

Frühe OP bei akuter Cholecystitis

Expertenbericht: Ist ein Eingriff möglich, so soll dieser innerhalb der ersten 48 Stunden erfolgen. *Von Albert Tuchmann*

Die akute Cholecystitis ist zwar eine seltene Sepsisursache, stellt aber eine häufige Entzündung im Bauchraum dar. Sie wird mit einem schmerzhaften Tastbefund im rechten Oberbauch diagnostiziert. Ist beim Patienten eine allgemeine Operabilität gegeben, so soll die Cholezystektomie laparoskopisch und innerhalb von 48 Stunden durchgeführt werden. Der Vorteil einer frühen Operation liegt in der Gewebeschichtung, die zu diesem Zeitpunkt meist noch ödematös-weich ist.



Ein geübter Untersucher kann leicht die Verdachtsdiagnose „Cholecystitis acuta“ zuordnen. © Eppeler / fotolia.com

Man unterscheidet eine chronische Cholecystitis von einer akuten Cholecystitis. Erstere tritt meist im Rahmen eines Gallensteinleidens (Cholelithiasis) auf bzw. wird nach Cholezystektomie (CHE) bei der histologischen Untersuchung festgestellt. Sie hat per se keine Krankheitsbedeutung. Hingegen ist die akute Cholecystitis ein plötzlich auftretendes, schmerzhaftes Ereignis im rechten Oberbauch mit einem schmerzhaften Tastbefund in diesem Bereich. Diese genannten Symptome kann der einigermaßen geübte Untersucher leicht der Verdachtsdiagnose „Cholecystitis acuta“ zuordnen. Zusätzlich können Erbrechen, Fieber und/oder Ikterus (letztenannter häufig flüchtig) bestehen.

Eine akute Cholecystitis kann zur allgemeinen Sepsis führen, vor allem bei immungeschwächten Individuen auf Intensivstationen (auch als „akalkulöse Cholecystitis“). Die akute Cholecystitis ist zwar selten Ursache für eine Sepsis, aber anderer-

seits eine der häufigsten Entzündungen im Bauchraum. Die Verdachtsdiagnose wird durch eine Ultraschalluntersuchung bzw. Oberbauchsonografie erhärtet: „Gallenblasenwand verdickt“, „Dreischichtung“, „Flüssigkeit um die Gallenblase“, „Hydrops der Gallenblase“, ist häufig in den Befunden zu lesen. Andererseits sind Blutbefunde anzufertigen: Leukocytose, eventuell Cholestase (gamma-GT, alkalische Phosphatase erhöht, auch Bilirubin, Transaminasen).

Diagnose ist heute einfach

Neu ist nun die Einfachheit der Diagnose, denn es müssen kein CT, keine MR und keine Gastroskopie durchgeführt werden. Zudem sollte die Scheu abge-

legt werden, derartige Patienten noch am selben Tag einem Chirurgen vorzustellen. Im Falle einer akuten Cholecystitis und allgemeiner Operabilität soll die Operation – meist eine laparoskopische Cholezystektomie (CHE) – innerhalb der ersten 48 Stunden (gemessen ab Krankheitsbeginn) erfolgen. Diese akute oder früh-elektive Operation ist laparoskopisch technisch besser durchführbar, weil die Gewebeschichtung meist noch ödematös-weich und nicht fibrös-derb ist, was oft nach einer Woche der Fall ist. Voraussetzung für ein erfolgreiches laparoskopisches Operieren ist ein in

der minimal-invasiven Technik erfahrenes Team sowie eine perfekte technische Ausstattung.

Vorgehen bei pathologischer Leberfunktion

Bei pathologischer Leberfunktion/Cholestase ist an eine Beteiligung des Gallengangs zu denken und eine ERCP (endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikografie) als ersten Schritt anzusetzen. Die laparoskopische Cholezystektomie (CHE) erfolgt meist nach zwei Tagen, wenn die Leberfunktion rückläufig ist und es der Zustand des Patienten

Erfahrung schafft Vertrauen.

SPIRIVA®
(Tiotropium)

Boehringer Ingelheim SV017-15/29.05.2015 – Alle Rechte vorbehalten. © Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG

Fachkurzinformation siehe Seite 36

Kongress



56. Österreichischer Chirurgenkongress
3. bis 5. Juni 2015, Linz

erlaubt. Cholestase und ERCP sind bei akuter Cholecystitis wesentlich häufiger als bei unkompliziertem Gallensteinleiden (Cholelithiasis, chronische Cholecystitis).

Der Vorteil der laparoskopischen Früh-Operation (48 Stunden) ist gegenüber der Spät-Operation wissenschaftlich gesichert. Eine alleinige Behandlung mit Antibiotika ist bei allgemeiner Operabilität nicht sinnvoll. Systematische Spätschäden nach laparoskopischer CHE sind nicht bekannt.

Für eine Gallensteinzertrümmerung (mit Stoßwellen) in Kombination mit Gallensteinauflösung gibt es keine Indikation mehr. Als Ultima Ratio – meist bei allgemeiner Inoperabilität – kann eine perkutane Cholezystostomie bei akuter Cholecystitis angedacht werden.

Bei einer asymptomatischen Cholelithiasis ist die Sinnhaftigkeit der prophylaktischen laparoskopischen CHE nicht wissenschaftlich erwiesen, bei symptomatischem Gallensteinleiden ist sie allerdings die einzig wirksame Maßnahme zur Prophylaxe einer akuten Cholecystitis, da diese praktisch nur bei Gallensteinen auftritt.

Prof. Dr. Albert Tuchmann ist Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC) und als niedergelassener Facharzt für Chirurgie tätig.

Impfungen zur Pneumonieprophylaxe

Expertenbericht: Wie wirken sich Impfungen gegen Pneumokokken und Influenzaviren auf die Hospitalisationsrate und die Mortalität aus? *Von Barbara Hauptmeier und Gernot Rohde*

Pneumokokken sind mit Abstand die häufigsten Erreger der ambulant erworbenen Pneumonie. Influenza ist hingegen ein häufiger saisonaler Virus der exazerbierten COPD, CAP und Bronchitis. Es stehen Impfungen zur Verfügung, die diesen Infektionen entgegenwirken. Die Folge: Die Hospitalisationsraten gehen zurück. Leider ist die Impfquote bei Risikopatienten zu gering.

Das BQS- (Institut für Qualität und Patientensicherheit) und das AQUA-Institut (Institut für angewandte Qualitätsförderung und For-

schung im Gesundheitswesen GmbH) registrierten 2011 in Deutschland 234.957 CAP-Fälle bei erwachsenen Patienten, die statio-

när behandelt wurden. Somit erkranken bei einer Hospitalisationsrate von schätzungsweise 30 bis 50 Prozent allein in Deutschland 400.000 bis 600.000 Menschen an einer ambulant erworbenen Pneumonie (Community-Acquired Pneumonia, CAP) pro Jahr (BQS-Qualitätsreport 2013). Nach den CAPNETZ-Daten beträgt die Inzidenz der CAP in Deutschland 3,7 bis 10,1 pro 1.000

Einwohner und Jahr. Die Letalität der CAP beträgt im ambulanten Bereich rund 1 Prozent, im Krankenhaus 10,2 Prozent und auf der Intensivstation 50 Prozent.

Somit ist die CAP eine häufige Infektionskrankheit, die nicht nur mit hoher Letalität und Morbidität, sondern auch mit hoher ökonomischer Belastung einhergeht. Im folgenden werden wirksame Impfun-

gen zur Pneumonieprophylaxe gegen die zwei häufigsten Erreger vorgestellt.

Pneumokokkenimpfung

Pneumokokken sind mit Abstand die häufigsten Erreger der CAP. Invasive Pneumokokken haben

Fortsetzung auf Seite 16