

01.06.2018 Kinderchirurgie

# Muss eine Blinddarmentzündung bei Kindern noch operiert werden?

*B. Tillig*



Bereits vor ca. drei Jahren wurde in der Fachliteratur eine wissenschaftliche Pilot-Studie veröffentlicht, die zeigte, dass es offensichtlich möglich ist, bei Kindern die Blinddarmentzündung (Appendizitis) ohne Operation und nur mithilfe von Antibiotika sicher zu behandeln [1]. Diese Untersuchungen wurden an dem renommierten Astrid Lindgreen Kinder-Hospital der Karolinska Universität in der schwedischen Hauptstadt, Stockholm, durchgeführt. Damit wurde das lang bestehende Paradigma erschüttert, dass ein akut entzündeter Blinddarm unverzüglich und dringend mit einer Operation entfernt werden muss.

Natürlich haben diese und inzwischen weitere internationale Studien, in denen die operative Behandlung mit der nicht operativen Antibiotikabehandlung der akuten Appendizitis verglichen wurde, in medizinischen Kreisen viel Diskussion hervorgerufen. Die Ergebnisse dieser Studien scheinen allerdings bisher wenig Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit hervorgerufen zu haben. Aktuell werden Komplikationen in der Behandlung der akuten Appendizitis von der Öffentlichkeit und vor allem auch von juristischer Seite noch vorwiegend allein auf eine zu späte Operation zurückgeführt, was allerdings meist wissenschaftlich widerlegt werden kann. Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie sind Information und Aufklärung der Öffentlichkeit über den aktuellen Erkenntnisstand zur Behandlung der akuten Blinddarmentzündung und ganz besonders der oft unklaren und dabei sehr raschen Verläufe dieser Erkrankung bei Kindern erforderlich, um die Vertrauensbasis zwischen Chirurgen und Patienten bzw. deren Eltern und Angehörigen nicht zu gefährden.

Die antibiotische Behandlung der akuten Appendizitis ist nicht neu. Sie gehört seit langem vor und nach der Operation zum üblichen Vorgehen. In den Fällen mit einer sogenannten komplizierten, das heißt perforierten Appendizitis, bei denen der Blinddarm bereits geplatzt (perforiert) ist, die Entzündung auf den Bauchraum übergegriffen und sich ein Abszess gebildet hat, ist die primäre und alleinige Antibiotikatherapie eine bereits etablierte Behandlungsoption.

In mehreren internationalen Studien wurden nun die Ergebnisse der operativen mit denen nach konservativer Behandlung der akuten Appendizitis wissenschaftlich verglichen. Nach konservativem Vorgehen nur mit Antibiotika bei unkomplizierter Appendizitis (nicht perforiert) wurde eine Misserfolgsrate von bis zu 40 Prozent ermittelt, wobei in bis zu 30 Prozent der Fälle in der Folgezeit wieder eine Blinddarmentzündung auftrat (Rezidiv). Bei der

konservativen Antibiotikabehandlung der komplizierten Appendizitis (perforiert mit Abszess) wurden eine Misserfolgsquote von bis zu 20 Prozent und eine Rezidivrate von über 30 Prozent festgestellt. Im akuten Stadium traten bei der konservativen Behandlung weniger Komplikationen als nach der primär operativen Behandlung auf [2-6].

Diese aktuellen Studien zeigten aber vor allem auch, dass der Ultraschalluntersuchung vor allem bei Kindern neben der klinischen Untersuchung der größte diagnostische Wert zukommt. Nach aktuellen Studien ist es möglich, den Wurmfortsatz mit einer professionellen Ultraschalluntersuchung eindeutig darzustellen und die Diagnose einer akuten Appendizitis mit einer Wahrscheinlichkeit von ca. 90 Prozent sicher zu stellen bzw. mit ca. 95-prozentiger Sicherheit auszuschließen [7]. Die professionelle Ultraschalluntersuchung ist damit die wichtigste Voraussetzung für eine sichere Diagnosestellung und unbedingt erforderlich, um die Behandlungsstrategie festlegen zu können.

Es konnte also gezeigt werden, dass auch bei Kindern die akute Appendizitis ohne Operation und vor allem bei der komplizierten Appendizitis nur oder zumindest initial mit Antibiotika behandelt werden kann. Allerdings spielt die Operation nach wie vor eine zentrale Rolle, sowohl als primäre, unmittelbar wirksame Therapieoption mit besten Langzeitergebnissen, als auch sekundär bei Versagen der konservativen Behandlung oder als sogenannten Intervallappendektomie [8] nach erfolgreicher Antibiotikatherapie, um das Wiederauftreten einer Blinddarmentzündung zu vermeiden.

## Literatur

[1.] Svensson et al. Nonoperative Treatment With Antibiotics Versus Surgery for Acute Nonperforated Appendicitis in Children – A Pilot Randomized Controlled Trial. *Ann Surg* 2015; 261:67-71.

[2.] Steiner et al. [A role for conservative antibiotic treatment in early appendicitis in children](#). *J Pediatr Surg* 2015; 50:1566-1568.

[3.] Hartwich et al. Nonoperative treatment: feasibility. *J Pediatr Surg* 2016; 51:111-116.

[4.] Caruso et al. Acute appendicitis in children: not only surgical treatment. *J Pediatr Surg* 2017; 52:444-448.

[5.] Tanaka et al. [Long-term outcomes of operative versus nonoperative treatment for uncomplicated appendicitis](#). *J Pediatr Surg* 2015; 50:1893-1897.

[6.] Talishinskiy et al. Factors associated with failure of nonop. Treatment. *J Pediatr Surg* 2016; 51:1174-1176.

[7.] Cundy et al. [Benchmarking the value of ultrasound for acute appendicitis in children](#). *J Pediatr Surg* 2016; 51:1939-1943.

[8.] Tanaka et al. Is interval appendectomy necessary? *J Pediatr Surg* 2016; 51:1957-1961.

*Tillig B. Muss eine Blinddarmentzündung bei Kindern noch operiert werden? Passion Chirurgie. 2018 Januar, 8(06): Artikel 03\_02.*

## Autor des Artikels



### **Prof. Dr. med. Bernd Tillig**

Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für  
Kinderchirurgie

Chefarzt und Direktor der Klinik für Kinderchirurgie,  
Neugeborenenchirurgie und Kinderurologie

Ärztlicher Leiter des Vivantes MVZ Prenzlauer Berg Vivantes  
Klinikum Neukölln

Rudower Straße 48

12351 Berlin

[> kontaktieren](#)