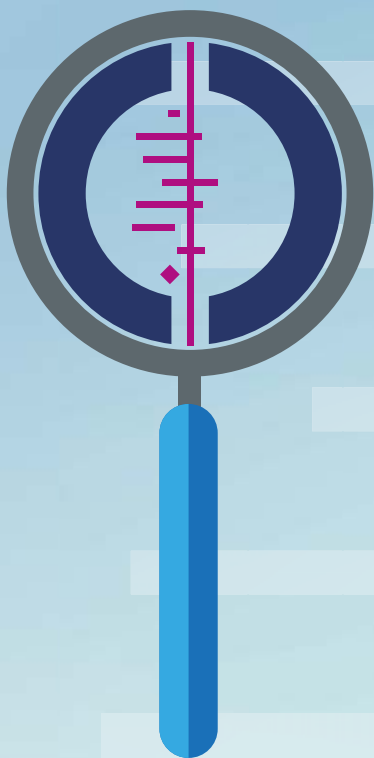


Weniger Komplikationen durch frühe Nahrungsaufnahme?

Cochrane Reviews. Dieser Review untersucht, welche Risiken und welchen Nutzen eine frühe Nahrungsaufnahme nach einer abdominalen gynäkologischen Operation hat, verglichen mit einer späten Nahrungsaufnahme frühestens 24 Stunden nach der Operation. Das Fazit: Das frühe Essen und Trinken stellt bei dieser Patientengruppe eine sichere Verfahrensweise dar.



Ärzte verzögern oft die Gabe von Nahrung und Getränken bei Frauen nach einer abdominalen gynäkologischen Operation (Uterusmyome, Endometriose, Eierstockzysten oder Gebärmutter- oder Eierstockkrebs) bis zum Wiedereinsetzen der Darmfunktion (typischerweise 24 Stunden nach der Operation). Dies soll dazu dienen, das Risiko von Komplikationen wie Erbrechen, Magen-Darm-Durchbrüchen, ein Aufreißen der Wunde oder Leckagen zu verringern. Allerdings gibt es Hinweise, dass einige Frauen sich schneller von der Operation erholen, wenn sie früher mit der Nahrungsaufnahme beginnen. In diesem Review wurde die Evidenz aus randomisierten-kontrollierten Studien zur frühen gegenüber der späten Nahrungsaufnahme nach abdominalen gynäkologischen Operationen begutachtet.

Studienmerkmale: Es wurde die Evidenz zu folgenden Endpunkten bewertet:

- (Rate von) Übelkeit, Erbrechen, krampfartigen Bauchschmerzen, Blähungen, aufgetriebenem Bauchumfang, Wundkomplikationen, tiefer Beinvenenthrombose, Harnwegsinfektion, Lungenentzündung (Pneumonie),
- Zeit bis zum erstmaligen Auftreten von Darmgeräuschen, Darm-

gasen oder Stuhlgang sowie Beginn der üblichen Ernährung, Dauer des Krankenhausaufenthalts.

Eine frühe Nahrungsaufnahme war definiert als die Aufnahme von Getränken oder Speisen innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Operation. Als späte Nahrungsaufnahme galt, wenn die Aufnahme von Getränken oder Speisen erst 24 Stunden nach der Operation oder später und nur dann, wenn bereits Darmgeräusche, Darmgase oder Stuhlgang und ein Gefühl von Hunger zu verzeichnen waren, erfolgen sollte. Die Evidenz ist auf dem Stand von April 2014.

Hauptergebnisse: Es wurden fünf veröffentlichte Studien mit insgesamt 631 Frauen eingeschlossen, die meisten Studienteilnehmerinnen litten an einer gynäkologischen Krebserkrankung.

Die Darmtätigkeit erholte sich bei Frauen mit früher Nahrungsaufnahme rascher als bei den Frauen in der Vergleichsgruppe. Keine Unterschiede waren in der Rate von Übelkeit oder Erbrechen, geblähtem Bauch oder postoperativer Notwendigkeit für eine Magensonde (über die Nase eingeführt) sowie hinsichtlich der Zeit bis zum erstmaligen Auftreten von Darmbewegungen zu verzeichnen. Jedoch war die frühe

Nahrungsgabe mit einer kürzeren Zeitdauer bis zum Auftreten von Darmgeräuschen und Darmgasen verbunden. Die Frauen in der Gruppe mit früher Nahrungsaufnahme nahmen im Mittel 1,5 Tage eher als die Frauen in der Gruppe mit verzögerter Nahrungsaufnahme wieder feste Nahrung zu sich, und ihr Krankenhausaufenthalt war im Durchschnitt ein Tag kürzer. Darüber hinaus zeigten die Frauen mit früher Nahrungsaufnahme eine größere Zufriedenheit mit ihrer Ernährung, allerdings stammen diese Ergebnisse nur aus einer Studie.

Die frühe Nahrungsaufnahme zeigte sich als ein sicheres Verfahren, ohne erhöhte Rate postoperativer Komplikationen und mit insgesamt weniger infektionsbedingten Komplikationen behaftet.

Qualität der Evidenz: Die Mehrheit der eingeschlossenen Studien war von moderater Qualität. Die hauptsächliche Limitation lag in der fehlenden Verblindung, was die Ergebnisse bezogen auf subjektive Endpunkte wie selbstberichtete Symptome oder Aufenthaltsdauer im Krankenhaus, Patientenzufriedenheit und Lebensqualität beeinflusst haben könnte.

Schlussfolgerungen: Die wissenschaftliche Evidenz legt nahe, dass das Essen und Trinken am ersten Tag nach einer gynäkologischen abdominalen Operation eine sichere Verfahrensweise darstellt und die Dauer des Krankenhausaufenthalts senken könnte.

Quelle: Charoenkwan K, Matovinovic E. Early versus delayed oral fluids and food for reducing complications after major abdominal gynaecologic surgery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12. Art. No.: CD004508

Übersetzung: Prof. Dr. Katrin Balzer

Kommentar: Abschied von überkommenen Traditionen

Obwohl Entscheidungen über den Beginn der postoperativen Nahrungsaufnahme in den ärztlichen Verantwortungsbereich fallen, ist das Thema auch für Pflegende relevant. Denn in der Regel sind sie es, die von den Patientinnen und Patienten gefragt werden, wann sie wieder essen und trinken können und warum sie mit der Nahrungsaufnahme warten sollen.

Früher, das heißt in der Vor-Leitlinien-Ära, dominierte in der Praxis ein verzögerter oraler postoperativer Kostenaufbau, wenngleich bereits in einem Lehrbuch von 2001 die Empfehlung zu finden ist: „Die Ernährung soll wenn immer möglich peroral oder enteral erfolgen, sie soll so früh wie möglich begonnen werden“ (Mettler & Stocker 2001, S. 211). Als Begründung genügte es den Autoren jedoch, auf „Ultraschalluntersuchungen“ zu verweisen, denen zufolge fehlende Darmgeräusche „keinen Beweis“ für fehlende Darmbewegungen darstellten. Inwieweit diese Befunde Resultate von Studien waren, ist offen – es wurden keine Quellen zitiert.

Seither sind sowohl der Forschungsstand zum Thema als auch die Transparenz und die Nachvollziehbarkeit entsprechender Erkenntnisse fortgeschritten. Ein Beispiel hierfür ist das Cochrane Review von Charoenkwan und Matovinovic (2014). Die Autoren untersuchten die Frage, welche Auswirkungen eine frühe Nahrungsaufnahme, hier verstanden als orale Ernährung innerhalb der ersten 24 postoperativen Stunden, auf den postoperativen Verlauf und das Komplikationsrisiko nach großen abdominalen gynäkologischen Eingriffen hat. Eingeschlossen wa-

ren ausschließlich randomisiert-kontrollierte Studien (RCT), in denen die Effekte eines frühen mit denen eines späteren Nahrungsangebots verglichen worden waren.

Ähnlich wie Reviews zum postoperativen Kostenaufbau nach anderen bauchchirurgischen Eingriffen (z. B. Willcutts et al. 2016) verweist die Übersichtsarbeit in der Gesamtheit ihrer Ergebnisse darauf, dass ein frühes orales Nahrungsangebot nicht mit einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden ist und die Dauer des Krankenhausaufenthalts reduzieren kann.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist jedoch Vorsicht geboten. Maximal vier RCT konnten pro Zielgröße eingeschlossen werden, und die Stichprobenumfänge sind mit 100 bis 200 Patientinnen pro RCT eher gering. Das hat zur Folge, dass die Ergebnisse für patientenrelevante Zielgrößen wie Ileus oder Übelkeit und Erbrechen gewissen statistischen Unsicherheiten unterliegen. Um den Nachweis zu erbringen, dass ein neues Verfahren nicht mit einem höheren Risiko verbunden ist als bisher eingesetzte Verfahren, diesen also nicht unterlegen ist, sind in der Regel größere Stichprobenumfänge erforderlich als für den Nachweis einer Überlegenheit. Die relativ geringen Stichprobenumfänge der eingeschlossenen RCT legen nahe, dass diese nicht nach den strengeren statistischen Kriterien für Nicht-Unterlegenheits-Studien geplant wurden, ein vergleichsweise großes „statistisches Rauschen“ ist die Konsequenz. Obwohl die Ergebnisse über die verschiedenen RCT hinweg keine erhöhten Schadensrisiken durch eine frühe ora-

Evidenz: Der Begriff „Evidenz“ im Kontext der Evidenzbasierten Pflege leitet sich vom englischen Wort „evidence“ (= Nachweis/Beweis) ab und bezieht sich auf die besten verfügbaren Forschungsergebnisse.

Randomisierte kontrollierte Studie (RCT): Eine experimentelle Studie mit (mindestens) zwei Untersuchungsgruppen: einer Interventionsgruppe und einer Kontrollgruppe, um das Auftreten von festgelegten Ergebnisparametern (sogenannten Endpunkten) vergleichen zu können. Damit sich die Untersuchungsgruppen in ihren Merkmalen ähnlich sind, werden die Teilnehmer/innen mittels eines Zufallsverfahrens (Randomisierung) der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugeordnet.

Verblindung: Geheimhaltung der Gruppenzuordnung (Therapie oder Kontrolle) vor Patienten, Studienärzten, Pflegepersonal oder Auswertern, die an einer Studie teilnehmen. Damit soll verhindert werden, dass durch das Wissen um die Gruppenzugehörigkeit die Therapieantwort der Patienten, das Verhalten der Ärzte oder die Bewertung der Ergebnisse beeinflusst wird.

Quelle: modifiziert nach <http://www.cochrane.de/de/cochrane-glossar>

le Ernährung zeigen, lässt sich statistisch nicht ausreichend sicher sagen, dass Gleiches auch bei einer Wiederholung zu erwarten ist.

Als eine weitere Limitation ist zu bedenken, dass in nur einer Studie die Daten zu den patientenrelevanten Zielgrößen verblindet erhoben wurden. Für die anderen Studien haben Charoenkwan und Matovinovic das Risiko von Verzerrungen der Ergebnisdatenerhebung durch eine fehlende Verblindung als unklar eingestuft. Auch diese Limitation schränkt die Möglichkeit verallgemeinernder Schlussfolgerungen ein.

Trotz des Bedarfs an weiteren, größeren RCT mit geringen Verzerrungsrisiken ist zu konstatieren, dass die Übersichtsarbeit von Charoenkwan und Matovinovic in der Tendenz die Aussagen aktueller evidenzbasierter Leitlinien für die postoperative Ernährung stützt. Diese besagen, verkürzt zusammengefasst, dass die orale Ernährung, zunächst mit Getränken und flüssigen Speisen, zügig erfolgen kann, wenn keine klinischen Befunde dagegensprechen (Weimann et al. 2013, Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe 2015). Obwohl einfach zugänglich, sind diese Empfehlungen jedoch längst noch nicht durchgängig gelebte Praxis (Breuer et al. 2013). Zusammen mit den Leitlinien gibt das vorliegende Review allen Beteiligten, darunter auch Pflegenden und Patientinnen, nachvollziehbare Argumente an die Hand, örtlich noch bestehende tradierte postoperative Ernährungsregimes kritisch zu hinterfragen.

Breuer JP, Langelotz C, Paquet P et al. Perioperative Ernährung aus Sicht von Chirurgen – eine deutschlandweite Online-Umfrage. *Zentralbl Chir.* 2013; 138 (6): 622–629

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Leitlinienprogramm: Indikation und Methodik der Hysterektomie bei benignen Erkrankungen. AWMF-Registriernummer 015/070, Leitlinienklasse S3, Stand April 2015, Version 1.1

Mettler R & Stocker R. Postoperative Infusionstherapie und Alim-entation. In: Bruch H-P, Trentz O. *Chirurgie. Begründet von R. Berchtold, H. Hamelmann und H.-J. Peiper. Weitergeführt und neu bearbeitet von Hans-Peter Bruch und Otmar Trentz.* 4., überarb. u. erw. Aufl. Urban & Fischer, München – Jena, 2001, S. 209–212

Weimann A, Breitenstein S, Breuer JP, Gabor SE et al.; DGEM Steering Committee. Klinische Ernährung in der Chirurgie. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE, der DGCH, der DGAP und der DGAV. *Chirurg.* 2014; 85 (4): 320–326

Willcutts KF, Chung MC, Erenberg CL et al. Early oral feeding as compared with traditional Timing of oral feeding after upper gastrointestinal surgery: A systematic review and meta-analysis. *Ann Surg.* 2016; 264 (1): 54–63

Sie finden diesen Review auch online unter <http://onlinelibrary.wiley.com>. Geben Sie unter Suche einfach die DOI ein: 10.1002/14651858.CD004508.pub4



Prof. Dr. Katrin Balzer arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie an der Universität zu Lübeck.
Mail: katrin.balzer@uksh.de