Die frühe laparoskopische Cholezystektomie ist die Therapie der Wahl bei akuter Cholezystitis

Originalpublikation

Gutt CN, Encke J, Königer J et al (2013) Acute cholecystitis: early versus delayed cholecystectomy, a multicenter randomized trial (ACDC Study, NCT00447304). Ann Surg 258:385–393

Hintergrund und Fragestellung

Die akute Cholezystitis ist eines der häufigsten chirurgischen Krankheitsbilder. Therapie der Wahl ist die laparoskopische Cholezystektomie. Trotz mehrerer Studien und Metaanalysen blieb der beste Zeitpunkt für die Operation – die frühe Cholezystektomie oder die spätere Durchführung der Operation nach primär konservativer Therapie – bisher umstritten. Gutt und Kollegen führten nun in Deutschland eine multizentrische, randomisiert kontrollierte Studie durch zum Vergleich der frühen Cholezystektomie (innerhalb von 24 h nach Aufnahme; „immediate laparoscopic cholecystectomy“, ILC) und der primär konservativen Therapie und späteren Cholezystektomie (7 bis 45 Tage nach initialer Aufnahme; „delayed laparoscopic cholecystectomy“, DLC).

Methoden

In insgesamt 35 Zentren wurden 304 Patienten in die ILC- und 314 Patienten in die DLC-Gruppe randomisiert. Eingeschlossen wurden Patienten mit klinischen und sonographischen Zeichen einer akuten Cholezystitis, bei denen eine laparoskopische Cholezystektomie innerhalb von 24 h nach Aufnahme durchführbar war. Ausschlusskriterien waren unter

anderem ein American Society of Anesthesiologists (ASA) Score ≥ 4 , ein septischer Schock sowie ein Verdacht auf Gallenblasenperforation oder Abszess. In jedem Zentrum waren sowohl die Chirurgen als auch die Gastroenterologen an der Studie beteiligt. In beiden Gruppen erhielten die Patienten das Antibiotikum Moxifloxacin für mindestens 48 h intravenös. Primärer Endpunkt der Studie war die Morbidität (anhand zuvor festgelegter Komplikationen) innerhalb von 75 Tagen nach Aufnahme des Patienten. Als sekundäre Endpunkte wurden unter anderem Mortalität, Konversionsrate, Liegedauer und Krankenhauskosten untersucht.

Ergebnisse

Als zentrales Ergebnis war die Morbidität in der ILC-Gruppe signifikant niedriger als in der DLC-Gruppe (11,8% vs. 34,4%). Dabei war in beiden Gruppen eine erhöhte Komorbidität (ASA-Score >2) signifikant mit einer erhöhten Komplikationsrate assoziiert. Mortalität (0,3% in beiden Gruppen) und Konversionsrate (ILC: 9,9%; DLC: 11,9%) waren vergleichbar. Die Gesamtliegedauer war bei ILC mit 5,4 Tagen signifikant niedriger als bei DLC mit 10,0 Tagen; bei vergleichbarer postoperativer Liegedauer (ILC: 4,7 Tage; DLC: 4,9 Tage). Dies führte zu signifikant niedrigeren medianen Krankenhauskosten bei ILC (2919 EUR) im Vergleich zur DLC (4262 EUR).

Diskussion

Die Studie zeigt eindeutig, dass die Morbidität bei früher Cholezystektomie wesentlich niedriger ist als bei primär konserva-

tiver Therapie und Cholezystektomie im Verlauf. Zudem hat die frühe Cholezystektomie deutliche ökonomische Vorteile.

Zu beachten ist, dass in der Studie Patienten mit schwerer Komorbidität ausgeschlossen wurden und die Ergebnisse daher nicht auf solche Patienten übertragbar sind. Ob Patienten mit schwerer Komorbidität von einer präoperativen Optimierung ihres Zustandes durch eine primär konservative Therapie profitieren, muss in weiteren Studien geklärt werden.

Für operable Patienten mit akuter Cholezystitis stellt die frühe Cholezystektomie innerhalb von 24 h nach Aufnahme die Therapie der Wahl dar.

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

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. O. Strobel und M.W. Büchler geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.