

Kommentar auf Anforderung der Schriftleitung

K. Schönleben, Ludwigshafen

Trotz des immensen Fortschritts der Medizin und der imponierenden Palette diagnostischer Möglichkeiten scheint zumindest für die Diagnose der akuten Appendicitis das diagnostische Armamentarium beschränkt. Noch immer ist die Appendicitis eine primär klinische Diagnose und stellt auch für den erfahrenen Kliniker immer wieder eine Herausforderung dar. Die Arbeit von Ziehlke et al. versucht, für die akute Appendicitis einen diagnostischen Score sowohl hinsichtlich seiner Wertigkeit für die Diagnose als auch für das weitere klinische Management zu evaluieren.

Der für die Studie betriebene Aufwand, nämlich die retrospektive Auswertung von Datenmaterial von mehr als 2300 Patienten, an denen der neu entwickelte Score evaluiert wurde, ist recht beachtlich, wenn auch eine prospektive klinische Evaluation als wünschenswerter anzusehen wäre. Leider fehlen Fallzahlberechnungen, an Hand derer das erforderliche Patientenkollektiv für ein Signifikanzniveau von 0,05 und einen Fehler zweiter Ordnung von 0,2 hätte bestimmt werden sollen.

Der evaluierte Score erbrachte bzgl. seiner diagnostischen Fähigkeit lediglich hinsichtlich der Gesamtgenauigkeit ein besseres Resultat als der Erstuntersucher, gegenüber dem Abschlußuntersucher war er jedoch in allen Punkten unterlegen. Nur bei der Evaluierung der prozeduralen Fähigkeit war die Rate übersehener Appendicitiden mit 0,9% geringer als beim Abschlußuntersucher (1,8%), in allen anderen Parametern war der Abschlußuntersucher dem Score überlegen. Möglicherweise ist für das gegenüber dem Erstuntersucher relativ gute Abschneiden des Ohmann-Scores die Tatsache verantwortlich, daß dessen Entscheidung vor der Vorlage der Ergebnisse der weiteren diagnostischen Tests verlangt war und ihm somit wichtige Resultate für ein weiteres Vorgehen vorenthalten wurden. Wenn in der klinischen Situation weitere Tests angefordert werden, müssen deren Ergebnisse natürlich in den Entscheidungsprozeß einbezogen werden, andernfalls wären sie unnütz. Insofern ist das im Rahmen der Evaluation beschriebene Szenario ein Konstrukt, das der klinischen Entscheidungsfindung nicht entspricht. Allerdings ist für die Diagnose einer akuten

Appendicitis neben einer guten Anamnese, einer exakten klinischen Untersuchung sowie evtl. der Laborparameter keine weitere Diagnostik erforderlich. Der Ultraschall dient hier vorwiegend der Ausschlußdiagnostik anderer Ursachen, weniger zur Validierung der Diagnose. Insofern wird auch in der Studie trotz der Tatsache, daß der Abschlußuntersucher zusätzliche Informationen zur Verfügung hatte, der unterschiedliche Ausbildungsstandard der Untersucher dokumentiert.

Für den klinischen Alltag scheint der Ohmann-Score keinen wesentlichen Managementvorteil zu bringen. Zwar werden, insbesondere in Ausbildungskliniken, Patienten mit der Verdachtsdiagnose akute Appendicitis initial von weniger erfahrenen Kollegen anamnestiziert, untersucht und evtl. weiteren Untersuchungen unterzogen, dennoch fällt im allgemeinen ein Facharzt oder Oberarzt die Entscheidung über die Indikation zum operativen oder konservativen Vorgehen. Daß dies notwendig ist, wird durch die vorliegende Studie belegt. Trotz der Tatsache, daß es sich um einen erfahrenen Abschlußuntersucher handelte, war die negative Appendektomie rate um mehr als 33% und die negative Laparotomie rate um 50% höher als zuvor als Qualitätsmerkmal der diagnostischen Eignung festgelegt.

Ob der Ohmann-Score, wie von den Autoren vermutet, in der präklinischen Phase eine zunehmende Bedeutung gewinnen und zu einer Reduzierung potentieller Krankenhauseinweisungen führen könnte, mag bezweifelt werden. Der niedergelassene Kollege ist in der Beurteilung einer Bauchsymptomatik oft nicht so erfahren wie der Chirurg und er tut schon aus forensischen Gründen besser daran, im Zweifel den Patienten in der Klinik vorzustellen als einen Score zu berechnen, zu dessen Bestimmung er ohnehin erst die Laborergebnisse abwarten müßte und deren Ergebnis er meist erst am nächsten Tag erhält.

Der allgemeine Score-Enthusiasmus mag zwar in manchen klinischen Szenarien verständlich sein und seine validierte Berechtigung haben, für das erfolgreiche klinische Management eines Patienten mit dem Verdacht auf eine akute Appendicitis ist die Anwendung des Ohmann-Score aber kein sicherer Faktor.

Prof. Dr. K. Schönleben
Chirurgische Klinik
Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein
Bremserstraße 79
D-67063 Ludwigshafen/Rhein