

## Pressemitteilung

### Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

#### Medizin - Kommunikation

14.03.2013

<http://idw-online.de/de/news523704>

Forschungs- / Wissenstransfer  
Medizin  
überregional



## DGKCH: Blinddarm entfernen oft unnötig – Blinddarmentzündung bei Kindern richtig behandeln

**Berlin – Etwa 28 000 Kinder bis zum Alter von 15 Jahren müssen hierzulande jedes Jahr wegen einer Blinddarmentzündung ins Krankenhaus. Doch obwohl die Entfernung des Blinddarms der häufigste Baucheingriff bei Zwei- bis Fünfzehnjährigen ist, besteht nach wie vor Unsicherheit über die optimale Behandlung. Zur Frage, wann der Operateur abwarten und wann er umgehend operieren sollte, sprechen Experten der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) auf der Basis von aktuellen Studien nun klare Empfehlungen aus.**

Die DGKCH weist zudem darauf hin, dass der Bauchschnitt bei diesem Eingriff beim Kind nicht mehr Standard ist. Denn die Schlüsselloch-Operation eigne sich hier besser und sei deshalb das Verfahren der Wahl.

Jedes Kind hat irgendwann einmal Bauchschmerzen. Meist sind Blähungen, Verstopfungen, eine Darminfektion oder verdorbene Lebensmittel die Ursache. Auch Kummer, Angst oder Aufregung lösen bei manchen Kindern Bauchweh aus. Manchmal steckt hinter den Beschwerden aber auch eine ernsthafte Erkrankung wie beispielsweise eine Blinddarmentzündung. Dann schwillt der entzündete Darmabschnitt an und kann schlimmstenfalls innerhalb weniger Stunden platzen.

Kinder sind besonders gefährdet, an der sogenannten Appendizitis zu erkranken. „Andererseits ist die Diagnose bei Kindern klinisch nicht einfach zu stellen, weil sie ihre Beschwerden nicht genau beschreiben können. Auch sind die Symptome sehr unterschiedlich“, erläutert Professor Dr. med. Jörg Fuchs, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) und Chefarzt der Kinderchirurgie am Universitätsklinikum Tübingen. Dies kann dazu führen, dass entweder der Blinddarm unnötigerweise entfernt wird, oder es zu einem Durchbruch kommt. Wie aktuelle Veröffentlichungen nun zeigen, entscheiden Ärzte richtig, wenn sie den Patienten nicht nur klinisch sondern auch mittels Ultraschall untersuchen. „Mit hochauflösenden Ultraschallgeräten können sogar leichte Schwellungen des zwei bis sechs Millimeter dünnen Wurmfortsatzes gesehen werden“, so Kinderchirurg PD Dr. med. Philipp Szavay, Sprecher der DGKCH und Mitautor der Untersuchungen. „Mit diesem schmerzfreien, schnellen und kostengünstigen Verfahren erreichen erfahrene Untersucher bei normalgewichtigen Kindern eine hohe Treffsicherheit“, sagt der Experte. Bestehen nach der Sonografie jedoch nach wie vor Zweifel, ob der Blinddarm entzündet ist, sollte der Kinderchirurg eher operieren. „Abwarten ist bei Heranwachsenden nicht besser, auch wenn das in der Erwachsenenmedizin nun immer häufiger praktiziert wird“, sagt PD Dr. Szavay, Chefarzt der Kinderchirurgie am Kantonsspital Luzern. Dafür gebe es nach heutigem Stand keine ausreichende wissenschaftliche Beweislage. Denn der Blinddarm könne dann durchbrechen. Dann drohten Komplikationen wie eine Bauchhöhlenvereiterung. Dagegen sei das Risiko des Routineeingriffs wesentlich geringer.

Und auch bei der Art des Eingriffs setzen Kinderchirurgen Standards: Eine aktuelle Umfrage der Arbeitsgemeinschaft Minimalinvasive Chirurgie der DGKCH an 98 kinderchirurgischen Kliniken zeigt, dass über 70 Prozent der Kliniken den

entzündeten Blinddarm minimalinvasiv operieren. Dabei entfernt der Chirurg den entzündeten Wurmfortsatz des Darmes mit stabförmigen Instrumenten entweder über drei winzige Schnitte in die Bauchdecke oder über einen einzigen Zugang über den Bauchnabel – anstatt den Bauch wie bisher mit einem größeren Schnitt zu eröffnen. „Die Vorteile der minimalinvasiven Chirurgie sind bei diesem Eingriff eindeutig belegt“, stellt Szavay klar. Denn nach einer solchen „Schlüsselloch-Operation“ des Blinddarms leiden Kinder weniger unter Schmerzen, die Wunde entzündet sich seltener, Narben sind kaum sichtbar und die kleinen Patienten können schneller wieder nach Hause. Deshalb stelle sich heute auch kaum noch die Frage, ob klassisch oder mit minimalinvasivem Zugang operiert werde, sondern eher, ob minimalinvasiv mit drei Schnitten oder nur noch mit einem, so der Experte.

#### Quellen:

Dingemann, Jens; Metzelder, Martin; Szavay, Philipp: „Current Status of Laparoscopic Appendectomy in Children: A Nation Wide Survey in Germany“ Eur J Pediatr Surg March 2013 DOI 10.1055/s-0032-1333121

Szavay, Philipp: „Appendizitis - Neues und Bewährtes in Diagnostik, Therapie und Chirurgie“ Monatsschr Kinderheilkd 2013 DOI 10.1007/s00112-012-2758-6

Iqbal, Corey; Ostlie, Daniel: „The Minimally Invasive Approach to Appendectomy: Is Less Better?“ Eur J Pediatr Surg 2012 DOI 10.1055/s-0032-1320015

#### Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie

Gegründet im Jahr 1963 schafft die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) bis heute Grundlagen für eine bestmögliche kinderchirurgische Versorgung in Deutschland. Dazu gehören Neugeborenenchirurgie, allgemeine Kinderchirurgie und Kindertraumatologie ebenso wie Kinderurologie. Die DGKCH vertritt das Fach in allen wissenschaftlichen, fachlichen und beruflichen Belangen. Derzeit praktizieren hierzulande Fachärzte für Kinderchirurgie in mehr als 80 kinderchirurgischen Kliniken und Abteilungen sowie als Niedergelassene. Kinderchirurgie gehört in die Hände von Kinderchirurgen. Denn ihre Patienten sind keine kleinen Erwachsenen.

#### Kontakt für Journalisten:

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)

Pressestelle

Anna Voormann, Dr. Adelheid Liebendörfer

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-552/-173

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: [liebendoerfer@medizinkommunikation.org](mailto:liebendoerfer@medizinkommunikation.org)