

Sind chirurgische Eingriffe auch im hohen Alter und bei Multimorbidität vertretbar und sinnvoll?

P. Sungler, O. Boeckl

I. Chirurgische Abteilung und Ludwig-Boltzmann-Institut für experimentelle und gastroenterologische Chirurgie (Vorstand: Prof. Dr. O. Boeckl), Landeskrankenanstalten Salzburg, Müllner Hauptstraße 48, A-5020 Salzburg

Einleitung:

Immer stärker spürbar wird in den hochzivilisierten Ländern der demographische Wandel zur Altersgesellschaft. Die Auswirkungen um diese Entwicklung wurden vorerst von Ökonomen, Politikern und Sozialwissenschaftlern behandelt, nun muß sich vor allem die Medizin – einem gewissen Verursacherprinzip Folge leistend – vermehrt mit der Gerontologie beschäftigen. Betrachtet man die Entwicklung der Altersverteilung im chirurgischen Patientengut der letzten 50 Jahre, so kann man aufgrund der Alterspyramide annehmen, daß bei gleichbleibender Trendentwicklung im Jahr 2000 beinahe die Hälfte aller operierten Patienten über 70 Jahre alt sein wird. Waren 1930 1,85% der Patienten im chirurgischen Krankengut über 70 Jahre alt mit einer Operationsletalität von 25%, so stellen heute die über 70jährigen im chirurgischen Krankengut schon ein Drittel aller Patienten dar, wobei die Letalität in der Literaturübersicht auf 10% gesenkt werden konnte (2, 3, 5).

In zunehmendem Maße müssen sich Mediziner, vor allem jedoch auch Chirurgen, mit den immensen humanitären, ethischen und beträchtlichen ökonomischen Problemen beschäftigen. Aus Gründen der Standortbestimmung bzw. als Orientierungshilfe haben wir uns in einer retrospektiven Analyse mit unseren Ergebnissen in der Alterschirurgie beschäftigt.

Patientengut und Methodik:

Im Verlauf der letzten 3 Jahre wurden insgesamt 477 Patienten der I. Chirurgischen Abteilung der Landeskrankenanstalten Salzburg mit einem Alter von über 75 Jahren operativ behandelt. Dabei handelte es sich um 166 Männer (34,8%) sowie 311 Frauen (65,2%). Das Durchschnittsalter betrug 79,6 Jahre. Knapp 57% der Patienten waren zwischen 75 und 80 Jahre alt, 38% zwischen 80 und 90, knapp 5% waren über 90 Jahre alt.

Hauptindikationen für die operativen Eingriffe waren abdominelle Ursachen (40,8%), Traumen (24,3%) sowie Bauchwandhernien (14,4%). In knapp einem Viertel der Fälle ($n = 116$) mußte notfallmäßig innerhalb weniger Stunden nach Hospitalisierung operiert werden.

Bei 23,2% der Patienten fanden sich Malignome, vor allem des Gastrointestinaltraktes und der Mamma, wobei der Großteil dieser Patienten elektiv operiert werden konnte. Neben dem Grundleiden wiesen 22% der Patienten eine, 28,3% zwei und 39,3% drei oder mehr Begleiterkrankungen auf. Dabei handelte es sich in 74% um Erkrankungen seitens des Herz-Kreislaufsystems, in 23% um Erkrankungen der Lunge und in 11,1% um Stoffwechselerkrankungen.

In die Studie aufgenommen wurden nur Patienten, bei denen größere, operative Eingriffe in Allgemein- bzw. Lumbalanästhesie vorgenommen wurden. Nahezu ausschließlich wurden die Patienten perioperativ auf unserer chirurgischen Wach- oder Intensivstation behandelt. Dabei erfolgte prinzipiell das Anlegen von zentralvenösen sowie Harnkathetern, bilanzierte Infusionstherapie zum Ausgleich des Elektrolyt- sowie Säure-Basen-Haushaltes, eine perioperative, bei Elektiveingriffen prophylaktische Antibiotikatherapie, Streßulkusprophylaxe mit H_2 -Rezeptorenblockern sowie Thromboseprophylaxe mittels low-dose-Heparinisierung. Intensive Physiotherapie mit frühzeitiger Mobilisierung sowie Atemtherapie mit Bronchialtoilette (gegebenenfalls endoskopisch) waren obligatorisch.

Zumeist wurden die Patienten postoperativ zumindest über mehrere Stunden nachbeatmet bis zur altersentsprechenden Normalisierung der Blutgasanalysen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf der Wach- bzw. Intensivstation betrug 4,7 Tage bei einer Gesamtaufenthaltsdauer von 30,7 Tagen (Min. 8, Max. 192 Tage).

Ergebnisse:

Ein komplikationsloser, postoperativer Verlauf war in 74,9% ($n = 357$) der Fälle gegeben, wobei dies, übereinstimmend mit der Literatur (1, 4, 5), bei Akuteingriffen mit 67,2% seltener der Fall war als bei Elektivoperationen mit 82,2%.

Beherrschbare, chirurgische bzw. internistische Komplikationen lagen in insgesamt 17,6% vor, wobei in der Aufschlüsselung nach Akut- und Elektiveingriffen kein signifikanter Unterschied gegeben war. Die vorwiegend chirurgischen Komplikationen ($n = 54$) waren durch Wundheilungsstörungen, Nachblutungen, Ileus und Platzbauch sowie Dislokation von Osteosynthesematerial bedingt, wobei in der Hälfte der Fälle eine chirurgische Revision erforderlich war.

Die Gesamtleletalität betrug 7,5% und war nach Notfalleingriffen mit 16,4% 4mal höher als bei Elektiveingriffen mit 4,7%. 32 internistischen, letalen Komplikationen standen nur vier primär chirurgische Komplikationen gegenüber (je eine Duodenalstumpf- bzw. Anastomosendehiszenz, Ileus und Peritonitis). Bei Elektiveingriffen wegen Bauchwandhernien, Strumen, Mamma- und Hauttumoren beobachteten wir an Komplikationen lediglich Wundheilungsstörungen, Nachblutungen bzw. 2 Recurrensparesen, wobei keiner dieser Patienten verstorben ist.

Bei 52 der 135 Patienten mit größeren, abdominellen Eingriffen wurden zumindest eine oder mehrere Anastomosen bzw. Stomata angelegt. 40,2% dieser Operationen mußten notfallmäßig ausgeführt werden, wobei die Letalität mit 39,3% fast 5mal so hoch war als jene bei den Elektiveingriffen mit 8,2%. Die Gesamtletalität in dieser ausgewählten Gruppe betrug 20,7%.

Diskussion:

„Senectus ipsa morbus“ – somit birgt eine zusätzliche Operation vermehrte Risiken, bedingt durch die Multimorbidität sowie das vermehrte Auftreten komplizierter Leiden mit entsprechend risikoreicheren Operationen. Infolge der im Alter zunehmenden Indolenz gelangen die Patienten häufig zu verspäteter Klinikaufnahme, wodurch sich die höhere Inzidenz chirurgischer Notfälle mit Peritonitis, Ileus und Perforationen erklärt.

Aufgrund der verbesserten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten auf dem Gebiet der Anästhesie, Intensivmedizin und Endoskopie sowie allgemein verbesserter Lebensbedingungen konnte die postoperative Letalität der über 70jährigen von 25% im Jahr 1930 deutlich unter 10% gesenkt werden. Man darf jedoch nicht nur die rein statistischen Ergebnisse bewerten, sondern muß sich immer wieder die postoperative Lebensqualität der Patienten vor Augen halten (1). Jeder Überlegung über die Operationsindikation an Hochbetagten sollte der Wunsch der Gerontologischen Gesellschaft der USA zugrundeliegen, den Jahren noch Leben hinzuzufügen, nicht jedoch Jahre dem Leben.

Wesentlich scheint, daß die Operabilität nicht nur von der absoluten Zahl der Jahre, sondern vom biologischen Alter, man spricht heute ja häufig vom jungen Alten, sowie vor allem von der positiven, psychischen Einstellung zur Operation abhängt (1, 2, 6). Vermehrt in die ethisch-ökologischen Überlegungen einbezogen werden müssen Ergebnisse von Krass und Mitarbeitern, wobei sich bei sozial isolierten Patienten wie Altenheimbewohnern eine doppelt so hohe Letalität fand wie bei Patienten, die noch in der eigenen Familie bzw. im Familienverband lebten (4).

Die vorliegenden Ergebnisse mit einer Letalität bei Elektiveingriffen von 4,7% bzw. einer Gesamtletalität von 7,5% rechtfertigen unserer Meinung nach auch größere, chirurgische Eingriffe im hohen Alter. Selbstverständlich erhöhen diese Eingriffe an Hochbetagten die Spitalskosten und somit auch das Defizit, da aufgrund der meist notwendigen Intensivpflege, der hochdosierten Antibiotikatherapie sowie der personalaufwendigen Pflege mit Dekubitusprophylaxe, Atemtherapie, Wasserbett und Mobilisation gegenüber dem Normalpatienten ein beträchtlicher, personeller und zeitlicher Mehraufwand entsteht. Zu beachten ist auch, daß die psychische Belastung des Personals durch die Behandlung Hochbetagter deutlich ansteigt, da der alte Mensch bedeutend mehr persönliche Zuwendung benötigt und auf Personal- und Schichtwechsel aufgrund der stark herabgesetzten Flexibilität negativ reagiert.

Zusammenfassend kann man feststellen, daß die Indikation zur Operation an Hochbetagten aus ärztlich moralischer Sicht keinesfalls durch ökonomische Überlegungen beeinflusst werden darf, daß all jene Operationen am alten Menschen, die zu einer Minderung oder Behebung eines Leidens beitragen, ethisch gerechtfertigt sind und daß sich der vermehrte Einsatz in einer erfreulich hohen Anzahl der Fälle lohnt.

Tabelle 1: Operationsindikationen bei Patienten über 75 Jahre (n = 477)

OP-Indikation	%		Eingriffe		Malignom
			akut	elektiv	
Trauma	116	24,3	9 (7,7%)	107 (92,3%)	
Abdomen	195	40,8	86 (44,1%)	109 (55,9%)	66 (33,8%)
Magen	42	8,8%	10	32	25
Gallenwege	52	10,9	11	41	3
Pankreas	9	1,8	4	5	5
Dünndarm	23	4,8	23		
Appendix	12	2,5	12	-	-
Dickdarm	57	11,9	26	31	33
Hernie	69	14,4	15 (27,9%)	54 (72,1%)	
Struma	15	3,1		15	1
Mamma	25	5,2		25	22 (88,0%)
Haut	24	5,0		24	22 (91,7%)
Abszeß	8	1,6	5	3	
Sonstiges	25	5,2	1	24	
Gesamt	477	100,0	116 (24,3%)	361 (75,7%)	111 (23,2%)

Tabelle 2: Postoperativer Verlauf bei chirurgischen Eingriffen im hohen Alter (n = 477)

Postoperativer Verlauf	Gesamt		Eingriffe		Komplikationen	
		%	akut (%)	elektiv (%)	chir.	intern.
Komplikationslos	357	74,9	67,2	82,2		

Postoperativer Verlauf	Gesamt		Eingriffe		Komplikationen	
		%	akut (%)	elektiv (%)	chir.	intern.
Beherrschbare Komplikationen	84	17,6	16,6	18,0	57 (67,8%)	27 (32,4%)
Letale Komplikationen	36	7,5	16,3	4,7	4 (11,1%)	32 (88,9%)

Tabelle 3: Komplikations- bzw. Letalitätsraten bei Patienten über 75 Jahre (n = 477), aufgeschlüsselt nach Akut- und Elektiveingriffen

OP-Indikation	Beherrschbare Komplikationen			Letale Komplikationen	
		akut (%)	elektiv (%)	akut (%)	elektiv (%)
Trauma	116	0	25,0	11,1	12,1
Abdomen	195	16,2	17,7	20,9	3,6
- Magen	42	0	21,8	50,0	6,2
- Gallenwege	52	9,1	17,0	0	2,4
- Pankreas	9	0	0	50,0	0
- Dünndarm					
Mesenterial-embolie	6	0	0	100,0	0
Ileus	17	17,5	0	0	0
- Appendix	12	33,3	0	16,6	0
- Dickdarm	57	23,2	16,1	11,5	3,2
Hernie	69	13,3	14,8	0	0
Struma	15	0	13,3	0	0
Mamma	25	0	20,0	0	0
Haut	24	0	8,3	0	0
Abszeß	8	20,0	0	0	0
Sonstiges	25	0	8,3	0	0
Gesamt	477	16,3	18,0	16,3	4,7
n		(19/116)	(65/361)	(19/116)	(17/361)

Tabelle 4: Letalität bei großen abdominalen Eingriffen im hohen Alter (n = 82)

Art der Eingriffe	Eingriffe (n)			Letalität (n)		
	akut	elektiv		akut	elektiv	gesamt
Cardiaresektion	1	0	1	0	0	0
Billroth I	20	2	18	1	2	3
Billroth II	6	4	2	3	0	3
Gastrektomie	5	0	5	0	1	1
Dünndarm- resektion	12	11	1	1	0	1
Colonresektion	23	10	13	5	1	6
Hartmann'sche Operation	7	6	1	3	0	3
Rektumresektion	6	0	6	0	0	0
Rektumamputation	2	0	2	0	0	0
Total						
n	82	33	49	13/33	4/49	17/82
%		40,2	59,8	39,3	8,2	20,7

Literatur:

1. Eigler F. W.: Grundsätzliches zur Indikation des operativen Eingriffs beim alten Menschen. In: Rehn J. (Hrsg.): Der alte Mensch in der Chirurgie, S. 30–35. Springer, Berlin–Heidelberg–New York 1979
2. Hauss J., H. Bunte, W. H. Hauss: Alterschirurgie. Chirurgie Gegenw. Bd. 1, 21, 1–18 (1978)
3. Junge-Hülsing G.: Alter, Altern und Krankheit. In: Braun L. (Hrsg.): Probleme der Alterschirurgie, S. 1–6, Symposium Bad Salzflun 1983. Thieme, Stuttgart–New York 1984
4. Kraas E., H. G. Beger, R. Schwermann, S. Athanasiadis: Das Operationsrisiko bei Abdominaleingriffen im Alter, in Abhängigkeit von der Operationsvorbereitung. In: Rehn J. (Hrsg.): Der alte Mensch in der Chirurgie, S. 8–11. Springer, Berlin–Heidelberg–New York 1979
5. Kraas E.: Alter als Risikofaktor – Analyse und Bewertung. Vortrag 10. Symposium „Aktuelle Chirurgie“ Berlin–Steglitz (persönliche Mitteilung) 1986
6. Nissen R.: Die Chirurgie des alternden Menschen. Indikationen und Kontraindikationen. Internist 3, 151–155 (1962)

ZOBODAT - www.zobodat.at

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Berichte der Naturwissenschaftlich-Medizinischen Vereinigung in Salzburg](#)

Jahr/Year: 1988

Band/Volume: [9](#)

Autor(en)/Author(s): Sungler P., Böckl O.

Artikel/Article: [Sind chirurgische Eingriffe auch im hohen Alter und bei Multimorbidität vertretbar und sinnvoll? 15-20](#)