

„Fast-track“-Rehabilitation nach Rektumresektion wegen eines Malignoms

Schwenk W, Neudecker J, Raue W, et al. „Fast-track“ rehabilitation after rectal cancer resection. *Colorectal Dis* 2006;21:547–53.

Fragestellung: Die Machbarkeit einer „Fast-track“-Rehabilitation bei Patienten mit Operation eines Rektumkarzinoms wurde bisher nicht dargestellt. Daher legen wir unsere ersten Ergebnisse einer „Fast-track“-Chirurgie bei einem Rektumkarzinom vor.

Hintergrund: Nach der Operation eines Rektumkarzinoms treten allgemeine postoperative Komplikationen bei 25–35% aller Patienten auf und der postoperative Krankenhausaufenthalt beträgt 14–21 Tage. Es wurde gezeigt, dass eine „Fast-track“-Rehabilitation die Genesung beschleunigt, die generelle Morbidität reduziert und den Krankenhausaufenthalt nach einer elektiven Kolonoperation verkürzt.

Patienten und Methodik: 70 konsekutive unselektierte Patienten mit einer Rektumkarzinomresektion durch einen einzigen Chirurgen unterzogen sich einer perioperativen „Fast-track“-Rehabilitation. Demografische und operative Daten, die Lungenfunktion, Schmerzen und Fitnesszustand, lokale und allgemeine Komplikationen sowie die Mortalität wurden prospektiv erfasst.

Ergebnisse: 36 weibliche und 34 männliche Patienten im Alter von 65 (34–77) Jahren un-

terzogen sich einer offenen (n = 31) oder laparoskopischen (n = 39) anterioren Resektion mit partieller mesorektaler Exzision (PME 27), einer anterioren Resektion mit totaler mesorektaler Exzision und protektiver Loop-Ileostomie (TME 29) oder abdominoperinealen Exzision mit Kolostomie (APR 14). Insgesamt normalisierte sich die Lungenfunktion am Tag 2 (1–4) auf bis zu > 80% des präoperativen Werts. Die erste Darmtätigkeit setzte am Tag 1 (0–3) nach dem Eingriff ein. Die Inzidenz lokaler und allgemeiner Komplikationen betrug 27 bzw. 18%. Der postoperative Krankenhausaufenthalt betrug insgesamt 8 (3–50) Tage, war aber nach PME (5 [3–47] Tage) kürzer als nach TME (10 [5–42] Tage) oder APR (9 [5–50] Tage) (p < 0,01).

Schlussfolgerung: Die „Fast-track“-Rehabilitation war bei Patienten mit einer Rektumkarzinomresektion machbar. Die lokale operationsbezogene Morbidität wurde nicht erhöht, während die allgemeine Morbidität und der postoperative Krankenhausaufenthalt im Vergleich zu anderen Untersuchungsreihen mit „traditioneller“ perioperativer Versorgung sogar positiver abschnitten.

Kommentar

„Fast-track“ zählt unbestritten zu den Schlagwörtern der Chirurgie am Anfang des 21. Jahrhunderts. Die Verminderung postoperativer Komplikationen durch frühzeitige Mobilisation und

Kostaufbau sowie optimale Schmerztherapie führt zu einer schnelleren Entlassung mit entsprechender Kostenreduktion, ohne dass das Prozedere selbst mit nennenswerten Kosten verbunden ist. Wichtig erscheint dieses Verfahren auch vor dem Hintergrund der Entwick-

lung im Gesundheitswesen mit Einführung der Abrechnung über DRGs, die zu einer optimalen Nutzung vorhandener Ressourcen zwingt.

Voraussetzung für die „Fast-track“-Rehabilitation ist eine Zusammenarbeit aller beteiligten Parteien: Die Anlage und postoperative Betreuung eines PDA-Katheters sowie eine schonende Narkoseführung durch die Anästhesie, die Neuordnung des postoperativen Prozederes durch die Chirurgie (Verzicht auf Magensonde, frühzeitiger Kostaufbau, Führung des Patienten) und nicht zu vergessen das Pflegepersonal, das insbesondere direkt perioperativ einen erhöhten Aufwand für die Mobilisation und spezielle Führung der Patienten zu leisten hat.

Selbstverständlich muss auch der Patient körperlich und geistig in der Lage sein, das Konzept mitzutragen. Es handelt sich ja nicht um ein „Fitnessprogramm“, sondern Ziel ist, dass der Patient seinen präoperativen Zustand möglichst schnell wieder erreicht.

Während dieses „Fast-track“-Konzept bei Kolonresektionen bereits in vielen Kliniken verbreitet ist, gestaltet sich die Durchführung bei Eingriffen am Rektum schwieriger. Gründe hierfür sind insbesondere das höhere Operationstrauma mit verlängerter Operationszeit, die Notwendigkeit eines Stomas (endständig bei der Exstirpation oder als Protektion bei der ultratiefen Rektumresektion mit koloanaler Anastomose) sowie spezifische Komplikationen, die nach Rektumresektionen häufiger auftreten wie Blasenentleerungsstörungen und eine gegenüber der Kolonresektion höhere Anastomoseninsuffizienzrate.

In der vorliegenden Studie werden nun von Prof. Schwenk, dem führenden Verfechter der „Fast-track“-Rehabilitation in Deutschland, erstmals Ergebnisse beim Rektumkarzinom vorgestellt. Es handelt sich dabei um Patienten, die je zur Hälfte laparoskopisch bzw. offen operiert wurden. Etwas inhomogen wird das Patientengut durch die Einbeziehung von 27 hohen anterioren Resektionen, die vom postoperativen Verlauf wohl eher den linksseitigen Hemikolektomien gleichzusetzen sind. Interessant ist die relativ hohe Atonierate von 20% nach TME, die sich auch mit unseren Erfahrungen deckt und zeigt, dass der Kostaufbau nicht immer in forcierter Weise erfolgen kann. Die Bedeutung der postoperativen Magen-Darm-Atonie wurde in einer aktuellen Arbeit von Königer umfassend dargestellt [2]. Auch die Verweildauer ist mit im Median 10 (TME) bzw. 9 Tagen (APR) gegenüber dem konventionellen Ablauf, dessen Verweildauer in der Literatur mit 14–21 Tagen angegeben wird, deutlich verkürzt. Die kurze Verweildauer nach hoher Resektion (5 Tage) stützt die oben aufgestellte These, dass diese eher den Kolonresektionen gleichzusetzen sind.

Aus meiner Sicht stellt insbesondere die Konfrontation des Patienten mit einem Stoma das Hauptargument gegen eine frühzeitige Entlassung dar. In der Regel ist der Patient erst nach Ablauf der unmittelbaren perioperativen Phase in der Lage, selbstständig die Stomaver-sorgung durchzuführen. Hier könnte ggf. durch einen bereits präoperativen Kontakt mit der Stomatherapeutin und engmaschige postoperative ambulante Betreuung Abhilfe geschaffen werden. Die Indikation zur Stomaanlage bei ultratiefen Resektionen insbesondere nach neoadjuvanter Vorbehandlung ist weitgehend unbestritten. Ob eine ultratiefe

Anastomose ohne Protektion frühzeitig mit Stuhl belastet werden kann, erscheint eher fraglich.

Erwähnt werden soll in diesem Zusammenhang eine weitere aktuelle Publikation zum gleichen Thema aus Regensburg [3], die über 16 laparoskopische Rektumresektionen, davon 13 mit Ileostoma, berichtet. Interessant ist hier vor allem die niedrige allgemeine Komplikationsrate bzgl. Pneumonie, Thrombose u.a. mit 12,5%, freilich bei einem ausgewählten Patientengut. Im Vergleich dazu zeigen zwei historische Vergleichskollektive der Jahre 1996–2002 aus der gleichen Klinik für die Laparoskopie eine allgemeine Komplikationsrate von 22,2% und für die offene Resektion von 40,1%.

Auch in unserem eigenen Patientengut mit frühzeitiger Anwendung des „Fast-track“-Konzeptes auch bei Rektumresektionen beobachteten wir einen deutlich früheren Abschluss der Mobilisation und des Kostaufbaus ohne Erhöhung der allgemeinen oder chirurgischen Komplikationsrate. Die mediane Verweildauer konnte nach laparoskopischer Resektion von 16 auf 10 Tage und nach offener Resektion von 18 auf 13 Tage gesenkt werden. Gleichzeitig zeigt sich hier die Bedeutung der laparoskopischen Operationstechnik.

Zusammenfassend werden in dieser wichtigen Arbeit erstmals Daten zur „Machbarkeit“ der „Fast-track“-Rehabilitation auch bei Rektumeingriffen vorgestellt. Die höhere Komplexität des Eingriffs ist somit keine Kontraindikation für das „Fast-track“-Konzept. Ähnliche Arbeiten zum „Fast-track“ auch bei Oberbaueingriffen sollten folgen. Ob in Deutschland so extrem niedrige Verweildauern wie in amerikanischen Studien (Delaney beschreibt eine Verweildauer von 1 bis 6 Tagen nach Proktokolektomie [1]) zu erzielen sind, bleibt abzuwarten. Andererseits ist aber auch fraglich, ob solche Zeiten wirklich erstrebenswert sind.

Literatur

1. Delaney CP, Fazio VW, Senagore AJ, Robinson B, Halverson AL, Remzi FH. „Fast track“ postoperative management protocol for patients with high co-morbidity undergoing complex abdominal and pelvic colorectal surgery. *Br J Surg* 2001;88:1533–8.
2. Köninger J, Gutt CN, Wente MN, Friess H, Martin E, Büchler MW. Postoperativer Ileus: Pathophysiologie und Prävention. *Chirurg* 2006;77:904–12.
3. Spatz H, Zülke C, Beham A, Agha A, Bolder U, Krenz D, Fürst A, Lattermann R, Gröppner G, Hemmerich B, Piso P, Schlitt HJ. „Fast-track“ bei laparoskopisch assistierter Rektumresektion – was kann erreicht werden? Erste Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie. *Zentralbl Chir* 2006;131:383–7.

Dr. Andreas Ommer, Essen