

## 1. Einleitung

Nach Eingriffen an der Abdominalhöhle tritt postoperativ eine generalisierte Darmatonie auf. Die Darmatonie wird als physiologischer postoperativer Ileus bezeichnet und ist bei den verschiedenen Abschnitten des Gastrointestinaltraktes unterschiedlich lang [1,2]. Betroffen sind nicht nur die darm- oder organresezierenden Operationen in der Chirurgie, sondern auch Konduitanlagen in der Urologie, Hysterektomien in der Gynäkologie und weitere Operationen in anderen Fachbereichen.

Der postoperative Ileus wurde unter anderem für Anastomoseninsuffizienzen und allgemeine Komplikationen verantwortlich gemacht. Die damit verbundene Erhöhung der Morbidität und Mortalität führte zur Einführung einer postoperativen totalen oralen Nahrungskarenz [3,4]. Damit sollte die mechanische Belastung von intestinalen Anastomosen und die Gefahr der Aspiration infolge Erbrechens reduziert werden. Die Nahrungskarenz wurde bis zum Wiederauftreten von deutlichen Zeichen einer normalen Darmperistaltik (Auskultation, Flatus und Stuhlgang) aufrechterhalten und führte zu einer durchschnittlichen Verzögerung der oralen Nahrungsaufnahme von 3 - 5 Tagen [5,6,7]. Aus denselben Gründen wurde bei den meisten Patienten postoperativ die Magensonde belassen [8,9,10]. Daraus ergeben sich für den Patienten oft erhebliche Einschränkungen, wie eine verzögerte Rekonvaleszenz und verlängerte Krankenhausaufenthalte. Hinzu kommen noch die erheblichen Kosten, die vor allem der prolongierte postoperative Ileus verursacht [11,12,13].

Die totale orale Nahrungskarenz nach abdominalen Eingriffen galt lange Zeit als Dogma in den operativen Fachgebieten [4,14,15,16]. Erste Beobachtungen über die Vorteile der enteralen Ernährung bei Patienten nach chirurgischen Eingriffen oder in anderen Stresssituationen liegen seit Ende der 1970`er Jahre vor. So beschrieben Preshaw et al. [17] eine geringere Häufigkeit von Insuffizienzen kolorektaler Anastomosen unter enteraler Ernährung. Alverdy et al. und Kudsk et al. [18,19,20] fanden bei ihren tierexperimentellen Untersuchungen Ende der 1980`er und Anfang der 1990`er Jahre eine Verschlechterung der Immunfunktion und eine erhöhte Rate an bakteriellen Translokationen aus dem Darm in die Blut- und Lymphgefäße bei alleiniger parenteraler Ernährung. Zaloga et al. [21] berichten später von einer verbesserten Wundheilung und geringerem Gewichtsverlust und Kudsk et al. [22] beschrieben einen verbesserten Proteinmetabolismus unter enteraler Ernährung. Sie ist darüber hinaus kostengünstiger, scheint das psychische Wohlbefinden zu steigern und die postoperative Behandlung zu vereinfachen [23,24,25,26].

Dieser Erkenntniszuwachs führte allerdings erst vor circa 10 Jahren zu einem zögerlichen Wandel des postoperativen Regimes nach Eingriffen in der Bauchhöhle [27,28]. Im weiteren Verlauf wurden nur wenige randomisierte Studien an einem zumeist selektionierten Patientengut durchgeführt. In diesen wurde mit dem Kostaufbau bereits vor Wind- oder Stuhlabgang begonnen und dieser als sogenannter früher oraler Kostaufbau bezeichnet. Die Ergebnisse zeigten, dass dieser frühe enterale Kostaufbau für die von ihnen gewählten Patientengruppen verträglich sei und nicht zu einer erhöhten Komplikationsrate führte [29,30,31].

Frühzeitig ergab sich ebenfalls die Frage nach der Notwendigkeit des postoperativen Einsatzes einer Magensonde nach abdominalen Operationen. So berichtet Hendry [32] schon 1962 von erfolgreicher gastral Chirurgie ohne generelle Anwendung einer Magensonde. Auch für Operationen am unteren Gastrointestinaltrakt kommen Cheatham et al. und andere [8,9,10], allerdings später, zu ähnlichen Ergebnissen.

Bei Beginn der vorliegenden Studie war in Deutschland und in der Chirurgischen Klinik der Charité Campus Mitte noch größtenteils die generelle postoperative Nahrungskarenz nach abdominalen Operationen für durchschnittlich 3 bis 5 Tage verbreitet [15,16,33]. An der hiesigen Klinik war eine orale Flüssigkeitszufuhr ab dem 1. postoperativen Tag von 200 ml / 8 Stunden und ab dem 2. Tag ad libitum gestattet. Ab dem 3. Tag konnte bei bestehender Peristaltik eine Suppe verabreicht werden. Nach Flatus oder Stuhlabgang wurde bei entsprechendem klinischen Befinden eine feste Diät verabreicht. Der Kostaufbau war nach diesem traditionellen Schema nach durchschnittlich 6 - 7 Tagen abgeschlossen.

Ziel der vorliegenden Studie war deshalb die Etablierung eines modifizierten oralen Kostaufbaus nach Operationen am unteren Gastrointestinaltrakt im klinischen Alltag zur Beschleunigung der Rekonvaleszenz. Dabei sollten die in den oben genannten Studien gewonnenen Erkenntnisse an einem möglichst unselektionierten Patientengut angewendet werden.

Weiterhin wurde untersucht, ob die Magensonde postoperativ routinemäßig schon am Operationstag bzw. am Morgen des 1. postoperativen Tages ohne Erhöhung der Komplikationsrate entfernt werden kann.