



Informationsblatt für Patienten: „Fast-Track Surgery“ bei Eingriffen am Dickdarm

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine Operation am Dickdarm vorgesehen. Diese Eingriffe werden in unserer Klinik in den meisten Fällen nach dem Konzept der sog. „Fast-Track Surgery“ behandelt. Das Prinzip wird sowohl für klassisch offen chirurgische, als auch für minimal-invasive Eingriffe (Operationen über Bauchspiegelung) angewendet. Mit dieser Methode erreichen wir eine deutlich verminderte postoperative Komplikationsrate sowie eine kürzere Krankenhausverweildauer für unsere Patienten. Im Folgenden möchten wir Ihnen dieses Prinzip und den Behandlungsverlauf näher erläutern.

Fast-Track Surgery – was bedeutet das

Der Begriff stammt aus dem Englischen und bedeutet soviel wie Chirurgie des schnellen Weges oder der schnellen Spur. Das Behandlungskonzept wurde vor mehr als 15 Jahren von Prof. Kehlet am Hvidovre Krankenhaus in Kopenhagen entwickelt und ist mittlerweile durch diverse wissenschaftliche Untersuchungen belegt. In Deutschland hat sich insbesondere die Chirurgische Klinik der Charité in Berlin mit dieser Thematik intensiv beschäftigt. Ziel ist es, die allgemeinen Komplikationen (Lungenentzündung, Lungeninfarkt, Herzinfarkt, Nierenversagen etc.) bei Eingriffen am Dickdarm zu senken sowie die Liegezeiten im Krankenhaus nach derartigen Operationen zu verkürzen. Die Auswertung der aktuellen Studien zeigt, dass sich mit dem „Fast track Konzept“ die allgemeine Komplikationsrate nach Dickdarmin Eingriffen von ca. 14 – 34 % bei konventionellem Behandlungsmuster auf 0 – 10 % senken lässt und dass der Klinikaufenthalt von 14 - 17 Tagen auf nur noch 3 - 5 Tage verkürzt wird. Der Schlüssel zum Erfolg basiert auf mehreren Säulen. Entgegen der bisherigen chirurgischen Traditionen dürfen die Patienten noch bis 2 Stunden vor der Operation flüssige Nahrung zu sich nehmen. Auf eine spezielle Darmvorbereitung mit mehreren Litern Abführlösung wird verzichtet. Bei der Operation wird auf die Einlage von Drainagen und Katheter (Magensonde, Blasen Katheter) soweit möglich verzichtet. Bereits am Abend nach der Operation dürfen die Patienten wieder trinken und am Folgetag normale Kost essen. Ein wichtiger Kernpunkt des Konzeptes liegt in der Art der Schmerzbehandlung. Vom Anästhesisten erhalten die Patienten am Operationstag einen Periduralkatheter (Rückenmarkskatheter), über den während der nächsten 2 Tage kontinuierlich Schmerzmittel verabreicht werden. Derart behandelt, sind die Patienten nicht nur weitgehend schmerzfrei, sondern können auch uneingeschränkt sofort mobilisiert werden. Als weiterer erwünschter Effekt kommt die Darmtätigkeit schneller in Gang. Die Patienten haben zumeist am 1. – 2. Tag nach der Operation den ersten Stuhlgang.

In der Abteilung für Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie der Kreisklinik Ebersberg wird das Prinzip der „Fast Track Surgery“ seit Anfang 2005 mit großem Erfolg durchgeführt.

Unser Behandlungsregime (in Anlehnung an das Konzept der Charité):

Tag vor der Operation

- Stationäre Aufnahme.
- Allgemeine Operationsvorbereitung, sofern nicht bereits vorhanden (Blutuntersuchung, EKG, Röntgenaufnahme der Lunge, ggf. Ultraschalluntersuchung des Bauchraumes).
Die Ergebnisse der Darmspiegelung sowie der feingeweblichen Untersuchung liegen in der Regel bereits vor und müssen nicht wiederholt werden.
- Aufklärung über den geplanten operativen Eingriff sowie den weiteren Behandlungsverlauf.
- Aufklärung durch den Narkosearzt.
- Normale Nahrungsaufnahme bis Mittag.
- Gabe eines milden Abführmittels am Nachmittag (keine Darmspülung!).
- Flüssige Kost am Abend.

→ Fortsetzung nächste Seite

Der Operationstag:

- Einnahme von klaren Flüssigkeiten bis 2 Stunden vor der Operation erlaubt.
- Anlage eines Periduralkatheters (Rückenmarksnarkose) zur Schmerztherapie im OP durch den Anästhesisten. Der operative Eingriff wird in Kombination mit einer Allgemeinnarkose durchgeführt.
- Die Operation erfolgt sofern möglich in minimal-invasiver Technik oder als konventionelle Schnittoperation.
- Auf das Einlegen einer Magensonde wird verzichtet.
- Der Blasenkatheter wird unmittelbar nach der Operation entfernt.
- Auf die Einlage von Bauchdrainagen wird sofern möglich verzichtet.
- Am Abend Mobilisierung im Stuhl.
- Trinken von bis zu 1,5 Liter Wasser, oder Tee.
- Einnahme von 1 Joghurt.
- Intravenöse Flüssigkeitsgabe von 500 ml Ringerlösung.

1. Tag nach der Operation

- Kontinuierliche Schmerzbehandlung über den Periduralkatheter.
- Ergänzende Schmerztherapie mit Ibuprofen 400 mg, bei Bedarf in Kombination mit Novalgin 1 gr.
- Einnahme von Krankenhausbasiskost.
- Mindestens 1,5 Liter Flüssigkeit trinken.
- 2 mal über die Station laufen.
- Mindestens 8 Stunden/Tag im Stuhl sitzen.

2. Tag nach der Operation

- Kontinuierliche Schmerzbehandlung über den Periduralkatheter.
- Ergänzende Schmerztherapie mit Ibuprofen 400 mg, bei Bedarf in Kombination mit Novalgin 1 gr.
- Einnahme von Krankenhausbasiskost.
- Mindestens 1,5 Liter Flüssigkeit trinken.
- Volle Mobilisierung auf Stationsebene, Treppensteigen.

Ab dem 3. Tag nach der Operation

- Entfernung des Periduralkatheters am 3. postoperativen Tag.
- Ergänzende Schmerztherapie mit Ibuprofen 400 mg, bei Bedarf in Kombination mit Novalgin 1 gr.
- Einnahme von Krankenhausbasiskost.
- Mindestens 1,5 Liter Flüssigkeit trinken.
- Volle Mobilisierung auf Stationsebene, Treppensteigen.
- Ernährungsberatung.
- Sozialdienst, falls erforderlich.
- Besprechung des histologische Ergebnisses. Bei bösartigen Erkrankungen ggf. Einleiten weiterer adjuvanter Therapieverfahren und Kontaktaufnahme mit unseren Onkologen.

Die Entlassung:

Bei gutem Wohlbefinden und unauffälligem postoperativem Verlauf ist die Entlassung aus der stationären Behandlung **ab dem 5. Tag** nach der Operation möglich.

Wir wünschen Ihnen eine rasche Genesung und hoffen, Ihnen mit diesem Merkblatt die wichtigsten Informationen gegeben zu haben. Für weitere Fragen stehen Ihnen unser Team sowie Ihr behandelnder Arzt jederzeit gerne zur Verfügung

Dr. med. Peter Kreissl
Chefarzt der Abteilung für Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie

30.01.2012