Chirurg 2014 · 85:66
 DOI 10.1007/s00104-013-2673-y
 Online publiziert: 18. Dezember 2013
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

C.-T. Germer · J. Reibetanz

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Würzburg

Überlebensvorteil für die Kolektomie bei fulminanter *Clostridium-difficile*-Kolitis

Ergebnisse einer systematischen Literaturübersicht

Originalpublikation

Stewart DB, Hollenbeak CS, Wilson MZ (2013)
 Is colectomy for fulminant *Clostridium difficile* colitis life saving? A systematic review.
 Colorectal Dis 15:798–804

Hintergrund

Die *Clostridium-difficile*-Kolitis (CDC) – früher vorwiegend assoziiert mit hämatologischen Grunderkrankungen oder schwerer Immunsuppression – betrifft heute regelmäßig auch Patienten ohne diese Risikofaktoren, insgesamt in einer Häufigkeit von ca. 16/1000 stationär behandelten Patienten. Bei bis zu 8% dieser Patienten schreitet die Erkrankung trotz maximaler konservativer Therapie zu einer fulminanten, septischen Verlaufsform fort. Es ist unklar, ob die Kolektomie bei fulminant verlaufender CDC (verglichen mit der fortgesetzten medikamentösen Therapie) bei diesen schwer kranken Patienten mit einem Überlebensvorteil assoziiert ist.

Fragestellung der Studie

Ziel dieser systematischen Literaturrecherche war der Vergleich „Kolektomie vs. fortgesetzte konservative Therapie“ bei fulminanter CDC hinsichtlich des Endpunktes *Überleben*, definiert als entweder In-hospital-Mortalität oder postoperative 30-Tage-Mortalität. Hierzu wurden aus den bekannten medizinischen Datenbanken alle relevanten englischsprachigen Artikel im Publikationszeitraum 1994 bis 2010 extrahiert. Eingeschlossen wurden

Studien (1) zu Patienten mit schwerer oder fulminanter CDC, für die (2) eine konservative oder operative Behandlung infrage kam und (3) diesbezüglich separate Letalitätsraten (in Abhängigkeit der Behandlung) berichtet wurden.

Ergebnisse

Innerhalb der Einschlusskriterien konnten 6 retrospektive Kohortenstudien mit insgesamt 510 Patienten (zwischen 11 und 199 Patienten) identifiziert werden. Der Prozentsatz derjenigen Patienten mit schwerer oder fulminanter CDC, die kolektomiert wurden, lag zwischen 1,8 und 39%, jeweils mit Letalitätsraten nach Kolektomie zwischen 36 und 100%. Die Odds Ratio (OR) für den Endpunkt *Überleben* bei fulminanter CDC wurde für beide Therapieoptionen (Kolektomie vs. fortgesetzte medikamentöse Therapie) für jede der 6 Studien separat errechnet. Hierbei zeigten zwei Studien keinen Unterschied im postoperativen Überleben, diese schlossen allerdings nur 31 Patienten ein. Wurden alle 6 Studien gemeinsam analysiert, ergab sich eine gepoolte OR von 0,7 (95%-Konfidenzintervall: 0,49–0,99) zugunsten der Kolektomie, was für einen Überlebensvorteil chirurgisch therapierter Patienten mit fulminanter CDC spricht.

Diskussion und Fazit des Reviewers

Die Autoren schlussfolgern, dass trotz der beachtlichen Invasivität der Operation (mit Letalitätsraten bis 80%) die Kolekto-

mie bei Patienten mit fulminanter CDC eine größere Chance auf Überleben bietet als die Fortführung der konservativ-medikamentösen Therapie. Die größte Herausforderung in der Behandlung der fulminanten CDC ist aber wahrscheinlich gar nicht die Frage *ob* (überhaupt) operiert werden soll, sondern vielmehr *wann*. Man kann spekulieren, dass die Letalität der Kolektomie bei fulminanter CDC (nur) deswegen so hoch ist, weil im klinischen Alltag häufig erst Anzeichen für kardiopulmonale Instabilität oder Organversagen „abgewartet“ werden – quasi als Hinweis auf ein Versagen der konservativen Therapie. Dieses Dilemma kann das vorliegende Review leider nicht lösen. In Anbetracht der hohen Letalität des hier diskutierten Krankheitsbildes lässt sich dieser Übersichtsarbeit aber folgende relevante Kernaussage entnehmen: In der fatalen Situation einer fulminanten CDC ist die Kolektomie das Risiko dieses Eingriffs in vielen Fällen wert. Sie ist damit eine echte (vielleicht sogar überlegene) Therapieoption, sollte frühzeitig ins Kalkül gezogen werden und keinesfalls das Image einer „Verzweiflungstat“ tragen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. C.-T. Germer
 Klinik für Allgemein-, Viszeral-,
 Gefäß- und Kinderchirurgie,
 Universitätsklinikum Würzburg,
 Oberdürrbacher Str. 6, 97080 Würzburg
 germer_c@klinik.uni-wuerzburg.de

Interessenkonflikt. C.-T. Germer und J. Reibetanz geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.