

# Die Dauer eines postoperativen Ileus nach elektiver Kolektomie korreliert mit der chirurgischen Spezialisierung

Gervaz P, Bucher P, Scheiwiller A, et al. The duration of postoperative ileus after elective colectomy is correlated to surgical specialization. *Int J Colorectal Dis* 2006;21:542–6.

**Fragestellung und Hintergrund:** Ziel dieser Studie war es, die Rolle verschiedener klinischer Faktoren bei der Wiederherstellung der Darmfunktion nach elektiven kolorektalen Operationen zu bewerten. Der postoperative Ileus ist ein wichtiger Faktor bei Komplikationen nach gastrointestinalen Eingriffen. Seine Pathophysiologie sowie die Parameter, die seine Dauer beeinflussen können, sind bisher unklar.

**Patienten und Methodik:** Zwischen Juli 2002 und September 2003 wurden alle Patienten, die sich einer Laparotomie wegen Kolektomie (ausgenommen laparoskopische Resektionen) mit entweder einer ileotransversalen, kolokolischen oder hohen kolorektalen Anastomose unterzogen, in diese prospektive Studie eingebracht. Die Zeit (in Stunden) zwischen dem Ende des chirurgischen Eingriffs und dem Ablassen von Flatus (PG) sowie Stuhl (PS) wurden von einem unabhängigen Untersucher aufgezeichnet. PG und PS wurden schließlich mit folgenden Parametern korreliert: Typ der Kolektomie, frühes Entfernen der Magensonde (NGT), mechanische Darmvorbereitung (MBP), ursächlicher Krankheitstyp, systemische Verabreichung von Opiaten sowie chirurgisches Training (kolorektale Ausbildung oder andere).

**Ergebnisse:** 124 Patienten wurden in diese Studie aufgenommen. Vier Patienten (3,2%) entwickelten septische Komplikationen (drei Anastomoseninsuffizienzen, ein intraabdominaler Abszess) und wurden von der Analyse ausgeschlossen. Das mittlere Alter in dieser Population betrug 68 (30–95) Jahre. Die mittlere Dauer des postoperativen Ileus betrug  $70 \pm 28$  h (PG) and  $99 \pm 34$  h (PS). In der univariante Analyse korrelierten weder die Art der Kolektomie noch eine ursächliche Erkrankung, MBP sowie eine frühe NGT-Entfernung mit der Dauer des postoperativen Ileus. Im Gegensatz dazu waren die Zeitintervalle PG und PS statistisch kürzer in der Patientengruppe, die von einem koloproktologischen Spezialisten behandelt worden war ( $56 \pm 23$  vs.  $74 \pm 28$  h [PG];  $82 \pm 26$  vs.  $103 \pm 35$  h [PS];  $p = 0,004$ ), wie auch bei den Patienten, die systemische Opiate für weniger als 2 Tage erhielten ( $64 \pm 27$  vs.  $75 \pm 28$  h [PG];  $p = 0,04$ ;  $88 \pm 32$  vs.  $108 \pm 33$  h [PS];  $p = 001$ ).

**Schlussfolgerung:** Die Wiederherstellung einer normalen intestinalen Funktion nach einer elektiven offenen Kolektomie dauert 3 (PG) bis 4 (PS) Tage. In unserer Patientenserie hat ein spezialisiertes kolorektales Operationstraining eine positive Auswirkung auf die Dauer des postoperativen Ileus. Die chirurgische Spezialisierung sollte als wichtiger Parameter in zukünftigen klinischen Studien mit dem Ziel der Minimierung des postoperativen Ileus angesehen werden.

### Kommentar

Der Einfluss der Chirurgen auf das Ergebnis einer Operation ist ein seit langem diskutiertes Problem [1, 2]. In der hier vorgestellten Analyse wurde in einer Gruppe von 15 Chirurgen der Einfluss des Operateurs auf die frühe postoperative Phase nach einer Kolonresektion untersucht. Insgesamt erbrachte die Aufarbeitung der Daten ein gutes Ergebnis mit einer Rate an Anastomosensuffizienzen von 2,4% und dem Beginn der Darmtätigkeit durchschnittlich nach etwa 2,5 Tagen. Dabei fand sich zusammenfassend ein mutmaßlicher Einfluss der chirurgischen Expertise eines der Chirurgen auf das Einsetzen der Darmtätigkeit nach der Resektion.

Die alleinige Tatsache, dass einer der Chirurgen, der durchschnittlich viermal mehr Kolonresektionen durchführt als seine Kollegen, bessere Ergebnisse erzielt, wundert auf den ersten Blick nicht. Dennoch muss dringend vermutet werden, dass sich hinter den Zahlen eine Art der Selektion und ein Bias versteckt. Wie von den Autoren in der Diskussion eingestanden, operierte der „gute“ Chirurg im statistischen Trend mehr benigne Erkrankungen im Vergleich zu seinen Kollegen. Vielleicht hat diese Selektion bereits einen deutlichen Einfluss auf den Endpunkt „Einsetzen des Stuhlgangs“. Niemand wird bestreiten, dass das Ausmaß einer Resektion für eine gutartige Sigmadivertikulose geringer ist als eine onkologische Resektion des linken Kolons mit stammnaher Ligatur der Gefäße und Mobilisation der linken Kolonflexur. Auch die statistische Gegenüberstellung eines Operateurs oder weniger Operateure und einer größeren Gruppe anderer Chirurgen, die durchschnittlich nur alle

2 Monate einen elektiven Darmeingriff durchführen, ist in jedem Fall problematisch [2]. Vielleicht findet sich in der Gruppe der „Wenigoperierer“ auch jemand, der so operiert, dass der Stuhlgang bereits frühzeitig einsetzt.

Leider bleiben die wichtigen Fragen, auf welchem Mechanismus der Effekt eines spezialisierten Chirurgen beruhen könnte, in der Publikation unbeantwortet: Was hat der spezialisierte Chirurg anders oder besser gemacht als die Schar der „Wenigoperierer“? Gibt es technische Details, wie etwa die Schnittführung der Laparotomie oder etwa die Verwendung von Intestinalbeuteln oder die Anastomosentechnik, die sich im Operationsverlauf unterscheiden?

Zusammenfassend müssen die Daten, wonach die Darmtätigkeit nach einer Kolonresektion bei einem Operateur signifikant früher einsetzt als bei einer Gruppe von 14 anderen Chirurgen, mit höchster Vorsicht beurteilt werden. Da die Bewertung des Chirurgen als behandlungsabhängiger Prognosefaktor nicht nur medizinische, sondern auch berufspolitische Aspekte betrifft, scheint hier besondere Sorgfalt erforderlich.

### Literatur

1. Hermanek P. Impact of surgeon's technique on outcome after treatment of rectal carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1999;42:559–62.
2. Hohenberger W, Bittorf B, Papadopoulos T, et al. Survival after surgical treatment of cancer of the rectum. *Langenbecks Arch Surg* 2005;390:363–72.

*Priv.-Doz. Dr. Sven Petersen,  
Hamburg*