

Liebling, ich bin im OP –

oder: Ist das therapeutische Splitting der Weisheit letzter Schluss?

Systematic review and meta-analysis of intraoperative versus preoperative endoscopic sphincterotomy in patients with gallbladder and suspected common bile duct stones.

Gurusamy K, Sahay SJ, Burroughs AK, et al.

Br J Surg 2011; 98:908-16

Hepatopancreatobiliary and Liver Transplant Surgery, University Department of Surgery, Royal Free Campus, University College London Medical

BACKGROUND: Most patients with gallbladder and common bile duct stones are treated by preoperative endoscopic sphincterotomy (POES) followed by laparoscopic cholecystectomy. Recently, intraoperative endoscopic sphincterotomy (IOES) during laparoscopic cholecystectomy has been suggested as an alternative treatment.

METHODS: Data from randomized clinical trials related to safety and effectiveness of IOES versus POES were extracted by two independent reviewers. Risk ratios (RRs) or mean differences were calculated with 95 per cent confidence intervals based on intention-to-treat analysis whenever possible.

RESULTS: Four trials with 532 patients comparing IOES with POES were included. There were no deaths. There was no significant difference in rates of ampullary cannulation (RR 1·01, 0·97 to 1·04; P =

0·70) or stone clearance by ES (RR 0·99, 0·96 to 1·02; P = 0·58) between the groups. The proportion of patients with at least one post-ES complication, including pancreatitis, bleeding, perforation, cholangitis, cholecystitis or gastric ulcer, was significantly lower in the IOES group (RR 0·37, 0·18 to 0·78; P = 0·009). There was no significant difference in morbidity after laparoscopic cholecystectomy or requirement for open operation between the groups. Mean hospital stay was 3 days shorter in the IOES group: mean difference -2·83 (-3·66 to -2·00) days (P < 0·001).

CONCLUSION: In patients with gallbladder and common bile duct stones, IOES is as effective and safe as POES and results in a significantly shorter hospital stay.

Im Moment pflegen wir in unserem Land ein ziemlich einheitliches Vorgehen bei Patienten mit Cholezystolithiasis plus Choledocholithiasis. Diese Patienten werden mehrheitlich durch eine Sphinkterotomie im Rahmen einer ERCP von ihren Gallengangsssteinen befreit und dann Tage bis Wochen später laparoskopisch cholezystektomiert („therapeutisches Splitting“).

Die hier vorgestellte Metaanalyse von vier randomisierten Studien mit 532 Patienten hat dieses Vorgehen mit dem simultanen Eingriff einer intraoperativen ERCP und einer gleichzeitigen laparoskopischen Cholezystektomie vergli-

chen. Die Ergebnisse sind bemerkenswert. Die intraoperative ERCP war im Vergleich zur präoperativen ERCP gleich erfolgreich, die Mortalität war in beiden Gruppen null, die typischen ERCP-Komplikationen waren aber im präoperativen Setting fast dreimal so hoch wie im intraoperativen Konzept und der Spitalsaufenthalt war noch dazu drei Tage länger, wenn gesplittet wurde. Die Kennzahlen der Cholezystektomie (Komplikationen, Konversionsrate) waren nicht unterschiedlich.

Dabei gibt es noch mehr denkbare Strategien, um mit der kombinierten Cholezysto- und Choledocholithiasis umzugehen. Eine offene Choledochusre-

vision im Rahmen der Cholezystektomie, die laparoskopische Choledochusrevision mit Cholezystektomie oder eine postoperative ERCP nach laparoskopischer Cholezystektomie sind neben den hier vorgestellten Möglichkeiten der präoperativen und der intraoperativen ERCP möglich. Ein Cochrane Review aus 2006 (*Cochrane Database Syst Rev 2006; (2):CD003327: Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones. Martin DJ, Vernon DR, Toouli J*) hat insofern etwas Klarheit gebracht, als sie alle Methoden (die intraoperative ERCP war nicht dabei) im Wesentlichen als gleichwertig beschrieb, allerdings waren im ERCP-Arm immer mehr Eingriffe not-

wendig und der Spitalsaufenthalt war länger als im OP-Arm.

Doch zurück zur intraoperativen ERCP: Nach der hier diskutierten Metaanalyse müsste man schon aus Gründen der Komplikationsvermeidung und der Wirtschaftlichkeit zur intraoperativen ERCP wechseln. Dagegen sprechen nur organisatorische Hindernisse, wie die aufwändiger Koordination von Endoskopieteam und Laparoskopieteam und zusätzliche Geräteanschaffungen sowie Lagerhaltung im OP-Bereich für die ERCP und ein tendenziell höherer Personalbedarf, vor allem in der Pflege. Dafür ist der Eingriff in Allgemeinnarkose für das Endoskopieteam stressärmer, weil man sich nicht um die Sedoanästhesie kümmern muss. Die ERCP in Rückenlage ist gewöhnungsbedürftig, aber machbar, in seltenen schwierigen Fällen kann es aber sein, dass man den intubierten Patienten in Bauchlage drehen möchte, das geht natürlich nicht mit liegenden Trokaren. Komplizierte Stei-

ne, die eine intraduktale Lithotripsie mit Cholangioskopie brauchen, stoßen an die Grenzen der Machbarkeit in einem heutigen konventionellen OP.

Aber vielleicht denken wir zu eng: Möglicherweise liegt die Zukunft der interventionellen Endoskopie überhaupt in einem interdisziplinären, multifunktionalen Eingriffsraum – der dann optimal ausgestattet sein wird –, in dem Chirurgen, Endoskopiker, Radiologen, Anästhesisten etc. im Rahmen von Hybrideingriffen zusammen arbeiten. Ob ein perkutan eingebrachter Draht die Sondierung des Gallengangs ermöglicht, eine endoskopische Submukosadissektion zur klassischen Resektion konvertiert oder die laparoskopische Entnahme des Sentinel-Lymphknotens sie ergänzt, all das könnte, wie auch die intraoperative ERCP, das alte „entweder-oder“ in eine neue Dimension führen – qualitativ und kollegial.

Der Entscheid über die Therapie wird in Zukunft nicht mehr von einem ein-

zelnen Arzt, sondern von einem interdisziplinären Bord gefällt werden. Das soll die Qualität der Entscheidungen verbessern. Diese Art der Meinungsbildung wird solche oben beschriebene kooperative Zugänge fördern.

Was nicht passieren soll, ist, dass endoskopisch ungenügend ausgebildete Operateure quasi nebenbei auch versuchen, die Endoskopie zu erledigen oder dass mit nicht entsprechend ausgebildetem Endoskopiefachpersonal das Auslangen gefunden werden muss.

Das Konzept der intraoperativen ERCP bei kombinierter Cholezysto- und Cholangiolithiasis brächte nicht nur qualitative und wirtschaftliche Vorteile, es könnte auch Wegbereiter für eine neue interdisziplinäre Struktur im Spital sein.

Prim. Univ. Prof. Dr. Rainer Schöfl

4. Interne Abteilung
Krankenhaus der Elisabethinen
Linz
rainer.schoefl@elisabethinen.or.at