



Und anderswo ...?

Akute Appendizitis: Antibiotika oder Skalpell?

Fragestellung

Vier Studien haben bisher Antibiotikabehandlung (AB) und Chirurgie (CB) bei akuter Appendizitis verglichen. Allerdings waren die Diagnosekriterien oft unklar und mitunter wegen zahlreicher Protokollverstösse die Zuverlässigkeit der Resultate fraglich. Die Frage im Titel bleibt also offen.

Methode

In dieser französischen Studie, in der untersucht werden sollte, ob eine AB der CB (laparoskopisch oder klassisch) ebenbürtig ist, wurden 120 Patienten für AB und 119 für CB randomisiert. Die Diagnose wurde im Wesentlichen durch eine Computertomographie (CT) gestellt. Die AB bestand aus Amoxicillin/Clavulansäure oral oder intravenös 3 g täglich bei Patienten unter 90 kg KG und 4 g bei mehr als 90 kg KG für 8 Tage, bei persistierender Leukozytose oder entsprechendem CRP noch weitere 8 Tage. Waren unter AB die Abdominalschmerzen nach 48 Stunden nicht abgeklungen, erfolgte die Appendektomie. Primärer Studienendpunkt war das Vorliegen oder Fehlen einer Peritonitis nach 30 Tagen.

Resultate

14 Patienten aus der AB-Gruppe mussten wegen ungenügenden Ansprechens innerhalb von 30 Tagen operiert werden. Bei 9 wurde eine Peritonitis festgestellt gegenüber lediglich 2 nach CB. Nach einem Jahr hatten 81 Patienten (68%) der AB-Gruppe *keine* Operation benötigt. Bemerkenswert, dass Koprolithen (bei ~20% der Patienten) auf ein Risiko für eine komplizierte Appendizitis und die Notwendigkeit einer chirurgischen Intervention hindeuten und dass bei 18% der operierten Patienten wegen Komplikationen eine AB erfolgen musste.

Probleme

Es handelt sich um eine sehr sorgfältig durchgeführte Studie. Das Hauptproblem liegt in der Wahl des Antibiotikums aufgrund dessen Wirksamkeit bei Sigmoiditis. Die Mehrzahl der akuten Appendizitiden wird durch *E. coli* verursacht, welche zunehmend gegen Amoxicillin/Clavulansäure resistent sind. Heute wäre ein Cephalosporin der 3. Generation wohl die bessere Wahl. Anzumerken bleibt, dass 10% der Patienten nach 1 Jahr nicht mehr aufgefunden werden konnten.

Kommentar

Erste Wahl bei akuter Appendizitis ist eindeutig die chirurgische Behandlung. 25% der Patienten der AB-Gruppe mussten innerhalb des ersten Jahres nach dem Primäreignis operiert werden. Eine AB bei Patienten, die keine CB wollen, ist jedoch nicht a priori abzulehnen, es sei denn, man fände im CT einen Koprolithen als Hinweis für eine komplizierte Appendizitis, welche operiert werden muss.

Lancet. 2011;377:1573. / AdT

Herzszintigraphie (HS): Achtung! Die Zahl der HS ist in den USA zwischen 1990 und 2002 von 3 Millionen auf 9 Millionen exponentiell angestiegen. Bei gut 1000 Patienten, bei denen in den ersten 100 Tagen des Jahres 2006 eine HS durchgeführt wurde, wurden im Mittel (Medianwert) 15 weitere strahlenbelastende Untersuchungen vorgenommen. $\frac{1}{3}$ erhielt 100 mSv (!), was ein signifikantes Krebsrisiko darstellt. $\frac{1}{3}$ der HS wurde bei asymptomatischen Patienten durchgeführt, bei denen von der Untersuchung kaum ein klinischer Nutzen zu erwarten war. Motivation? Finanziell? Defensive Medizin (typisch für die USA)? Bei diesen Untersuchungen sollte man vorsichtiger sein ...

JAMA. 2010;304:2137. / AdT

Postoperativer Myokardinfarkt: schlechte Prognose ...

Myokardinfarkte bei chirurgischen Eingriffen ausserhalb des Herzens sind keine Seltenheit. 8351 Patienten wurden in diese Kohortenstudie eingeschlossen. In den ersten 30 Tagen nach der Operation entwickelten 451 Patienten (5%) einen Infarkt, 74% davon in den ersten 48 Stunden. Erstaunlicherweise hatten 65% vor dem Infarkt keine ischämischen Symptome. Die Mortalität betrug 11,6% verglichen mit 2% bei den Patienten ohne Infarkt. Patienten mit Niereninsuffizienz mit Kreatininwerten >175 mmol/l (Odds Ratio 4,33), notfallmässig operierte Patienten (OR 2,94) und Patienten mit schwerer Blutung (OR 3,62) sollten durch wiederholte Messung der Troponinwerte speziell überwacht werden (denn oft bestehen keine Infarktsymptome). Die Mortalität ist hoch: 11,6% verglichen mit 2% bei Patienten ohne Infarkt. Man sollte sich diese Zahlen vor jedem chirurgischen Eingriff vor Augen halten!

Ann Int Med. 2011;154:523. / AdT

Chronische Hämodialyse: Mortalität. Bei einem medianen Follow-up von 5,18 Jahren bei 266 Patienten einer Hämodialyseabteilung eines Universitätsspitals betrug die Überlebensrate nach 1, 3 und 5 Jahren 88%, 68% bzw. 46%. Nicht analysiert wurden Angemessenheit der Dialyse, Kontrolle von Anämie und Ernährungszustand sowie Ausgangsblutdruck. Zwar kann die Hämodialyse Leben retten; trotzdem bleibt die Mortalität hoch, speziell bei älteren Patienten mit Begleiterkrankungen, die ebenfalls mehr und mehr von Hämodialyseprogrammen profitieren. Diese etwas enttäuschenden Ergebnisse zu verbessern bleibt eine Herausforderung ...

Swiss Med Weekly. 2011;141:16. / AdT

Autor in dieser Ausgabe: Antoine de Torrenté (AdT)