Triage Abdominalschmerzen

Triage auf der INOS des BSS:

Die Triage erfolgt nach dem Emergency Security Index, kurz ESI (Harvard)
Einteilung in 5 Stufen:

1	- Lebensbedrohend	-	Blick
2	- Risikopatient, verwirrt, lethargisch	-	„Gespür“
3	- Starke Schmerzen, Vitalzeichen nicht in Gefahrenzone	-	VAS > 8
4	- Eine Ressource		
5	- Keine Ressourcen		

Auf die ANOS werden in der Regel Patienten der Stufe IV und V zugeteilt. Bei akuten Bauchschmerzen mit VAS > 3 Zuteilung auf die INOS.

Telefontriage durch die MPA:

Fehleinschätzungen kein seltenes Phänomen
Die Dringlichkeit des Patientenanliegens wird oft unterschätzt *(Huibers et al., 2011)*
Häufig werden nicht alle relevanten Fragen gestellt *(Derkx et al.,2008)*
Mögliche Hilfe: -> Leitfaden Telefon-Triage in der Grundversorgung ab Herbst 2013 auf www.patientensicherheit.ch

Appendizitis:

- Infektparameter zeigen eine tiefe Sensitivität und Spezifität, CRP aussagekräftiger als Leukozyten
- CRP > 100 bei Patienten über 60 -> hohe Wahrscheinlichkeit für Perforation
- Rectal-digitale-Untersuchung -> Sensitivität, Spezifität und prädiktiver Wert tief-> verzichtbar
- Temperatur, axillär, rectal und rectal-axilläre Differenz alleine genommen nicht aussagekräftig
- Zuerst Erbrechen, dann Bauchschmerzen -> Wahrscheinlichkeit für App bei 0,06%
- Sonographie: kann App bestätigen aber nicht ausschliessen, hilfreich aber untersucherabhängig, v.a. bei Kindern und jungen Frauen empfohlen -> Reduktion blande Appendektomien
- CT bei älteren Patienten, mit Kontrast zum Erfassen ev. anderer Pathologien, Cave Niereninsuff. , **Empfehlung:** Kreat immer mit Infektparametern mitbestimmen

Sigmadivertikulitis:

Diagnostisch wegweisend sind Klinik und CRP
Empfehlung: Diagnose bildgebend sichern, Goldstandard ist die CT!
Kolonoskopie im Akutfall nur bei Blutung, sonst frühelektiv (6 Wochen), Ausschluss von DD
Paradigmawechsel: elektive Sigmaresektion nach erstem komplizierten Schub, resp. zweitem unkomplizierten Schub gilt nicht mehr
Risiko für Perforation sinkt mir zunehmender Anzahl Entzündungsschübe
Risiko für Rezidive: Länge des betroffenen Segmentes (>5cm), pos. Familienanamnese, retroperitoneale Abszesse

Adhäsionen/Adhäsiolyse bei chron. Abdominalschmerzen:

Kontrovers diskutiertes Thema in der Literatur
Laparoskopie mit lap. Adhäsiolyse zeigt keinen Vorteil gegenüber alleiniger diagnostischer Laparoskopie *(Yunker A et al; Obstet Gynecol Surv. 2012)*
Mehrheit der Chirurgen ist zurückhaltend bez. lap. Adhäsiolyse
Sorgfältige, ev. interdisziplinäre Beurteilung

Grundsätzlich:

Opiate können Befunde verändern, führen aber nicht zu einer Zunahme inkorrekter Managemententscheide *(Manterola C et al., Cochrane Database Syst Rev. 2011)*

Kinder und alte Menschen:
Auch beim Fehlen eines eindeutigen akuten Abdomens -> Vorsicht => Verlaufsuntersuchung sicherstellen oder Zweitmeinung einholen

Sept. 2013, Dr. med. Martin Leimgruber, Chirurgiezentrum Solothurn, Zuchwilerstrasse 43, 4500 Solothurn, 032 625 38 38