

### **3. PATIENTENGUT UND METHODE**

#### **3.1 Patientengut**

Inwieweit der diagnostische Aufwand und die Belästigung des Patienten durch die Endoskopie gerechtfertigt sind, sollte am eigenen Krankengut geprüft werden.

Zwischen dem 1.1.1985 und 31.12.1999 wurden 1694 in Folge stationär aufgenommene Patienten an der Gallenblase oder den extrahepatischen Gallenwegen operiert. Von diesen Patienten wurden 1640 Patienten routinemäßig präoperativ ösophago-gastro-duodenoskopiert. 54 Patienten wurden notfallmäßig ohne eine vorausgegangene Endoskopie operiert. Von den endoskopierte Patienten waren 1247 (76%) Frauen und 393 (24%) Männer. Das Durchschnittsalter betrug 57 Jahre.

Die Daten zur Patientenerfassung stammen aus den Entlassungsberichten und den OP-Büchern. Anhand der archivierten Patientenakten konnte die Auswertung nach Endoskopiebefund und Operationsart erfolgen.

#### **3.2 Methode**

Bei allen Patienten waren Gallensteine sonographisch oder röntgenologisch gesichert. Routinemäßig wurde außer bei den notfallmäßig operierten Patienten eine Ösophago-Gastro-Duodenoskopie nach Stellung der Operationsindikation durchgeführt. Ambulant endoskopierte Patienten wurden in die Studie miteinbezogen.

Die Endoskopie wurde in der Regel mittels des Gerätes Olympus-GIF 100 vorgenommen. Zur Prämedikation wurde bei Bedarf Atropinsulfat 0,5 mg, N-Butyl-Scopolaminiumbromid 60 mg und/oder Midazolam 2,5-5 mg intravenös gegeben.

Zur Beurteilung der endoskopischen Befunde wurden diese in vier Hauptgruppen unterteilt:

1.    **A     Ulcera des Magens und Duodenum**  
      **B     erosive Gastritis und Duodenitis**  
      **C     nichterosive Gastritis und Duodenitis einschließlich Ösophagitis**
  
2.           **Hiatushernien**
  
3.           **sonstige pathologische Befunde**
  
4.           **ohne pathologischen Befund**

Die Gruppe 1 stellt die Zusammenfassung von entzündlichen Veränderungen des Ösophagus, des Magens und des Duodenum dar. Zur weiteren Gliederung wurde die Gruppe 1 in drei Untergruppen unterteilt. Die Befunde der Gruppe 1A und der Gruppe 1B führten zur Änderung des Therapiekonzeptes mit einem Aufschub der Operation. Die Befunde der Gruppe 1C machten zusätzlich zur operativen Therapie eine medikamentöse Therapie notwendig. Bei der Ösophago-Gastro-Duodenoskopie wurde häufig mehr als ein endoskopischer Befund erhoben. Mehrfachzuordnungen wurden jedoch vermieden. Die Befunde wurden einmalig der jeweils höchsten Befundgruppe zugeordnet. Als wichtigste und damit höchste Gruppe galt hier die Gruppe 1 mit ihren Abstufungen A bis C. Zum Beispiel war in den allermeisten Fällen der Befund eines Ulcus oder einer Erosion kombiniert mit einer Schleimhaurötung auch in anderen Bereichen des oberen Gastrointestinaltraktes. Das heißt: Ein Patient mit einem Ulcus ventriculi, Erosionen und einer Duodenitis ging in die Gruppe 1A der Ulcera ein. Der Patient wurde mit den übrigen Befunden in Gruppe 1B und 1C nicht noch einmal berücksichtigt. Ebenso wurde ein Patient mit Erosionen im Duodenum und gleichzeitiger Hiatushernie einmalig der Gruppe 1B zugeordnet. Auf diese Weise wurden aussagekräftige Zahlen gewonnen, die eine Klarheit in der Auswertung sicherstellten.

Als Ausnahme galten lediglich Patienten, die sowohl eine Ösophagitis als auch eine Hiatushernie als pathologische Befunde zeigten. Diese wurden nicht der höchsten Gruppe, sondern dem kausalem Zusammenhang entsprechend der Gruppe 2 der Hiatushernien zugeordnet. Bei dem Vorliegen einer Ösophagitis ohne gleichzeitige Hiatushernie erfolgte dem üblichen Schema entsprechend die Zuordnung zur Gruppe 1C.

Sonstige pathologische Befunde entsprechend der Gruppe 3 waren: Narben, Magenausgangsstenose, Polypen, Ösophagusdivertikel, Ösophagusvarizen und biliärer Reflux. Ulcera oesophagei oder Karzinome im Bereich des oberen Gastrointestinaltraktes wurden nicht diagnostiziert.

Die Befunddaten wurden auch zur Beschreibung der Prävalenzen eines Befundes in den Patientengruppen herangezogen. Die daraus gezogene Schlußfolgerung bezieht sich bei Fehlen einer Kontrollgruppe nur auf die ermittelten Daten und ist daher in diesem Sinne begrenzt.

### **3.3 Datenverarbeitung**

Die Daten der Patienten wurden unter Zuhilfenahme eines Personalcomputers erfaßt und mit dem Microsoft<sup>®</sup> Tabellenkalkulationsprogramm EXCEL numerisch bearbeitet. Zur anschaulichen Darstellung dienten Tabellen und Graphiken (Säulen-, Balken- und Kreisdiagramme und Skizzen). Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programm SPSS<sup>®</sup> (Statistical Package for Social Sciences). Signifikanzen zwischen Variablen wurden mit dem Chi-Quadrat-Test berechnet. Für die Tests galt eine Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p < 0,05$  als signifikant und  $p < 0,001$  als hochsignifikant. Die statistische Ausarbeitung wurde vom Institut für medizinische Biometrie der Charité Berlin unterstützt.