Oraler Kostaufbau ohne vorherige enterale oder parenterale Ernährung als Standard nach Pankreatoduodenektomie

Originalpublikation

Gerritsen A, Besselink MG, Gouma DJ et al (2013) Systematic review of five feeding routes after pancreatoduodenectomy. Br J Surg 100:589–598

Hintergrund

Der postoperative Verlauf nach Pankreatoduodenektomie (PD) ist durch eine relativ hohe Morbidität gekennzeichnet. Bis zu 40% der Patienten entwickeln eine verzögerte Magenentleerung („delayed gastric emptying“, DGE), die den oralen Kostaufbau verzögert und die postoperative Verweildauer verlängert. Bezüglich des Regimes der postoperativen Ernährung nach PD existieren unterschiedliche Strategien. Während in den meisten Zentren ein direkter oraler Kostaufbau bevorzugt wird, kommt in vielen Kliniken zuerst eine enterale Sondenernährung oder sogar eine parenterale Ernährung zum Einsatz. Gerritsen et al. führten ein systematisches Review zum Thema Ernährung nach PD durch.

Methoden

Die Literatur wurde systematisch nach Studien durchsucht, in denen das postoperative Ernährungsregime nach PD untersucht wurde und die postoperative Verweildauer ein wichtiger Zielparame- ter war. Von 709 identifizierten Artikeln wurden 15 Studien (7 randomisiert kon- trollierte Studien, 7 Kohortenstudien, eine Fall-Kontroll-Studie) mit insgesamt 3474 Patienten in die Analyse eingeschlossen. Die extrahierten Zielparame- ter beinhalten die Liegedauer, Dauer bis Wiedereinnah- me der Normalkost, Morbidität, Inzidenz der DGE und Mortalität. Eine formelle Metaanalyse war wegen der starken Hete- rogenität der Studien nicht durchführbar.

Ergebnisse

Anhand der extrahierten Daten konn- ten 5 Ernährungswege verglichen wer- den: primär oraler Kostaufbau (2210 Pa- tienten), enterale Ernährung mittels Na- sojejunalsonde (165 Patienten), perku- tane Gastrojejunalsonde (52 Patienten) und perkutane Jejunalsonde (623 Patien-

ten) sowie totale parenterale Ernährung (TPN: 424 Patienten). Die Ergebnisse sind in **Tab. 1** zusammengefasst. Zu erwäh- nen ist, dass 29,4% der Patienten mit pri- mär oralem Kostaufbau aufgrund Kom- plikationen inklusive DGE vorüberge- hend eine TPN erhielten. **Tab. 1** zeigt, dass ein primär oraler Kostaufbau bezüg- lich Verweildauer und Dauer bis zur Wie- dereinnahme einer normalen Kost den anderen Ernährungsregimen überlegen ist. Bezüglich Morbidität, Mortalität und Inzidenz des DGE ergaben sich keine rele- vanten Unterschiede; hier ist der primäre orale Kostaufbau zumindest nicht unter- legen.

Fazit

Entsprechend folgern die Autoren, dass es keine Evidenz für eine enterale oder parenterale Ernährung als Standard für den postoperativen Kostaufbau nach PD gibt. Stattdessen sollte als Standard ein primärer oraler Kostaufbau versucht wer- den. Nur wenn dieser wegen Komplika- tionen, insbesondere wegen DGE, nicht durchführbar ist, sollte auf die anderen Ernährungswege umgestiegen werden.

Korrespondenzadresse

PD Dr. O. Strobel

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 110, 69120 Heidelberg
 Oliver.Strobel@med.uni-heidelberg.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seinen Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Tab. 1 Ernährungsregime in den analysierten Studien

Ernährungsregime	Primär oraler Kost- aufbau	Enteral: Nasojeju- nalsonde	Enteral: per- kutane Gastro- jejunalsonde	Enteral: perkutane Jejunalsonde	Par- en- teral
Mittlere Verweildauer (Tage)	15	25	15	19	20
Dauer bis Wiederein- nahme Normalkost (Tage)	6	8	14	12	11
Morbidität (%)	49,4	43,8	75	56	50
Inzidenz der DGE ^a (%)	14,1	17,0	6	23,2	10,3
Mortalität (%)	4,4	1,8	2	4,7	5,4

DGE „delayed gastric emptying“. ^aUneinheitliche Definition der DGE in den verschiedenen Studien.