichen Konsequenzen [128].

So folgte die Ausweitung der Operationstechnik auf andere Indikationen wie Appendektomie und Hernioplastik. Jedoch haben sich diese Indikationen bisher nicht als flächendeckendes Routineverfahren durchgesetzt, da die Minimierung des Operationszugangs hier nur einen geringen Vorteil bewirkt. Gleichwohl aber konnte gezeigt werden, dass bei einigen Patienten doch ein Nutzen durch die minimal-invasive Technik gegeben ist, z. B. bei der laparoskopischen Appendektomie adipöser Patienten oder bei Leistenbrüchen in der simultanen Versorgung doppelseitiger Hernien.

Es muss daher heute vorrangig überprüft werden, bei welchen operativen Eingriffen ein Nutzen durch die Reduktion des Operationszugangs herbeigeführt werden kann, und ob dieser Vorteil für alle diesbezüglichen Patienten gilt.

Zu dem in Frage kommenden Spektrum an Operationen zählt auch die Colonchirurgie, welche sich nicht nur durch die Größe des Eingriffs, sondern auch durch ein in der Regel älteres Patientenklientel auszeichnet.

Nach der ersten laparoskopischen Sigmaresektion 1990 durch Jacobs [46] handelte es sich bei den folgenden Erfahrungsberichten noch um Kasuistiken [14]. Auch heute, 10 Jahre später, werden in Deutschland erst ca. 1 - 5 % aller Coloneingriffe minimal-invasiv durchgeführt [56, 128]. Der noch nicht routinemäßige Einsatz der laparoskopischen Operationstechnik reflektiert die Tatsache, dass die Erkrankungen des Dickdarmes eine Sonderstellung einnehmen.

Deren laparoskopische Behandlung setzt sowohl ein besonders hohes Maß an Erfahrung in laparoskopischer Technik, insbesondere in der Beherrschung aufgetretener Komplikationen voraus, als auch fundierte Kenntnisse in der konventionellen Dickdarmchirurgie [77]. Daher wird zur Überwindung der Lernkurve eine Anzahl von mindestens 50 Eingriffen benötigt [6, 22, 88, 101].

Darüber hinaus sind die erforderlichen apparativen Grundbedingungen mit beträchtlichen Investitionskosten verbunden [2, 24].

Ein weiterer, bei den bisher etablierten Behandlungsindikationen irrelevanter Aspekt, ist die Tatsache eines hohen Anteils von malignen Colonerkrankungen, so dass mit besonderem Nachdruck der Frage einer zuverlässigen onkologischen Radikalität bei laparoskopischer Vorgehensweise nachgegangen werden muss.

Eine Qualitätsbeurteilung dieses umfangreichen Themenkomplexes konnte erst nach Auswertung langjähriger internationaler Multizenterstudien vorgenommen werden. Dies betreffend wurde z. B. 1995 im deutschsprachigen Raum die prospektiv angelegte Laparoscopic Colorectal Surgery Study Group (LCSSG) unter Leitung von F. Köckerling initiiert.

Nach guten Erfahrungsberichten aus verschiedenen Zentren haben wir 1997 die minimal-invasive Operationstechnik zur Therapie von colorectalen Erkrankungen in unserem Haus eingeführt.

Vor dem Hintergrund, dass die ersten 50 Eingriffe innerhalb der Lernphase liegen würden, haben wir die Operationen an einem selektionierten Patientenkollektiv zunächst ohne abdominelle Voroperationen vorgenommen.

Es wurden alle relevanten prä-, intra- und postoperativen Daten jedes Patienten dokumentiert, welche in dieser Arbeit vorgestellt werden.

Ziel der Nachuntersuchung war in erster Linie eine Überprüfung der Frage, ob die minimal-invasive Technik in der Lernphase eines Operateurs in einem Krankenhaus der Regelversorgung mit derselben Sicherheit im Vergleich zu den Literaturergebnissen der laparoskopischen und konventionellen Methode angeboten werden kann.

Im Einzelnen beinhaltet diese Fragestellung eine Prüfung der Selektionskriterien hinsichtlich Patienten- und Diagnosenauswahl und eine Sichtung der intra- und postoperativen Probleme und deren Auswirkungen auf den Genesungsprozess.

Durch Wertung und Vergleich der eigenen Resultate mit denen der Literatur soll die Aufdeckung von methodentypischen Fehler- und Gefahrenquellen ermöglicht werden, so dass in Zukunft die therapeutische Anwendungssicherheit optimiert werden kann.