nerhalb von 48 Stunden operiert werden“, sagte Prof. Frank Lammert, Homburg. Bei einem Großteil der Betroffenen könne eine akute Cholezystitis zwar auch konservativ mittels Antibiotika zur Ausheilung gebracht werden, doch bei jedem fünften Patienten sei dann im weiteren Verlauf eine notfallmäßige Operation unumgänglich. Und die operative Therapie eines Empyems bzw. einer Gallenblasenperforation ist immer mit einem deutlich erhöhten Sterberisiko assoziiert. „Die frühelektive Cholezystektomie wird heute aufgrund der Metaanalyse von randomisierten Studien als evidenzbasierte Standardtherapie der akuten Cholezystitis angesehen“, so Lammert.

Auch ist die Krankenhausverweildauer bei einer Spätoperation nach sechs bis acht Wochen durchschnittlich vier Tage länger. 18% der Patienten müssen während der präoperativen Wartephase notfallmäßig operiert werden.

Auch bei Patienten mit rezidivierenden Koliken oder nach einer akuten Pankreatitis sollte die Indikation, soweit kein deutlich erhöhtes Narkose- und Operationsrisiko vorliegt, großzügig ge-

© H. S. Füesl

Solitärkonkrement der Gallenblase. Die Komplikationsrate steigt mit dem Alter.

stellt werden, zumal die Komplikationsrate bei dem laparoskopischen Eingriff auch bei älteren Patienten sehr niedrig ist.

Therapeutisches Splitting

Bei geringer Wahrscheinlichkeit für eine Choledocholithiasis sollte insbesondere bei älteren Patienten mit symptomatischen Gallenblasensteinen die präoperative ERC nicht routinemäßig durchge-

führt werden. Vielmehr sollten bei nur geringem Verdacht auf Gallengangssteine die Endosonografie oder alternativ eine MRT-Untersuchung vorgeschaltet werden, sodass dann nur bei positivem Steinnachweis die präoperative endoskopische Gallengangssanierung nach Papillotomie erfolgt. Bei dringendem Verdacht auf eine Choledocholithiasis mit Anstieg der Cholestasenzyeme bzw. Ikterus und Zeichen der Cholangitis ist die sofortige endoskopische retrograde Cholangiografie jedoch unumgänglich.

Patienten mit symptomatischen Gallengangssteinen, die gleichzeitig asymptomatische Gallenblasensteine haben, sollten dann, wenn die Entzündungszeichen abgeklungen sind, d. h. innerhalb einer Woche cholezystektomiert werden. Ansonsten beträgt das Risiko, später eine Cholezystitis, einen Ikterus oder eine andere Komplikation zu entwickeln, gerade bei älteren Patienten ca. 50%. „Deshalb sollte man die Cholezystektomie bei einem vertretbaren Operationsrisiko älteren Patienten keinesfalls vorenthalten“, betonte Lammert.

STI ■

Ethische Probleme, besonders bei Demenzkranken

Für wen ist die PEG-Sonde wirklich segensreich?

Wenn ein Patient auf normalem Wege nicht mehr ausreichend Nahrung zu sich nehmen kann, ist die PEG mit Sicherheit heute die beste Lösung, um ihn adäquat enteral ernähren zu können. Auch lässt sich die PEG meist relativ einfach und komplikationslos anlegen. Bei guter Pflege sind auch lokale Komplikationen an der Einstichstelle ein eher seltenes Problem.

Doch die Frage, für welche Patienten diese Form der enteralen Ernährung notwendig und sinnvoll, ja sogar ethisch vertretbar ist, wird seit vielen Jahren kontrovers diskutiert. Segensreich ist die Anlage einer PEG sicherlich dann, wenn es sich um eine potenziell reversible, meist neurologisch bedingte Schluckstörung handelt. Bei solchen Patienten kann die PEG dann nach einer gewissen Zeit oft auch wieder entfernt werden. Sehr viel komplexer, insbesondere auch un-

ter ethischen Gesichtspunkten, ist der Beginn einer künstlichen Ernährung allerdings bei schwer Demenzkranken. „Gerade bei diesen Patienten muss die Indikation im Einzelfall kritisch gestellt werden“, sagte Priv.-Doz. Stephan Sahm, Offenbach. Keinesfalls gerechtfertigt sei die Anlage einer PEG mit dem Ziel, die Pflegenden zu entlasten. „Eine PEG ist keine vertretbare Lösung für demente Patienten, die möglicherweise durch eine zeitintensivere Betreuung ausreichend essen und trinken würden“, so Sahm. Auch müsse man bedenken, dass der sinnliche Aspekt der Ernährung bei einer PEG verloren gehe.

Dass eine PEG bei schwer dementen Patienten das Leben verlängern oder Komplikationen wie Dekubitalgeschwüre oder Pneumonien verhindern kann, dafür gibt es bisher keine wissenschaftliche Belege. „Bei einer schweren Demenz wird

durch eine PEG weder das Überleben noch die Lebensqualität verbessert“, so Sahm. Dies bedeutet, dass für solche Patienten die Anlage einer PEG keinesfalls sinnvoll ist, da sie nicht davon profitieren. Wenn keine Indikation für eine PEG gestellt wird, kann auch eine Patientenverfügung weder ein Argument für noch gegen die PEG sein. „Vor der Patientenverfügung muss immer die ärztliche Indikation stehen“, so Sahm.

Die Begriffe „verhungern“ und „verdursten“ seien für schwer demenzkranke Patienten meist nicht zutreffend. Wichtiger und wohltuender als eine PEG sei bei diesen Patienten das Anfeuchten des Mundes und der Lippen. Die Entscheidung für oder gegen eine PEG könne im Einzelfall schwierig sein, sie sei aber keinesfalls eine verpflichtende Maßnahme am Lebensende.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■