

Chirurg 2019 · 90:759
<https://doi.org/10.1007/s00104-019-01017-5>
 Online publiziert: 14. August 2019
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2019



O. Strobel · M. W. Büchler

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Frühe oder späte Cholezystektomie bei milder biliärer akuter Pankreatitis?

Originalpublikation

Moody N, Adiamah A, Yanni F, Gomez D (2019) Meta-analysis of randomized clinical trials of early versus delayed cholecystectomy for mild gallstone pancreatitis. *Br J Surg.* <https://doi.org/10.1002/bjs.11221>. [Epub ahead of print], PMID: 31268184

Hintergrund. Bei bis zu 50 % der akuten Pankreatitiden sind Gallensteine ursächlich. Einige Leitlinien empfehlen die frühe Cholezystektomie (CCE) während des initialen Aufenthalts wegen der akuten Pankreatitis, weil in Beobachtungsstudien die alternative Strategie einer späteren CCE (im Intervall 2–6 Wochen nach dem initialen Krankenhausaufenthalt) mit einer erhöhten Rate an Wiederaufnahmen wegen biliärer Rezidivereignisse verbunden war. Trotzdem bevorzugen viele Chirurgen die späte CCE. Gründe dafür können in der Sorge einer erhöhten Komplikationsrate bei zu früher CCE und in abrechnungstechnischen Erwägungen bei insgesamt niedrigem Evidenzniveau liegen. Moody et al. führten nun eine Metaanalyse zum Vergleich der frühen und der späten CCE bei milder akuter Pankreatitis durch.

Methoden. Es wurde die Datenbanken Embase, MEDLINE und Cochrane Database nach randomisiert kontrollierten Studien (RCTs) zum Vergleich der frühen und späten CCE bei milder biliärer akuter Pankreatitis durchsucht. Primärer Zielparameter der Metaanalyse war das Auftreten biliärer Rezidivereignisse mit erneuter Hospitalisation. Sekundäre Zielparameter waren intra- und postopera-

tive Komplikationen, Konversionsraten, und Gesamtliegedauer.

Ergebnisse. Es wurden 5 RCTs mit insgesamt 629 Patienten (frühe CCE: $n=318$; späte CCE: $n=311$) identifiziert. In diesen RCTs war die milde akute Pankreatitis definiert durch die Abwesenheit von Nekrosen, anderen lokalen Komplikationen sowie fehlenden Kriterien für Organversagen. Biliäre Rezidivereignisse mit Wiederaufnahme traten bei früher CCE signifikant weniger häufig auf als bei später CCE (3,1 % vs. 19,6 %; Odds Ratio: 0,17; 95 %-Konfidenzintervall: 0,09–0,33). Dabei gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen früher CCE und später CCE hinsichtlich intraoperativer Komplikationen (1,3 % vs. 2,3 %), postoperativer Komplikationen (4,7 % vs. 5,9 %) sowie hinsichtlich der Konversionsrate von der laparoskopischen zur offenen CCE (4,7 % vs. 2,9 %). Diese Parameter wurden in allen 5 RCTs berichtet. In 3 RCTs wurde die Rate an biliären Rezidivereignissen ohne Hospitalisationspflicht berichtet. Diese war nach früher CCE signifikant geringer als nach später CCE (1,4 % vs. 34,7 %; Odds Ratio: 0,03; 95 % Konfidenzintervall: 0,01–0,09). In zwei Studien, die den technischen Schweregrad der Operation untersuchten, gab es keine Unterschiede zwischen früher und später CCE. Eine Beurteilung des Risikos für Bias und der Qualität der Evidenz ergab anhand der zugrunde liegenden RCTs ein niedriges Risiko für Bias und eine mäßige bis hohe Qualität der Evidenz.

Diskussion. Die Autoren folgern, dass eine frühe CCE bei milder biliärer akuter Pankreatitis zu bevorzugen ist, weil sie mit weniger biliären Rezidivereignissen verbunden ist, ohne das Risiko für intra- oder postoperative Komplikationen zu erhöhen. Dies scheint insbesondere deshalb relevant, weil ein Teil der biliären Rezidivereignisse erneute akute Pankreatitiden sind, die dann oft schwerer verlaufen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. O. Strobel

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

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