

MITTELPUNKT

PATIENTENZEITSCHRIFT DER KLINIK HIRSLANDEN UND DER KLINIK IM PARK, ZÜRICH



DEGENERATIVE SKOLIOSE

FRÜHERKENNUNG UND FUNKTIONSERHALTENDE BEHANDLUNG
VON TUMOREN DES KOPF-HALS-BEREICHS

MÖGLICHKEITEN DER MINIMAL-INVASIVEN THERAPIE BEI
GEBÄRMUTTERKREBS

BAUCHSCHMERZEN - WAS TUN?



KLINIK IM PARK



KLINIK HIRSLANDEN



DOMINIQUE JÄGGI

Direktorin Klinik Im Park



MARCO GUGOLZ

Direktor Klinik Hirslanden

INHALT

- 3 DEGENERATIVE SKOLIOSE**
- 5 INTERVIEW MIT PROF. DR. MED. KAN MIN**
- 6 FRÜHERKENNUNG UND FUNKTIONSERHALTENDE BEHANDLUNG VON TUMOREN DES KOPF-HALS-BEREICHS**
- 8 NEUIGKEITEN AUS DER KLINIK HIRSLANDEN**
- 10 NEUIGKEITEN AUS DER KLINIK IM PARK**
- 12 MÖGLICHKEITEN DER MINIMAL-INVASIVEN THERAPIE BEI GEBÄRMUTTERKREBS**
- 14 BAUCHSCHMERZEN - WAS TUN?**
- 16 HIRSLANDEN HEALTHLINE UND VERANSTALTUNGEN**

IMPRESSUM

MITTELPUNKT 2/2021

Eine Publikation der Klinik Hirslanden und der Klinik Im Park

Der MITTELPUNKT erscheint dreimal jährlich und steht interessierten Kreisen kostenlos zur Verfügung. Weitere Exemplare sind über die Kliniken zu beziehen und als PDF-Datei auf unseren Webseiten in der Rubrik «Über unsere Klinik» unter «Formulare & Broschüren» abrufbar. Die Verantwortung für den Inhalt der Artikel liegt beim jeweiligen Autor.

© Nachdruck, Vervielfältigung und jedwede Reproduktion des Inhalts (ganz oder teilweise) nur mit Quellenangabe und schriftlicher Erlaubnis der Kliniken Hirslanden und Im Park gestattet.

PROJEKTLEITUNG Susann Leonhardt
REDAKTION Widmer Kohler AG, Zürich
REALISATION bc medien ag, Münchenstein
ILLUSTRATIONEN Janine Heers, Zürich
AUFLAGE 112 000 Exemplare
DRUCK Kromer Print AG

KLINIK HIRSLANDEN
 Witellikerstrasse 40, 8032 Zürich
 T +41 44 387 21 11
 klinik-hirslanden@hirslanden.ch, www.klinikhirslanden.ch

KLINIK IM PARK
 Seestrasse 220, 8027 Zürich
 T +41 44 209 21 11
 klinik-impark@hirslanden.ch, www.klinikimpark.ch

KLINIKEN DER PRIVATKLINIKGRUPPE HIRSLANDEN

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser

Als im vergangenen Mai im Dach des Südtrakts der Klinik Hirslanden ein Feuer ausbrach, konnten – noch bevor die Feuerwehr eintraf – alle Patientinnen und Patienten in den darunterliegenden Zimmern evakuiert werden. Zu Schaden kam niemand. Möglich war das, weil alle unsere Mitarbeitenden auf einen solchen Ernstfall vorbereitet sind. Sie haben in regelmässigen Schulungen und praktischen Übungen die Handlungen verinnerlicht, die ein detailliertes Notfallkonzept für alle denkbaren Krisenszenarien vorsieht. Dazu zählen etwa auch ein Stromausfall oder externe Ereignisse wie ein grosser Verkehrsunfall mit vielen Verletzten. Dieses Notfallkonzept ist Teil einer umfassenden Sicherheitskultur, die wir an unseren Kliniken leben und systematisch weiterentwickeln. Zu diesem Zweck haben wir verschiedene Gremien etabliert, die sich abteilungsübergreifend mit Sicherheitsthemen befassen. Dazu kommt ein systematisches Risikomanagement, um Gefahren aller Art frühzeitig zu erkennen und durch geeignete Vorkehrungen zu eliminieren oder zumindest kontrollierbar zu machen.

Ein wichtiger Teil dieses Risikomanagements ist auch die Patientensicherheit. Darunter versteht man alle Massnahmen, die sicherstellen, dass medizinische Behandlungen ohne vermeidbare Schäden oder Fehler durchgeführt werden. Um Fehlleistungen auszuschliessen, setzen wir ähnlich wie in der Fliegerei eine Vielzahl von Kontrollinstrumenten ein. Dazu gehören unter anderem Checklisten, das Vier-Augen-Prinzip oder das Patientenidentifikationsarmband. Die korrekte Anwendung der Kontrollinstrumente wird regelmässig überprüft. Ein wichtiges Instrument ist ausserdem ein spezielles Berichtssystem, mit dem klinikweit alle sicherheitskritischen Ereignisse und Beinahe-Zwischenfälle gemeldet werden können. Diese Meldungen werten wir aus, um daraus Ansatzpunkte zur Verbesserung und Erweiterung unserer Sicherheitsmassnahmen zu gewinnen.

Das Wohlergehen unserer Patientinnen und Patienten ist unser oberstes Ziel. Neben der Gewährleistung ihrer Sicherheit erfordert dies ein medizinisches Angebot, das für jeden Krankheitsfall die bestmögliche Behandlung umfasst. Was das konkret bedeutet, zeigen die nachstehenden Beiträge.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

DOMINIQUE JÄGGI

Direktorin Klinik Im Park

MARCO GUGOLZ

Direktor Klinik Hirslanden

DEGENERATIVE SKOLIOSE

Von **PROF. DR. MED. KAN MIN**, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

DIE WIRBELSÄULE IST IM LAUFE DES LEBENS GROSSEN BELASTUNGEN AUSGESETZT, WAS UNWEIGERLICH ZU GEWISSEN VERSCHLEISSERSCHINUNGEN FÜHRT. JE NACH ART UND AUSMASS DIESER ABNUTZUNGEN KANN ES MIT DER ZEIT ZU EINER SEITLICHEN VERBIEGUNG DER WIRBELSÄULE KOMMEN. DER FACHAUSDRUCK DAFÜR IST DEGENERATIVE SKOLIOSE. TRETEN SCHMERZEN, GANGSCHWIERIGKEITEN ODER NEUROLOGISCHE STÖRUNGEN AUF, IST EINE BEHANDLUNG ANGEZEIGT.

Bei der degenerativen Skoliose handelt es sich um eine Verkrümmung der Wirbelsäule bei Erwachsenen. Diese Form der Skoliose ist in der Lendenwirbelsäule lokalisiert, im Unterschied zur Skoliose bei Kindern, die sich an der Brustwirbelsäule entwickelt. Mehr als 50 Prozent der über 60-Jährigen weisen eine Skoliose der Lendenwirbelsäule von mehr als 10° auf. Nur ein Teil davon hat jedoch Beschwerden.

Die degenerative Skoliose ist eine komplexe Erkrankung, bedingt durch multiple verschleissbedingte Veränderungen der Lendenwirbelsäule: Dazu gehören die Abnutzung der Bandscheiben und der Wirbelgelenke ebenso wie die Abnutzung und die Schwächung der Muskeln und der Sehnen. Dass die degenerative Skoliose die Lendenwirbelsäule betrifft, hat einen einfachen Grund: Diese trägt die grösste Last.

SYMPTOME UND BESCHWERDEN

Die Abnutzungsveränderungen und die Krümmung der Wirbelsäule verursachen eine Einengung des Wirbelkanals (Spinalkanalstenose) und der Nervenwege (Foramenstenose), was zu einer Kompression der Nerven führt (vgl. Abb. 1). Gleichzeitig wird die Lendenwirbelsäule zunehmend instabiler, und die Wirbelsäule insgesamt verliert die Balance. Ein solcher Balanceverlust in der Wirbelsäule hat schwere klinische Konsequenzen.

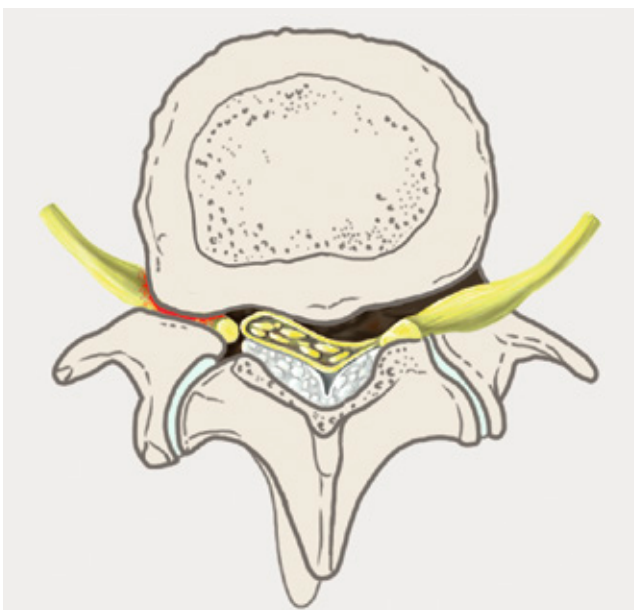


Abb. 1: Einengung des Wirbelkanals in der Lendenwirbelsäule (lumbale Spinalkanalstenose) und der Nervenwege (Foramenstenose), was eine Kompression der Nerven (rot) zur Folge hat.

Die Symptome einer degenerativen Skoliose sind folglich durch zwei krankhafte Veränderungen bedingt:

1. Die **Nervenkompression im Spinalkanal und in den Nervenwegen** führt zu Beinschmerzen, Ischialschmerzen und Schmerzen beim Gehen. Dazu kommen häufig eine Einschränkung der Gehstrecke, eine Taubheit und Schwäche in den Beinen sowie eine Störung der Blasenfunktion.
2. Die **mechanische Instabilität und die Dysbalance** rufen oft Rückenschmerzen im Lendenbereich und Schmerzen beim Stehen hervor. Betroffene haben ausserdem Mühe, aufrecht zu stehen und zu gehen. Ihre Wirbelsäule weist einen Lotausfall sowohl nach vorne wie auch zur Seite hin auf.

Insgesamt bedeuten diese Symptome eine Einschränkung im täglichen Leben und damit eine Beeinträchtigung der Lebensqualität.

KONSERVATIVE BEHANDLUNG

Die physiotherapeutische Behandlung dient der Kräftigung der Rückenmuskulatur und der Haltungsverbesserung. Daneben umfasst sie auch Stabilisierungsübungen. Die infiltrative Behandlung mit der Injektion von entzündungshemmenden und schmerzlindernden Wirkstoffen in die Wirbelgelenke verbessert die arthrotischen Beschwerden. Injektionen in den Wirbelkanal bei leicht- bis mässiggradiger Wirbelkanalstenose verringern die Entzündung der Nerven und lindern dadurch die Schmerzen. Die Möglichkeiten dieser konservativen Massnahmen sind allerdings limitiert und haben nur bei leichten bis höchstens mässigen Veränderungen Erfolg. Eine äussere Stabilisation mit einem Korsett oder Lendenmieder ist nicht empfohlen.

OPERATIVE BEHANDLUNG

Falls die **Nervenkompression** und somit die Beschwerden aufgrund der Spinalkanalstenose dominant sind, kann der Wirbelkanal in einer Operation erweitert werden. In der Regel braucht es dabei eine Dekompression auf mehreren Wirbeln, da Stenosen häufig über eine längere Strecke vorliegen.

Werden die Beschwerden vorwiegend durch eine **Instabilität und Dysbalance** der Wirbelsäule hervorgerufen, muss die Wirbelsäule, mit Stäben und Schrauben fixiert und aufgerichtet werden (vgl. Abb. 2).

In vielen Fällen liegt eine gemischte Symptomatik vor, sodass die Wirbelkanaldekompensation durch eine Stabilisation ergänzt werden muss. Bei schwerer Dysbalance mit

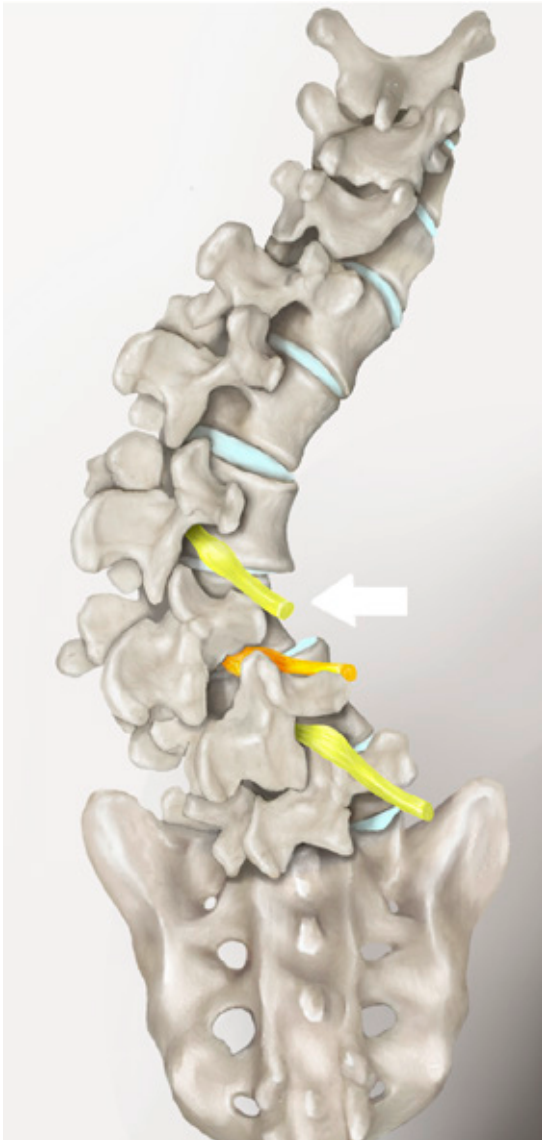


Abb. 2:
Degenerative Skoliose in der Lendenwirbelsäule mit Verdrehung der Wirbel. Kompression von zwei Spinalnerven in der Konkavität (Innenwölbung) der Skoliose.

ausgeprägter Lotabweichung muss die Wirbelsäule mittels Osteotomien (Durchtrennung von Wirbelknochen) und einer Fixation von mehreren Wirbeln ausbalanciert werden. Falls die Wirbelsäule jedoch nicht signifikant ausser Balance ist, kann nach einer Spinalkanaldekompensation eine Fixation auf einer kurzen Strecke angestrebt werden.

PROBLEME

Ältere Patienten leiden häufig an Nebenerkrankungen wie zum Beispiel Herz-/Kreislaufproblemen, Diabetes und Niereninsuffizienz. Solche Krankheiten sind vor einer Operation gründlich abzuklären und optimal zu behandeln. Übergewicht und Rauchen erhöhen bekanntlich das Risiko von postoperativen Komplikationen.

Eine allfällige Osteoporose, d.h. ein Abbau von Knochen- substanz, sollte ebenfalls abgeklärt werden, da spontane Wirbelfrakturen ober- und unterhalb des operierten Bereichs bei älteren Patienten mit Osteoporose nicht selten sind. Aufgrund dessen ist es manchmal notwendig, die Fixation nach unten bis zum Becken vorzunehmen, um Frakturen des Steissbeins vorzubeugen. Solche Brüche nach einer Fixation der Lendenwirbelsäule könnten zu Lähmungserscheinungen in den Beinen führen. Die Festigung und Stabilisierung der Wirbelkörper mit Knochenze-



Operative Erweiterung des Wirbelkanals und Dekompression der Nerven sowie Aufrichtung und Stabilisierung der Wirbelsäule mit Schrauben und Stäben.

ment (Vertebroplastik) vor dem Einbringen der Schrauben in die Wirbelkörper ist eine Möglichkeit, die Verankerung der Schrauben zu verbessern. Spontane Brüche der Wirbel am oberen oder unteren Ende können dadurch allerdings nicht in jedem Fall verhindert werden.

Eine grosse chirurgische Erfahrung ist deshalb gerade bei der operativen Behandlung älterer Patienten mit komplexen Erkrankungen unerlässlich, um die Operation kürzer und den Blutverlust gering zu halten. Die Komplikationsrate kann dadurch signifikant reduziert werden.

ERGEBNIS EINER OPERATION

Mit der Befreiung der Nerven von der Kompression im Spinalkanal sowie mit der Wiederherstellung der Stabilität und Balance der Wirbelsäule können die Schmerzen deutlich verbessert werden. Es liegt auf der Hand, dass eine schmerzfreie, stabile und aufrechte Wirbelsäule eine erhebliche Verbesserung der Lebensqualität mit sich bringt.

GLOSSAR

- **SPINALKANAL:** Durch die übereinanderliegenden Löcher in den Wirbeln gebildeter Kanal, durch den das Rückenmark läuft; auch Wirbelkanal genannt
- **ARTHROSE:** Langsam fortschreitender Abbau von Gelenkknorpel

INTERVIEW MIT PROF. DR. MED. KAN MIN

DIE ABNUTZUNG DER WIRBELSÄULE GEHÖRT ZUM NATÜRLICHEN ALTERUNGSPROZESS. LÄSST SICH EINER DEGENERATIVEN SKOLIOSE GLEICHWOHL VORBEUGEN?

Nein, einer Degeneration der Wirbelsäule lässt sich nicht vorbeugen. Die Symptome und Beschwerden, die dadurch hervorgerufen werden, lassen sich jedoch vermindern. Dafür wichtig sind eine gute Haltung und – damit zusammenhängend – eine gute Rückenmuskulatur, die durch entsprechende Übungen gestärkt werden kann. Hilfreich sind auch eine gute Kondition und ganz generell ein aktiver, bewegungsreicher und gesunder Lebensstil, wozu auch die Vermeidung von Übergewicht und Rauchen gehört.

SIND FRAUEN UND MÄNNER GLEICH HÄUFIG UND GLEICH STARK VON DER DEGENERATIVEN SKOLIOSE BETROFFEN?

Die degenerative Skoliose tritt bei Frauen doppelt so häufig auf wie bei Männern. Ein Grund dafür ist möglicherweise die postmenopausale Osteoporose, der Abbau der Knochenichte in den Wechseljahren.

GIBT ES EINE ERBLICHE VERANLAGUNG, WELCHE DIE ENTSTEHUNG EINER SKOLIOSE IM ALTER BEGÜNSTIGT? ANDERS GEFRAGT: KOMMEN DEGENERATIVE SKOLIOSEN IN BESTIMMTEN FAMILIEN GEHÄUFT VOR?

Für die Degeneration der Wirbelsäule im Allgemeinen und die Degeneration der Bandscheiben im Besonderen besteht durchaus eine genetische Veranlagung. Eine familiäre Häufung der degenerativen Skoliose ist aber nicht bekannt. Die genetische Veranlagung ist denn auch nur einer von mehreren Faktoren, die degenerative Veränderungen der Wirbelsäule begünstigen. Weitere Faktoren sind Übergewicht, Rauchen und übermässige Belastung.

WARUM WERDEN BEI EINER DEGENERATIVEN SKOLIOSE EIN KORSETT ODER EIN LENDENMIEDER NICHT EMPFOHLEN?

Der Grund dafür ist, dass ein Korsett oder ein Mieder weder das Ausmass der Wirbelsäulenverkrümmung noch die Nervenkompressionen zu

verbessern vermögen. Dazu kommt, dass die Muskulatur der Wirbelsäule durch das Tragen eines Korsetts geschwächt wird, weil ihr dadurch die Stützfunktion abgenommen wird. Doch genau das gilt es zu vermeiden.



Skoliose in der Lendenwirbelsäule

WAS IST DAS ZIEL DER OPERATIVEN BEHANDLUNG EINER DEGENERATIVEN SKOLIOSE?

Das Ziel ist eine stabile, balancierte Wirbelsäule, die schmerzfrei und belastbar ist. Dadurch wird die Lebensqualität des Patienten wiederhergestellt.

MIT EINER OPERATIVEN FIXATION UND AUFRICHTUNG DER WIRBELSÄULE GEWINNEN DIE PATIENTEN WIEDER STABILITÄT UND BALANCE.

WIE LÄSST SICH WÄHREND DER OPERATION AN DER WIRBELSÄULE SICHERSTELLEN, DASS ES ALS KOMPLIKATION NICHT ZU EINER NERVENSCHÄDIGUNG KOMMT?

Selbstverständlich sind eine sorgfältige Operationstechnik und eine grosse Erfahrung des Operateurs unerlässlich. Wichtig ist auch die elektrische Überwachung der Nerven- und Rückenmarksfunktion mit einem sogenannten Neuromonitor während der Operation. Dadurch hat der Chirurg die elektromagnetischen Impulse der Nerven während der Skoliose-Korrektur kontinuierlich im Blick und kann schon bei kleinsten Abweichungen sofort reagieren.

SKOLIOSE-PATIENTEN KÖNNTEN BEFÜRCHTEN, DASS EINE OPERATIVE VERSTEIFUNG DER WIRBELSÄULE MIT EINEM VERLUST AN BEWEGLICHKEIT EINHERGEHT. WAS LÄSST SICH AUF SOLCHE BEFÜRCHTUNGEN ANTWORTEN?

Die Wirbelsäule hat ihre normale Beweglichkeit beim Vorliegen einer degenerativen Skoliose bereits lange verloren. Es sind nur noch pathologische Bewegungen möglich, die Schmerzen auslösen. Mit einer operativen Fixation und Aufrichtung der Wirbelsäule gewinnen die Patienten wieder Stabilität und Balance. Dadurch wird die Wirbelsäule deutlich besser belastbar. Die Angst vor einem Beweglichkeitsverlust ist deshalb unnötig. Eine gute Beweglichkeit in den Hüftgelenken ist dagegen sehr wichtig, beispielsweise um Socken oder Schuhe anzuziehen.

WIE LANGE DAUERT DER SPITALAUFENTHALT NACH EINER OPERATION?

In der Regel verbleiben die Patienten nach einer Skoliose-Operation für sieben Tage im Spital.

MIT WELCHER ERHOLUNGSZEIT MUSS MAN NACH DEM EINGRIFF RECHNEN? UND WIE GESTALTET SICH DIE REHABILITATION?

Die Patienten können bereits am ersten Tag nach der Operation aufstehen. Die Wirbelsäule ist sofort nach der Operation belastbar, da diese stabil fixiert ist. Es dauert allerdings vier bis sechs Wochen, bis sich die Schmerzen nach der Operation bessern. Danach kann mittels ambulanter Physiotherapie die muskuläre Stabilität aufgebaut werden.

KONTAKT

Prof. Dr. med. Kan Min
Facharzt für Orthopädische
Chirurgie und Traumatologie
des Bewegungsapparates

SWISS SCOLIOSIS

Zentrum für Chirurgie der
Wirbelsäule und Skoliose
Seestrasse 220
8027 Zürich
T 044 209 24 40
info@swiss-scoliosis.ch
swiss-scoliosis@hin.ch
www.swiss-scoliosis.ch

FRÜHERKENNUNG UND FUNKTIONSERHALTENDE BEHANDLUNG VON TUMOREN DES KOPF-HALS-BEREICHS

Von **PROF. DR. MED. GERHARD HUBER**, Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten, Fokus Hals- und Gesichtschirurgie

DIE OPERATIVE ENTFERNUNG VON TUMOREN DES KOPF-HALS-BEREICHS HINTERLIESS FRÜHER OFT EINEN MEHR ODER WENIGER GROSSEN GEWEBEDEFEKT. JE NACHDEM, OB DIE MUNDHÖHLE, DER RACHEN, DER KEHLKOPF, DIE NASENHÖHLE ODER DIE SCHILDDRÜSE VON KREBS BEFALLEN WAR, LITTEN DIE OPERIERTEN PATIENTEN ZUDEM OFT UNTER DAUERHAFTEN SCHWIERIGKEITEN BEIM SPRECHEN, ATMEN ODER SCHLUCKEN. DANK MODERNER THERAPIEANSÄTZE IST ES HEUTE NICHT NUR MÖGLICH, VIELE PATIENTEN MIT EINEM KOPF-HALS-TUMOR ZU HEILEN, SONDERN ES GELINGT AUCH, DIESE FÜR IHRE LEBENSQUALITÄT ENTSCHEIDENDEN FUNKTIONEN GUT ZU ERHALTEN.

Tumoren des Kopf-Hals-Bereichs sind glücklicherweise selten, treten sie jedoch auf, betreffen sie den **zentralsten Bereich unseres Körpers**. Auch wenn ein Tumor nicht direkt sichtbar ist und sich z. B. im Kehlkopf «versteckt», hat er oft schnell Einfluss auf essenzielle Funktionen unseres Menschseins: **Sprechen, Atmen und Schlucken**. Im Extremfall können solche Tumoren gleich mehrere Funktionen vorübergehend oder bleibend beeinträchtigen.

Für viele Tumoren der Haut und der Schleimhäute sind die Ursachen bekannt: Während bei der Haut übermässige UV-Exposition ein wesentlicher Risikofaktor darstellt, sind bei Tumoren der Schleimhäute die übermässige, langjährige Belastung mit (Zigaretten-)rauch und/oder Alkohol als auslösende Faktoren verantwortlich (vgl. Abb. 1). Seit einigen Jahren ist auch bekannt, dass gewisse Papilloma-Viren (HPV) Rachenkrebs verursachen und mittlerweile hierfür die häufigste Ursache darstellen. Ein prominentes Opfer hiervon war der Schauspieler **Michael Douglas**, der geheilt werden konnte.

JE FRÜHER DIE BEHANDLUNG, DESTO BESSER DIE PROGNOSE

Durch ständigen «Kontakt» der Körperzellen mit krebserregenden Substanzen (wie sie zum Beispiel im Zigarettenrauch vorkommen) oder Viren wird deren Erbsubstanz mehr und mehr geschädigt und mit der Zeit scheren gewisse Zellen aus und machen nicht mehr das, was sie eigentlich tun sollen, sondern vermehren sich ungehemmt und zerstören ihre Umgebung. Dieses «Verhalten» stellt eine charakteristische und definierende Eigenschaft von Krebszellen dar. Werden solche Zellen vom Immunsystem «übersehen», führt dies unweigerlich zur Zerstörung der unmittelbaren Umgebung und später durch die Verbreitung der Tumorzellen im ganzen Körper (Metastasierung) zum Tod.

Um die Anzahl an Patienten, die durch solche Tumorleiden versterben, möglichst klein zu halten, gibt es drei wichtige Strategien:

1. Prävention: Um das Risiko zu minimieren, soll die Exposition zu verursachenden Faktoren möglichst gering sein: Zurückhaltender Tabak- und Alkoholkonsum spielt eine wichtige Rolle. Ausserdem wird die Jugend heute gegen die sexuell übertragbare HPV-Infektion geimpft.

2. Früherkennung: Wie bei den meisten Krebsarten gilt auch bei Tumoren im Kopf-Hals-Bereich: Je früher entdeckt, desto besser die Prognose: **Tumoren werden in vier Stadien eingeteilt:** Je niedriger das Stadium, desto höher ist die **Überlebenswahrscheinlichkeit**. Dementsprechend ist man gut beraten, wenn man auch kleinste Veränderungen oder Symptome abklären lässt, z. B. neu auftretende Veränderungen der Mundschleimhaut, plötzlich auftretende Heiserkeit, wiederkehrende einseitige Halsschmerzen, schmerzlose Knoten am Hals – um nur einige zu nennen.

3. Behandlung: In Abhängigkeit des Tumorstadiums, der Lage des Tumors, der bekannten Forschungsergebnisse und auch des Patientenwunsches wird die Therapiestrategie festgelegt: Alleinige Operation oder Bestrahlung (Radiotherapie) bei Anfangsstadien oder die Kombination dieser beiden Therapien bei fortgeschrittenen Tumoren stellen die Behandlungen der Wahl dar. Sehr oft wird heute die Bestrahlung zudem mit Medikamenten oder Antikörpern kombiniert (sog. **Radiochemo- oder Radioimmunotherapie**), wodurch die Heilungschance signifikant höher wird. Eine reine Chemotherapie wird nur in Fällen eingesetzt, wo eine Heilung unwahrscheinlich ist, oder wenn der Patient keine andere Therapie mehr wünscht.

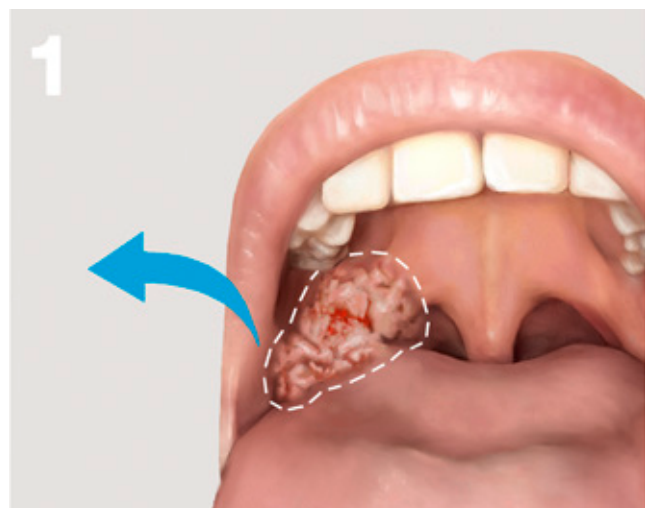


Abb. 1
Ein Oropharynxkarzinom ist ein bösartiger Schleimhauttumor des Mundrachenraums. Zu seinen Risikofaktoren gehören Rauchen, übermässiger Alkoholkonsum und humane Papillomviren (HPV).

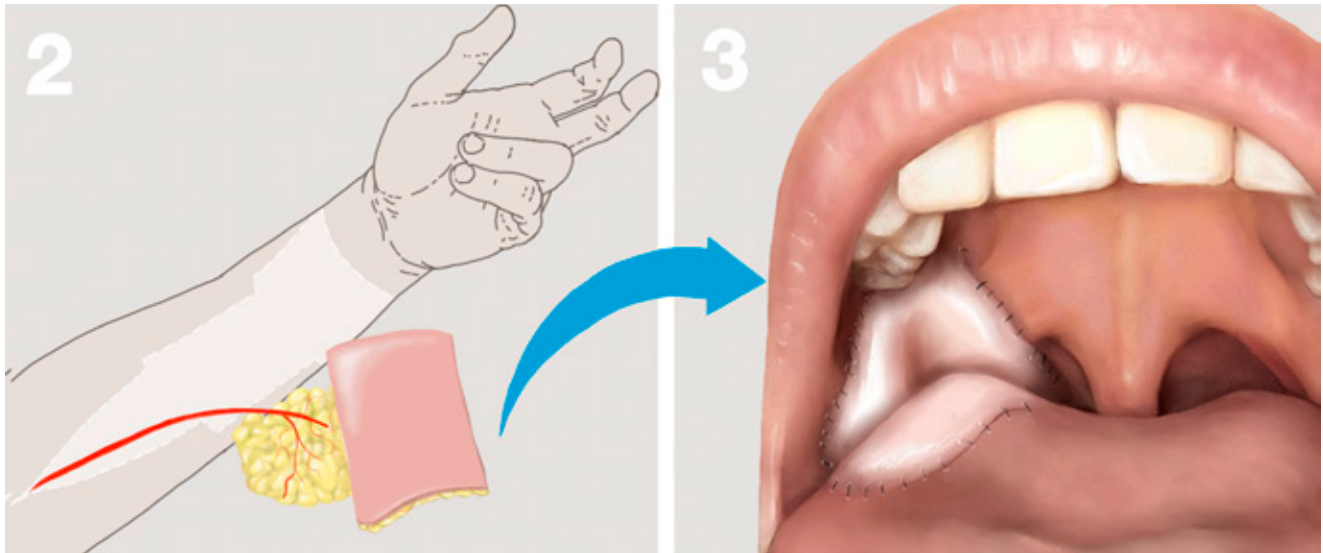


Abb. 2 und 3

Vorderarmklappen mit Gefässstiel. Die Haut kann der Defektgrösse angepasst werden. Die Gefässe werden nachher unter dem Mikroskop mit Gefässen des Halses verbunden (Mikroanastomosen; die Gefässe haben i.d.R. einen Durchmesser von 1.5 bis 3 mm). Nach ein paar Wochen ist das Transplantat, der Lappen, so eingeeilt, dass der Patient wieder fast normal essen und schlucken kann.

ORGANERHALTUNG UND WAHRUNG DER FUNKTIONALITÄT

War früher die Heilung eines bestimmten Tumors das Mass aller Dinge (Überleben), sind seit geraumer Zeit die **Organerhaltung** und die **Wahrung der Funktionalität** ebenfalls zentrale Kriterien für die Behandlungsstrategie geworden: Bis vor einigen Jahren wurde bei Krebs des Kehlkopfs dieser noch sehr oft vollständig chirurgisch entfernt, um eine maximale Heilungschance zu ermöglichen. Mit der Verbesserung der Strahlentherapie wird Kehlkopfkrebs heutzutage in den meisten Fällen bestrahlt, und die chirurgische Entfernung des Kehlkopfs bleibt Patienten vorbehalten, bei denen der Krebs stark fortgeschritten, sehr aggressiv oder nach durchgemachter Bestrahlung noch nicht geheilt ist. Auch haben sich über die letzten Jahrzehnte chirurgische Therapien etabliert, bei denen nur ein Teil des Kehlkopfs entfernt werden muss.

WAR FRÜHER DIE HEILUNG EINES BESTIMMTEN TUMORS DAS MASS ALLER DINGE (ÜBERLEBEN), SIND SEIT GERAUMER ZEIT DIE ORGANERHALTUNG UND DIE WAHRUNG DER FUNKTIONALITÄT EBENFALLS ZENTRALE KRITERIEN FÜR DIE BEHANDLUNGSSTRATEGIE GEWORDEN.

Generell gilt, dass ein Patient nach durchgemachter Therapie noch fähig sein sollte, mit seinen Liebsten ins Restaurant zu gehen, auch bei Hintergrundgeräuschen verständlich zu sprechen, zu schlucken ohne zu husten und ohne Anstrengung zu atmen.

Um dieses Ziel zu erreichen, wurde die rekonstruktive Chirurgie nach einer Tumorentfernung zum Standard. Das bedeutet: Auch nach der chirurgischen Tumorentfernung bleibt nicht einfach ein grosser Defekt, ein «Loch» zurück, sondern dieser Defekt wird durch körpereigenes Gewebe «rekonstruiert». Das zur Rekonstruktion verwendete Gewebe nennt sich in der Fachsprache Transplantat oder auch «Lappen» (Englisch «free flap», vgl. Abb. 2). Dabei wird von geeigneten Körperstellen – wie zum Beispiel dem Oberschenkel oder dem Unterarm – ein dem Defekt in der Grösse entsprechendes Transplantat ent-

nommen und in den Defekt eingenäht. Die für die Durchblutung dieses Lappens verantwortlichen Gefässe werden hierbei dann an die Halsgefässe angeschlossen, sodass der Lappen erfolgreich einwachsen kann (vgl. Abb. 3). Dieses Vorgehen funktioniert in der Regel bei Patienten aller Altersgruppen sehr gut und ermöglicht ein sowohl ästhetisch wie auch funktionell gutes Resultat.

FACHÜBERGREIFENDE BEHANDLUNG

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass dank der interdisziplinären Zusammenarbeit von Kopf-Halschirurgen, (Radio-)onkologen und weiteren Experten **ein grosser Teil der Patienten von ihren Kopf-Hals-Tumoren geheilt werden kann**. Nichtsdestotrotz besteht in Fällen von langjährigem «Missbrauch» von Alkohol und Tabak ein nicht zu vernachlässigendes Risiko von zweiten und dritten Karzinomen, bei denen die Therapieoptionen dann meist deutlich eingeschränkter sind. Besser als Heilen sind jedoch die Prävention und die Früherkennung: Bei Veränderungen, die nach einigen Tagen nicht von selbst verschwinden, gilt: Lieber einmal zu viel zum Arzt.

KONTAKT

ZENTRUM FÜR OHREN-, NASEN-, HALS- UND PLASTISCHE GESICHTSCHIRURGIE

Klinik Hirslanden
Witellikerstrasse 40
8032 Zürich
T 044 44 387 28 12
pointner@orl-zentrum.com

NEUIGKEITEN AUS KLINIK HIRSLANDEN

RADIOLOGIE KLINIK HIRSLANDEN: NEU AUCH IM ÄRZTEZENTRUM SEEFELD

Die Radiologie Klinik Hirslanden hat am 4. Oktober ihr Leistungsangebot mit einem zusätzlichen Standort im Ärztezentrum Seefeld in Zürich erweitert. Die Radiologie im Ärztezentrum ist mit dem modernsten 3 Tesla MRI-Gerät und einem Computertomographen (CT) ausgestattet, die den Patienten ein angenehmes Untersuchungserlebnis garantieren. Den zeitlichen Ablauf der Untersuchung können sie dabei mitverfolgen. Das 128-Zeiler-CT ermöglicht in kürzester Zeit jede Diagnostik von Kopf bis Fuss und überzeugt durch eine hervorragende Bildqualität sowie eine reduzierte Strahlendosis.

Neben den neusten radiologischen Geräten bietet der Standort im Ärztezentrum unter anderem die folgenden Vorteile:

- enge Zusammenarbeit mit den Zentren im Ärztezentrum Seefeld
- für Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen
- zentraler Standort mit eigenen Parkplätzen

Im Ärztezentrum Seefeld werden folgende Diagnostiken angeboten: Radiologie des Bauches, des Urogenitaltrakts sowie des Brustkorbs, der Lungen und der grossen thorakalen Gefässe. Dazu kommen die muskuloskeletale Radiologie (Stütz- und Bewegungsapparat), die diagnostische Neuroradiologie und die onkologische Diagnostik.

Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen können sich im Ärztezentrum Seefeld von Montag bis Freitag zwischen 8 und 17 Uhr untersuchen lassen. Weitere Informationen rund um die Radiologie Klinik Hirslanden und ihren neuen Standort im Ärztezentrum Seefeld finden Sie unter www.hirslanden.ch/radiologie-zh.

ÄRZTEZENTRUM SEEFELD

Radiologie Klinik Hirslanden
Seefeldstrasse 214
8008 Zürich
T 044 387 26 31
radiologie.hirslanden@hirslanden.ch



NEUE BELEGÄRZTE MAI BIS OKTOBER 2021

BEWEGUNGSAPPARAT

Dr. med. Matthias Schenkel (seit 19.5.2021)

Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Chirurgie SportClinic Zürich

PD Dr. med. Florian Naal (seit 19.5.2021)

Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats

NEUROCHIRURGIE

Dr. med. Christoph Weber (seit 19.5.2021)

Facharzt für Neurochirurgie

HERZMEDIZIN

Dr. med. Ioannis Kapos (seit 1.6.2021)

Facharzt für Kardiologie
HerzKlinik Hirslanden

Prof. Dr. med. Jan Steffel+ (seit 1.10.2021)

Facharzt für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin
HerzKlinik Hirslanden

ENDOKRINOLOGIE UND DIABETOLOGIE

Dr. med. Christine Schmid (seit 15.6.2021)

Fachärztin für Endokrinologie/Diabetologie sowie für Allgemeine Innere Medizin
Hormon Zentrum Zürich

HALS-NASEN-OHREN-KRANKHEITEN

Prof. Dr. med. Gerhard F. Huber (seit 1.7.2021)

Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten, speziell Hals- und Gesichtschirurgie
Zentrum für Ohren-, Nasen-, Hals- und plastische Gesichtschirurgie

NEPHROLOGIE UND DIALYSE

KD Dr. med. Michael Möddel* (seit 1.7.2021)

Facharzt für Nephrologie sowie für Allgemeine Innere Medizin
Dialyseabteilung

* an beiden Kliniken beschäftigt: Klinik Hirslanden als Belegarzt,
Klinik Im Park als Klinikarzt

+ an beiden Kliniken akkreditiert

EINTAUSEND PANKREASOPERATIONEN INTERVIEW MIT PROF. DR. MED. DR. H.C. JAN SCHMIDT

MIT ÜBER 1000 PANKREASOPERATIONEN (BAUCHSPEICHELDRÜSE) GEHÖRT PROF. DR. MED. JAN SCHMIDT ZU DEN ERFAHRENSTEN CHIRURGEN DIESES ORGANS. DER FACHARZT FÜR CHIRURGIE UND SPEZIELL VISZERAL-CHIRURGIE IST BELEGARZT AN DER KLINIK IM PARK UND DER KLINIK HIRSLANDEN. LETZTERE VERFÜGT ÜBER EINEN HSM-LEISTUNGS-AUFTRAG (HOCHSPEZIALISIERTE MEDIZIN) FÜR PANKREASOPERATIONEN.

SIE HABEN IN DIESEM JAHR IHRE 1000. PANKREASOPERATION DURCHGEFÜHRT. WAS HAT SIE DAZU BEWOGEN, DIESES ORGAN ZU EINEM DER SCHWERPUNKTE IHRER CHIRURGISCHEN TÄTIGKEIT ZU MACHEN?

Zu Beginn meiner chirurgischen Ausbildung und Laufbahn hatte ich das Glück, zwei Mentoren zu haben, deren Begeisterung für die Pankreaschirurgie sich auf mich übertrug. Das waren Dr. Andrew L. Warshaw in Boston und Prof. Markus W. Büchler in Heidelberg, zwei Koryphäen unseres Fachs, die mich als Vorbilder stark inspirierten.

WELCHE ERKRANKUNGEN DER BAUCHSPEICHELDRÜSE ERFORDERN EINE OPERATIVE BEHANDLUNG?

Die häufigsten Indikationen für eine Operation sind zum einen bösartige Tumoren oder Vorläuferveränderungen von solchen und zum ande-

ren die chronische Entzündung der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis), die starke Schmerzen hervorrufen kann und auch einen Risikofaktor für Krebs darstellt.



Prof. Dr. med. Drs. h.c. Jan Schmidt blickt auf über 1000 Pankreasoperationen zurück.

DIE (TEILWEISE) ENTFERNUNG DER BAUCHSPEICHELDRÜSE GEHÖRT ZUR HOCHSPEZIALISIERTEN MEDIZIN. AUS WELCHEN GRÜNDEN?

Obwohl Bauchspeicheldrüsenkrebs immer häufiger auftritt, ist er eine relativ seltene Erkrankung. Um genügend Fallzahlen zu erreichen, ist es deshalb sinnvoll, dass die komplexe Pankreasoperation nur an wenigen Spitälern durchgeführt wird. Was den Eingriff anspruchsvoll macht, ist die neu zu schaffende Verbindung zwischen dem belassenen Bauchspeicheldrüsenrest und dem Dünndarm. An dieser frischen Wunde können verdauungsaktive Enzyme aus der Bauchspeicheldrüse austreten und das umgebende Gewebe in einem Prozess der Selbstverdauung schädigen. Das sind lebensbedrohliche Komplikationen. Bei uns sind sie seit vier Jahren nicht mehr aufgetreten – dank einer eigens entwickelten Technik, mit der wir die Enzyme herausspülen.

PANKREASKREBS IST EIN AGGRESSIVER TUMOR, DER ZUDEM OFT ERST SPÄT ENTDECKT WIRD. WARUM KONNTE DIE PROGNOSE IN DEN LETZTEN JAHREN GLEICHWOHL DEUTLICH VERBESSERT WERDEN?

Der grösste Fortschritt ist auf eine wirkungsvollere Chemotherapie vor oder nach der Operation zurückzuführen. Sie vermag das Blut besser zu reinigen und den Tumor vor der Operation stärker zu verkleinern. Gelingt es, diesen vollständig zu entfernen, beträgt die Heilungschance bis zu 50 Prozent. Zur Prognoseverbesserung beigetragen haben ausserdem optimierte Abläufe im Operationssaal und auf der Intensivstation.

BAUCHSPEICHELDRÜSE (PANKREAS)

Die 16 bis 20 cm lange und 3 bis 4 cm breite Bauchspeicheldrüse liegt im Oberbauch hinter dem Magen. Sie spielt durch die Produktion von Verdauungsenzymen und Insulin eine wichtige Rolle bei der Verdauung und der Blutzuckerregulierung.

UROLOGIE

Prof. Dr. med. Tullio Sulzer* (seit 1.8.2021)

Facharzt für Urologie
Zentrum für Urologie Zürich

PÄDIATRIE

Dr. med. Julia Anna Maletzki (seit 15.9.2021)

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie), Schwerpunkt Neonatologie
kindermedizin Klinik Hirslanden

WIRBELSÄULENCHIRURGIE

PD Dr. med. Benedikt Burkhardt (seit 15.9.2021)

Facharzt für Neurochirurgie
Wirbelsäulen- und Schmerz-Clinic Zürich

KONTAKT

SWISS SURGERY

Prof. Dr. med. Jan Schmidt
Kappelstrasse 7
8002 Zürich
T 044 209 25 05
chirurgie.impark@hirslanden.ch
www.swiss-surgery.swiss

NEUIGKEITEN AUS DER

IM NOTFALL IMMER FÜR SIE DA

Die an 365 Tagen rund um die Uhr geöffnete Notfallstation der Klinik Im Park ist Anlaufstelle für sämtliche medizinischen und chirurgischen Notfälle für Erwachsene (ab 16 Jahren) aller Versicherungsklassen. Ein speziell ausgebildetes, interdisziplinäres Ärzte- und Pflegeteam sorgt für eine rasche und persönliche Versorgung von Notfallpatienten und stützt sich dabei auf eine umfassende Infrastruktur auf dem neusten Stand der Medizintechnik. Im Hintergrund stehen für eine allfällige Weiterbehandlung über 280 Spezialisten aus praktisch allen medizinischen Fachgebieten bereit. Damit ermöglicht die Notfallstation der Klinik Im Park eine medizinisch ganzheitliche Betreuung auf höchstem Niveau. Werden Patienten der Notfallstation von niedergelassenen Ärzten zugewiesen, so erhalten diese zeitnah eine direkte Rückmeldung.



ÄRZTINNEN UND ÄRZTE DER NOTFALLSTATION KLINIK IM PARK

Dr. med. Edin Zelihic, Leiter
Dr. med. Silvia Thiessen, stv. Leiterin
Dr. med. Mathias Poguntke, Oberarzt
Dr. med. Ivana Begic, Oberärztin
Dr. med. Bujar Sopi, Oberarzt
Dr. med. Rolf G. Weidmann, Oberarzt
Karim Khalifa, Oberarzt

NOTFALLSTATION KLINIK IM PARK

Seestrasse 220
8027 Zürich
notfall.impark@hirslanden.ch
www.hirslanden.ch/notfall

24 Stunden an 365 Tagen
T 044 209 25 55

DERMATOLOGIE MIT EINEM HÖCHSTMASS AN INTER- DISZIPLINÄRER KOMPETENZ

Immer mehr Menschen erkranken in der Schweiz an Hautkrebs, jeder Zehnte davon an einem gefährlichen Melanom (schwarzer Hautkrebs). An der Klinik Im Park arbeiten ausgewiesene Dermatologinnen bei der Behandlung von Hautkrebspatienten eng mit Spezialisten der Onkologie, Radiologie, Nuklearmedizin und plastischen Chirurgie zusammen. So bringen verschiedene Fachgebiete ihre Expertise ein, um dem Patienten gemeinsam die bestmögliche Behandlung zu bieten. Damit gewährleistet die Dermatologie der Klinik Im Park ein Höchstmass an interdisziplinärer Kompetenz, von der Vorsorge über die Diagnostik und Therapie bis zur Nachsorge.

Stationär werden an der Klinik Im Park komplexe Fälle von schwarzem Hautkrebs (Melanom) und weissem Hautkrebs (Spinaliom, Basaliom) operativ behandelt. Letztere machen rund 90 Prozent der Hautkrebsfälle aus. Die chirurgische Entfernung von weissem Hautkrebs im Gesicht erfolgt mit intraoperativer Schnittrandkontrolle (Mohs-Chirurgie). Das bedeutet: Der Tumor wird mit relativ knappem Sicherheitsabstand von wenigen Millimetern herausgeschnitten. Das entfernte Gewebe wird direkt am OP-Tisch dem Pathologen weitergeleitet, der umgehend feststellen kann, ob der Hautkrebs vollständig entfernt worden ist. Diese Schnittrandkontrolle ist zwingend notwendig, da vereinzelte Ausläufer des Hautkrebses mit blossem Auge nicht sichtbar sind. Sollte noch ein Tumorrest verblieben sein, kann der Pathologe die Stelle genau markieren und so ein Nachschneiden an ebendieser Stelle deutlich vereinfachen. Der Vorteil dieser Methode liegt darin, dass dadurch so wenig Hautgewebe wie möglich und nur so viel wie nötig entfernt wird. Entstehen beim Herausschneiden von Hautkrebs gleichwohl grössere Defekte, ist eine Rekonstruktion notwendig, die gemeinsam mit einem plastischen Chirurgen vorgenommen wird. Ziel ist es, den entstandenen Defekt ästhetisch möglichst unauffällig wieder zu verschliessen.

NEUE BELEGÄRZTE MAI BIS

HERZMEDIZIN

Prof. Dr. med. Johannes Waltenberger (seit 1.6.2021)
Facharzt für Kardiologie sowie für Allgemeine Innere Medizin

PD Dr. med. Diana Reser* (seit 1.7.2021)
Fachärztin für Herz- und thorakale Gefässchirurgie
HerzKlinik Hirslanden

PD Dr. med. Reza Tavakoli* (seit 1.7.2021)
Facharzt für Herz- und thorakale Gefässchirurgie
HerzKlinik Hirslanden

NEOPHROLOGIE UND DIALYSE

Prof. Dr. med. Andreas Serra* (seit 1.7.2021)
Facharzt für Nephrologie sowie für Allgemeine Innere Medizin
Zentrum für Nephrologie und Dialyse

KLINIK IM PARK

Prof. Dr. med. Mirjana Maiwald

Hautärzte-Zentrum am Zürisee
Seefeldstrasse 214
8008 Zürich
T 044 552 94 00
info@hautaerzte-zz.ch

Dr. med. Valérie Enderlin

Decamed Haut- und Laserzentrum
Feldeggstrasse 69
8008 Zürich
T 044 806 20 00
info@decamed.ch

AMBULANTE HERZ-REHABILITATION

Die Klinik Im Park bietet seit Mai eine ambulante Herz-Rehabilitation an. Sinnvoll ist ein solches Programm nach einem Herzinfarkt oder einer Herzoperation, aber auch bei Herzinsuffizienz. Das Angebot richtet sich an Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen und ist von der Schweizer Arbeitsgruppe für kardiale Rehabilitation (SCPRS) anerkannt.

Die ambulante Herz-Rehabilitation unterstützt die Patienten dabei, ihre körperliche Leistungsfähigkeit zu stärken, neues Vertrauen in ihren Körper zu gewinnen sowie Sicherheit für den Alltag in ihrem gewohnten Umfeld zu erlangen. Parallel dazu lernen sie ungesunde Verhaltensweisen erkennen und wie sie diese nachhaltig zugunsten eines gesunden Lebensstils verändern können. Das Programm erstreckt sich über zwölf Wochen. Pro Woche finden jeweils verschiedene Trainingseinheiten und eine Informationsveranstaltung statt. Das Gruppenprogramm wird in verschiedenen Belastungsstufen durchgeführt. So kann es der Leistungsfähigkeit der einzelnen Teilnehmenden angepasst werden.



Betreuung durch fachübergreifendes Team

Betreut werden die Patienten von einem fachübergreifenden Team unter der ärztlichen Leitung des erfahrenen Kardiologen Prof. Dr. med. Paul Mohacsi. Er führt die Eintritts- und Austrittsuntersuchungen durch und leitet die medizinischen Informationsveranstaltungen. Während des Trainings werden die Patientinnen und Patienten von geschulten Herztherapeuten SCPRS des impark Trainings betreut. Es umfasst Kraft- und Ausdauertraining, Übungen im Freien und Entspannungsübungen. Ergänzend dazu kommen die Beratung und die Unterstützung durch eine Ernährungstherapeutin und bei Bedarf einer Rauchstopp-Expertin.

Weitere Informationen finden Sie unter www.klinik-impark.ch/ambulante-herz-reha. Gerne stehen wir Ihnen für Auskünfte auch unter herzreha.impark@hirslanden.ch oder T 044 209 26 40 zur Verfügung.



OKTOBER 2021

UROLOGIE

Dr. med. Astrid Bagot-Sundermann (seit 1.7.2021)
Fachärztin für Urologie sowie für Allgemeine Innere Medizin
Dr. med. Alexander Pohle (seit 1.7.2021)
Facharzt für Urologie
Prof. Dr. med. Tullio Sulser* (seit 1.9.2021)
Facharzt für Urologie
Zentrum für Urologie Zürich

GASTROENTEROLOGIE

Prof. Dr. med. Michael Fried (seit 1.7.2021)
Facharzt für Gastroenterologie sowie für Allgemeine Innere Medizin

PÄDIATRIE

Dipl. Ärztin Hanna Seewald (seit 1.7.2021)
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

AUGENHEILKUNDE

Dr. med. Jonas Stemmler (seit 1.7.2021)
Facharzt für Ophthalmologie, speziell Ophthalmochirurgie

BEWEGUNGSAPPARAT

Dr. med. Tim Briem (seit 1.9.2021)
Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates
Ortho Clinic Zürich
Dr. med. Mathias Wenger (seit 1.10.2021)
Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin
Zentrum für Rheuma- und Knochenkrankungen

+ an beiden Kliniken akkreditiert

MÖGLICHKEITEN DER MINIMAL-INVASIVEN THERAPIE BEI GEBÄRMUTTERKREBS

Von **DR. MED. KONSTANTINOS GARDANIS**, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Gynäkologische Onkologie und Operative Gynäkologie und Geburtshilfe, Chairman/Koordinator Gynäkologisches Krebszentrum

GEBÄRMUTTERKREBS IST EINE BÖSARTIGE TUMORERKRANKUNG DES GEBÄRMUTTERKÖRPERS. AM HÄUFIGSTEN DAVON BETROFFEN SIND FRAUEN ZWISCHEN 60 UND 80 JAHREN. GLÜCKLICHERWEISE WIRD DIESE KREBSART MEIST IN EINEM FRÜHEN STADIUM DIAGNOSTIZIERT UND HAT DESHALB HÄUFIG EINE SEHR GUTE HEILUNGSCHANCE. DABEI ERMÖGLICHEN SCHONENDE OPERATIONSTECHNIKEN HEUTE EINE DEUTLICH SCHNELLERE ERHOLUNG ALS FRÜHER.

Alle Frauen kennen Blutungen aus der Scheide. Jeden Monat kommt es beim weiblichen Zyklus bis zu der Menopause (Wechseljahre) zur Menstruation. Solche Blutungen sollten jedoch circa zwei Jahre nach Beginn der Wechseljahre nicht mehr auftreten. Tun sie es doch, bedürfen sie einer ärztlichen Abklärung, da sie ein Hinweis auf einen Gebärmutterkrebs sein könnten. Dasselbe gilt auch für unregelmässige Blutungen zwischen der Menstruation bei Frauen vor der Menopause. Weitere Beschwerden wie Unterbauchschmerzen oder eine ungewollte Gewichtsabnahme sind bei Gebärmutterkrebs dagegen eher selten.

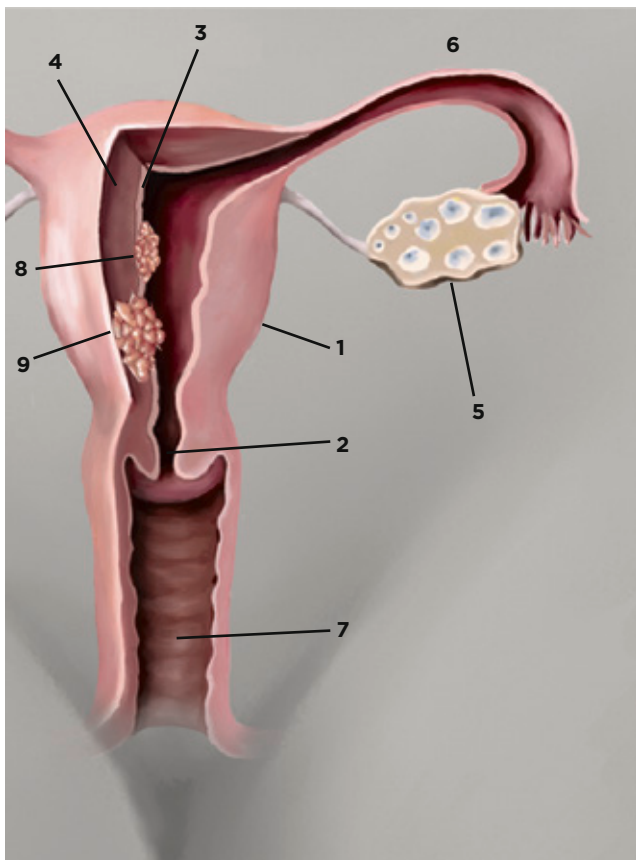


Abb. 1

Gebärmutterkrebs (Stadien T1a und T1b)

1. Gebärmutterkörper
2. Gebärmutterhals
3. Gebärmutterwand (Endometrium)
4. Gebärmuttermuskulatur
5. Eierstock
6. Eileiter
7. Scheide
8. Tumor ist begrenzt auf das Endometrium oder infiltriert weniger als die Hälfte der Gebärmutterwand (T1a)
9. Tumor infiltriert die Hälfte oder mehr der Gebärmutterwand (T1b)

Gebärmutterkrebs ist die häufigste Krebserkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane. Nach Brust-, Darm- und Lungenkrebs ist er der vierthäufigste Tumor der Frau. Jährlich werden in der Schweiz etwa 900 Neuerkrankungen diagnostiziert. Das Durchschnittsalter bei der Diagnose eines Gebärmutterkrebses liegt bei 69 Jahren.

WAS IST GEBÄRMUTTERKREBS?

Beim Gebärmutterkrebs handelt es sich um einen bösartigen Tumor im Gebärmutterkörper (vgl. Abb. 1). Er wird auch Uterus-, Endometrium- oder Korpuskarzinom genannt. In den meisten Fällen (ca. 90%) sind die Schleimhautzellen des Gebärmutterkörpers entartet; seltener sind die Muskelzellen des Gebärmutterkörpers bösartig verändert (Uterussarkom).

Als wichtigster Risikofaktor gilt eine ungesunde Lebensweise mit Bewegungsmangel, starkem Übergewicht, insbesondere nach den Wechseljahren, und Rauchen. Weitere Risikofaktoren sind eine frühe erste Menstruation, ein später Eintritt der Wechseljahre, Kinderlosigkeit, Stoffwechselstörungen (Diabetes mellitus) sowie die Einnahme von Östrogenen ohne zusätzliches Gestagen in den Wechseljahren. Die Entstehung von Gebärmutterkrebs begünstigen können zudem eine bestehende Brustkrebserkrankung und eine Antihormontherapie, erbliche Faktoren und vorangegangene Strahlentherapien.

DIAGNOSTIK UND INTERDISZIPLINÄRE THERAPIEEMPFEHLUNG

Die ärztliche Abklärung in der Praxis beinhaltet die Befragung der Patientin über ihren allgemeinen Gesundheitszustand, die Untersuchung auf dem gynäkologischen Stuhl und vor allem die Ultraschall-Untersuchung der Scheide. Sollte sich dabei ein Verdacht auf eine bösartige Erkrankung ergeben, muss man eine Gebärmutterspiegelung und eine Gebärmutterausschabung empfehlen. Dieser Eingriff wird ambulant im Spital in einer kurzen Vollnarkose durchgeführt. Anschliessend lässt sich das Gewebe aus der Gebärmutter feingeweblich untersuchen und eventuell Entwarnung geben. Sollten sich jedoch bösartige Zellen nachweisen lassen, muss eine Therapie erfolgen.

Die Entscheidung darüber, welche leitliniengerechte Therapie die optimalste für die Patientin ist, erfolgt im Rahmen eines Tumorboards. An dieser wöchentlich durchgeführten Sitzung nehmen Ärzte aus verschiedenen Disziplinen teil (Gynäkologie, Onkologie, Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie und je nach Bedarf auch weitere Fachdisziplinen). Gemeinsam erarbeiten diese Spezialisten nach

Durchsicht und Besprechung aller Befunde eine auf jede Patientin individuell zugeschnittene Therapieempfehlung (Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie).

OPERATION

Glücklicherweise werden die meisten Fälle von Gebärmutterkrebs in einem Frühstadium erkannt. Somit ist die häufigste Therapieoption die Operation. Das operative Vorgehen umfasst die Gebärmutterentfernung, die beidseitige Eierstockentfernung und je nach Ausdehnung des Tumors die Entfernung der Lymphknoten im Beckenraum und neben der Aorta (pelvine und paraaortale Lymphknotenentfernung) (vgl. Abb. 2).

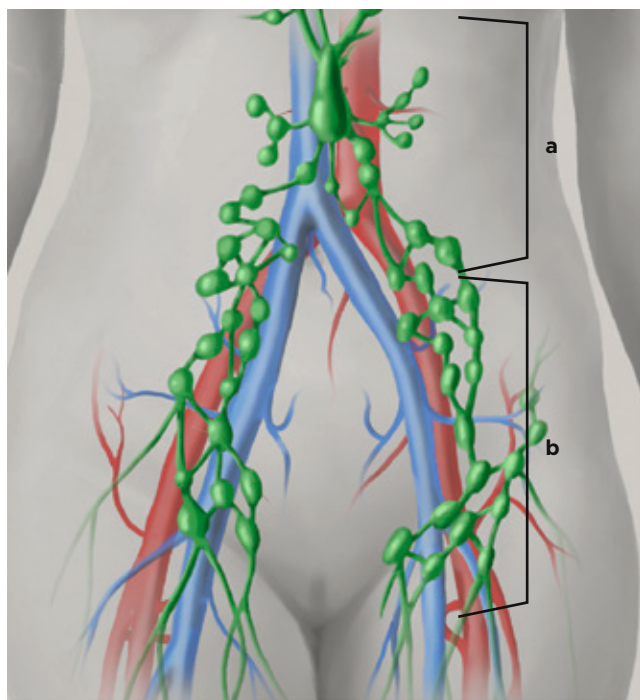


Abb. 2
Lymphknoten neben der Aorta (paraaortale Lymphknoten, a) und im Bereich des kleinen Beckens (pelvine Lymphknoten, b)

Der für die Patientin belastendste und komplikationsreichste operative Teil ist die Lymphknotenentfernung. Einer der wesentlichen Faktoren für die Ausdehnung der Operation auf die Lymphknoten ist neben der Tumorzell-Einstufung die Infiltrationstiefe des Tumors in die Gebärmutterwand (vgl. Abb. 1). Um diese zu erfassen, wird die entfernte Gebärmutter während der Operation im Schnellschnitt-Verfahren feingeweblich untersucht. Nur wenn die Infiltrationstiefe des Tumors über die Hälfte der Gebärmutterwand betrifft (vgl. Abb. 1, Ziff. 9), erfolgt eine Lymphknotenentfernung.

WÄCHTER-LYMPHKNOTEN-TECHNIK

Sollte eine Lymphknotenentfernung nötig sein, dann kommt zunehmend die Wächter-Lymphknoten-Technik (Sentinel) zum Einsatz. Als Wächter-Lymphknoten bezeichnet man jene Lymphknoten, die am nächsten beim Tumor liegen. In sie würden Tumorzellen als Erstes streuen. Sind die Wächter-Lymphknoten frei von Tumorzellen, so sind es mit grosser Wahrscheinlichkeit auch die nachgelagerten Lymphknoten, womit sich deren Entfernung erübrigt.

Ermöglicht wird dieses Verfahren erst durch den Einsatz hochmoderner Technik. Dabei wird, nachdem die Patientin in Narkose versetzt worden ist, eine grüne Substanz

(Indocyaningrün) in den Gebärmutterhals gespritzt. Diese Substanz reichert sich in den Wächter-Lymphknoten im Bereich des kleinen Beckens (pelvin) und/oder neben der Aorta (paraaortal) an. Mit einer besonderen Kamera kann man dann diese Wächter-Lymphknoten strahlendgrün darstellen (vgl. Abb. 3) und gezielt entfernen. Lassen sich in ihnen keine Tumorzellen nachweisen, können alle anderen Lymphknoten geschont werden. Ziel dieser Technik ist es, Risiken und Komplikationen wie Lymphabflussstörungen, Nervenverletzungen und Blutungen für die Patientin zu reduzieren.

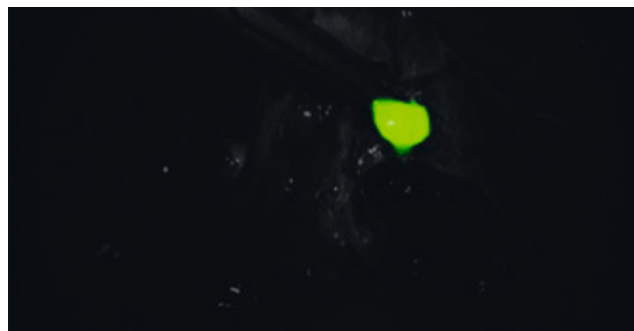


Abb. 3
Mit Indocyaningrün zum Leuchten gebrachter Wächter-Lymphknoten im kleinen Becken (pelvin)

MINIMAL-INVASIVE OPERATIONSTECHNIK

Alle operativen Massnahmen sollten möglichst minimal-invasiv mit Hilfe der Laparoskopie (Bauchspiegelung) von ausgewiesenen Operateuren mit hoher Expertise durchgeführt werden. Die Vorteile einer Operation mittels Bauchspiegelung sind neben den sehr kleinen, kaum auffallenden Hautschnitten ein kürzerer Krankenhausaufenthalt, die schnellere Genesung der Patientin, ein geringerer Blutverlust, weniger Wundheilungsstörungen und weniger postoperative Schmerzen. Die Therapien von Gebärmutterkrebs erfolgen idealerweise an einem gynäkologischen Tumorzentrum nach Vorstellung in einem Tumorboard, wo Spezialisten aus unterschiedlichen Fachgebieten gemeinsam und unter Einhaltung von Behandlungsleitlinien für jede Patientin eine individuell an sie angepasste Behandlungsstrategie erarbeiten. Die Prognose des Gebärmutterkrebses ist dank der meist frühen Diagnose und damit der Möglichkeit einer rechtzeitigen operativen Therapie häufig sehr gut.

GLOSSAR

- **GEBÄRMUTTERKÖRPER:** Obere zwei Drittel der birnenförmigen Gebärmutter (Uterus). Das untere, schmale Drittel heisst Gebärmutterhals.
- **ENDOMETRIUM:** Schleimhaut, die das Innere der Gebärmutter auskleidet
- **GESTAGEN:** Synthetisches Hormon im Rahmen einer Hormonersatztherapie in den Wechseljahren, das mit Östrogen kombiniert wird
- **LEITLINIEN:** von medizinischen Fachgesellschaften entwickelte Empfehlungen bei der interdisziplinären Festlegung der individuell bestmöglichen Therapie für jeden Patienten

KONTAKT

TUMORZENTRUM HIRSLANDEN ZÜRICH

Gynäkologisches Krebszentrum
Witellikerstrasse 40
8032 Zürich
T 044 387 96 62
mqp.hirslanden@hirslanden.ch
www.klinik-hirslanden.ch/gyn-krebs

BAUCHSCHMERZEN - WAS TUN?

Von **PROF. DR. MED. DRS. H.C. JAN SCHMIDT, DR. MED. NICOLAS CLÉMENT** und **PROF. DR. MED. FRANC H. HETZER**,
Fachärzte für Chirurgie, speziell Viszeralchirurgie

BAUCHSCHMERZEN ZÄHLEN ZU DEN HÄUFIGSTEN BESCHWERDEN UND KÖNNEN IN GANZ UNTERSCHIEDLICHER FORM AUFTRETEN. MANCHE BAUCHSCHMERZEN SETZEN PLÖTZLICH EIN UND KLINGEN WIEDER AB; ANDERE HALTEN LÄNGER AN ODER KEHREN IMMER WIEDER ZURÜCK. JE NACH URSACHE SIND DIE SCHMERZEN DUMPF, STECHEND, ZIEHEND ODER KRAMPFARTIG. SIE KÖNNEN GUT LOKALISIERBAR ODER ABER DIFFUS IM GANZEN BAUCHRAUM SPÜRBAR SEIN. TRETEN BAUCHSCHMERZEN LÄNGER ODER WIEDERHOLT AUF, IST EINE ABKLÄRUNG ANGEZEIGT, DA SICH DAHINTER NEBEN HARMLOSEN URSACHEN AUCH ERNSTHAFTE ERKRANKUNGEN VERBERGEN KÖNNEN.

Was tun bei Bauchschmerzen? Diese Frage beschäftigt sicherlich sehr viele Menschen, da praktisch jeder einmal in unterschiedlicher Weise von Bauchschmerzen betroffen ist. Deren mögliche Ursachen sind sehr vielfältig. Sie reichen von harmlosen Blähungen oder Magenverstimmungen bis hin zu chronischen Entzündungen oder im schlimmeren Fall zu bösartigen Neubildungen, die praktisch alle Bauchorgane betreffen können. Deswegen gelten Bauchschmerzen alles andere als harmlos, insbesondere dann, wenn sie wiederholt auftreten. Davon betroffene Patienten sollten unbedingt genau abgeklärt werden.

Im Folgenden wollen wir anhand von zwei Fallbeispielen aufzeigen, wie bei Bauchschmerzen vorgegangen wird, welche medizinischen Disziplinen an der Diagnosestellung und der Therapie beteiligt sind und wie der Behandlungsverlauf aussehen kann.

FALLBEISPIEL 1: KRAMPFARTIGE SCHMERZEN IM OBERBAUCH

Eine 31-jährige, ansonsten gesunde Patientin stellt sich bei ihrer Hausärztin vor wegen seit zwei Monaten bestehenden, krampfartigen Schmerzen im Oberbauch. Die Schmerzen treten zunehmend häufiger, aktuell fast täglich auf und dauern wenige Minuten bis mehrere Stunden. Die Hausärztin weist die Patientin zur weiteren Abklärung einem Gastroenterologen zu, der eine Ultraschall-Untersuchung und eine Magenspiegelung durchführt. In der Magenspiegelung findet sich keine Ursache für die Beschwerden. In der Ultraschall-Untersuchung zeigen sich indessen Gallen-

steine. Diese erklären die Schmerzen der Patientin sehr gut. Die Diagnose einer symptomatischen Cholezystolithiasis (Gallensteinleiden) kann gestellt werden.

Der Gastroenterologe überweist die Patientin einem Bauchchirurgen zur Besprechung einer Operation. Sie stimmt dem Eingriff zu. Kurz darauf kann der Chirurg in einer laparoskopischen Operation (Schlüsselloch-Chirurgie) die Gallenblase mitsamt der Steine komplett entfernen (vgl. Abb. 1). Nach einem kurzen Spitalaufenthalt von drei Tagen kann die Patientin beschwerdefrei nach Hause entlassen werden.

DIE MÖGLICHEN URSACHEN VON BAUCHSCHMERZEN SIND SEHR VIELFÄLTIG. SIE REICHEN VON HARMLOSEN BLÄHUNGEN ODER MAGENVERSTIMMUNGEN BIS HIN ZU CHRONISCHEN ENTZÜNDUNGEN ODER IM SCHLIMMEREN FALL ZU BÖSARTIGEN NEUBILDUNGEN, DIE PRAKTISCH ALLE BAUCHORGANE BETREFFEN KÖNNEN.

GALLENSTEINE

Gallensteine entstehen meistens in der Gallenblase und kommen sehr häufig vor. Risikofaktoren sind Alter (über 40 Jahre), Übergewicht, weibliches Geschlecht und eine familiäre Veranlagung. In vielen Fällen treten lange keine Symptome auf. Typische Beschwerden sind kolikartige Schmerzen im Oberbauch, vor allem nach fettigen Mahlzeiten. Es können aber auch unspezifische Bauchschmerzen auftreten. Zu den möglichen Komplikationen zählen akute Entzündungen der Gallenblase sowie Entzündungen der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse. In gewissen Fällen muss eine notfallmässige Operation erfolgen, um schlimmere Komplikationen zu verhindern.

Gallensteine können sehr gut mit dem Ultraschall diagnostiziert werden. In gewissen Fällen kann zusätzlich ein MRI notwendig sein. Sobald Gallensteine Symptome hervorrufen oder es zu Komplikationen kommt, wird eine Operation zur Entfernung der Gallenblase empfohlen. Die Operation erfolgt minimalinvasiv in laparoskopischer Technik. Die Gallenblase muss deshalb komplett entfernt werden, weil Gallensteine ein hohes Rückfallrisiko haben und die Gallenblase schädigen können. Das wiederum kann zu Entzündungen und in der Folge sogar zu Krebs führen. Die Gallenblase ist nicht lebensnotwendig, sodass man auch ohne sie gut leben kann.



Abb. 1
Gallensteine entstehen häufig aufgrund eines Überschusses an Cholesterin in der Gallenflüssigkeit.

FALLBEISPIEL 2:

BAUCHKRÄMPFE VOR DEM STUHLGANG

Die 63-jährige Frau B. fühlte sich bisher eigentlich immer wohl. In den letzten Wochen hat sie allerdings immer wieder Bauchschmerzen, die sich insbesondere in Krämpfen vor dem Stuhlgang äussern und danach wieder abklingen. Als sie eines Morgens dann auch etwas Blut auf dem Stuhl bemerkt, ruft sie einen Bekannten an, der Mediziner ist. Dieser rät ihr zur umgehenden Abklärung mittels Darmspiegelung.

Am Wochenende verschlimmern sich die Schmerzen, und da kein Arzt zu erreichen ist, stellt sich Frau B. in der Notaufnahme der Klinik Im Park vor. Dort kontaktiert man unverzüglich einen diensthabenden Gastroenterologen, worauf ein kurzfristiger Termin für eine Darmspiegelung vereinbart wird. Im Rahmen dieser Untersuchung muss dann leider die Diagnose eines bösartigen Dickdarmtumors gestellt werden. Da diese Tumoren nicht selten Metastasen in anderen Organen ausbilden können, erfolgt die Zuweisung zu einem Bauchchirurgen, der die weiteren Untersuchungen koordiniert und eine Fallvorstellung im interdisziplinären Tumorboard organisiert.

FACHÜBERGREIFENDER BEHANDLUNGSPFAD

Zunächst wollen die Ärzte ausschliessen, dass Metastasen vorhanden sind. Hierzu werden eine Computertomografie der Lunge zum Ausschluss von Lungenmetastasen und eine Computertomografie der Leber zum Ausschluss von Lebermetastasen durchgeführt. Leider fallen im Bereich der Leber tatsächlich metastasenverdächtige Strukturen in beiden Leberlappen auf (vgl. Abb. 2). In der darauf folgenden, rasch anberaumten Tumorkonferenz werden alle radiologischen Bilder von den anwesenden Pathologen, Radiologen, Gastroenterologen, Chirurgen, Strahlentherapeuten und Onkologen gemeinsam analysiert und besprochen.

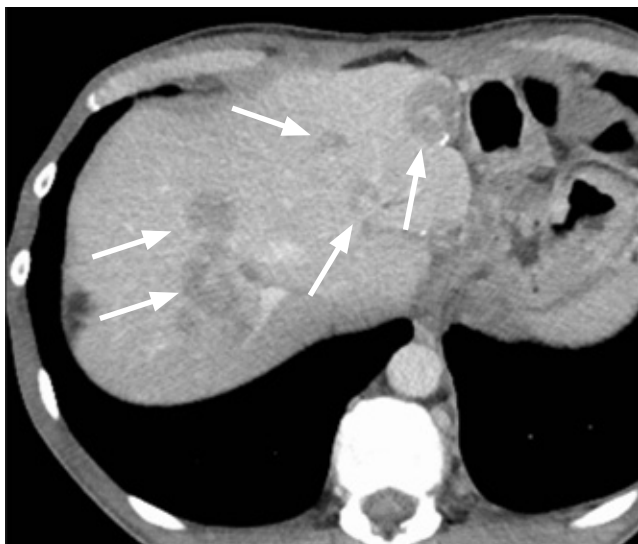


Abb. 2
Die Computertomografie der Leber zeigt in beiden Leberlappen metastasenverdächtige Strukturen.

Als beste Therapieoption empfehlen die Spezialisten zunächst eine Vorbehandlung der in das Blut gestreuten bösartigen Tumorzellen mittels Chemotherapie. Hierdurch soll vor allem das Blut gesäubert werden, da sich offensichtlich lebendige Tumorzellen darin verteilt haben. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass sich dadurch der Primärtumor und die Lebermetastasen verkleinern werden. Nach einer dreimonatigen Chemotherapie sind in der Tat der Tumor am Dickdarm und die Metastasen in der Leber deutlich geschrumpft. Eine Operation kann jetzt geplant werden.

In einer minimalinvasiven Operation erfolgt daraufhin zunächst die Entfernung des primären Tumors am Darm. Nach einer zweiten Phase der Chemotherapie kann der Bauchchirurg in einer weiteren Operation sämtliche Metastasen aus der Leber erfolgreich entfernen. Darin zeigt sich, was viele Menschen nicht wissen: Selbst bei Metastasen von manchen bösartigen Tumoren wie z.B. Dickdarmkrebs kann nach Entfernung der Metastasen bei einem hohen Prozentsatz der Patienten eine Heilung erreicht werden.

RASCH ZUR RICHTIGEN DIAGNOSE UND BESTMÖGLICHEN BEHANDLUNG

Diese Beispiele verdeutlichen exemplarisch mögliche Ursachen sowie das therapeutische und diagnostische Vorgehen bei Bauchschmerzen. In der Klinik Im Park arbeitet eine Gruppe von Medizinerinnen aus verschiedenen Fachbereichen sehr eng zusammen, um möglichst rasch vom Symptom Bauchschmerz auf die richtige Diagnose zu kommen und die nötigen Behandlungsschritte einzuleiten.

GLOSSAR

- **GALLENBLASE:** Die Gallenblase liegt unterhalb der Leber. Sie speichert die von der Leber gebildete Gallenflüssigkeit und gibt diese zur Verdauung von Nahrungsfetten in den Zwölffingerdarm ab.
- **GASTROENTEROLOGE:** Facharzt für die Diagnostik und die Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts sowie der damit verbundenen Organe Leber, Gallenblase und Bauchspeicheldrüse.

KONTAKT BEI BAUCHSCHMERZEN

NOTFALLSTATION KLINIK IM PARK
T 044 209 28 50

KONTAKT

BAUCHMEDIZIN KLINIK IM PARK
www.klinik-impark.ch/bauch

GASTROINTESTINALES TUMORZENTRUM ZÜRICH
Seestrasse 259
8038 Zürich
T 043 344 33 33
www.gitz.ch





HIRSLANDEN HEALTHLINE

0848 333 999
(Ortstarif)

IHRE KOSTENLOSE HOTLINE 24/7 FÜR ALLE MEDIZINISCHEN FRAGEN UND ANLIEGEN



HIRSLANDEN HEALTHLINE

Für medizinischen Rat, rund um die Uhr.
0848 333 999 (Ortstarif)

WWW.HIRSLANDEN.CH/HEALTHLINE

VERANSTALTUNGEN JANUAR BIS MÄRZ 2022

Bitte beachten Sie, dass es aufgrund der anhaltenden Corona-Pandemie zu kurzfristigen Verschiebungen oder zu einer Durchführung als Online-Veranstaltung kommen kann. Die aktuellsten Informationen zur Anmeldung, Teilnahme und Durchführung unserer Veranstaltungen erhalten Sie stets auf unserer Webseite unter: www.hirslanden.ch/veranstaltungen-zuerich.

KLINIK IM PARK

Anmeldung: www.hirslanden.ch/veranstaltungen-zuerich

Die Publikumsvorträge finden in der Belvoirpark Hotelfachschule, Seestrasse 141, 8002 Zürich, statt.

Jeweils Do, 18.30-19.30 Uhr	INFORMATIONSVORANSTALTUNG FÜR WERDENDE ELTERN 20.1.2022, 24.2.2022, 24.3.2022	HEBAMME, PFLEGEFACHPERSON WOCHENBETT
Online-Veranstaltung	Diese Veranstaltung findet als Online-Veranstaltung statt. Anmeldung über unsere Webseite unter www.hirslanden.ch/veranstaltungen-zuerich	
Mi, 19.1.2022 18.30-20.00 Uhr	PUBLIKUMSVORTRAG FUSSINSTITUT ZÜRICH	DR. MED. GEORG KLAMMER PD DR. MED. NORMAN ESPINOSA
Mi, 9.2.2022 18.30-20.00 Uhr	PUBLIKUMSVORTRAG RUND UM DAS THEMA «HERZ»	DR. MED. ANJA FÄH DR. MED. HELENE HAMMER
Mi, 16.3.2022 18.30-20.00 Uhr	PUBLIKUMSVORTRAG KLINIK IM PARK	DAS VORTRAGSTHEMA UND DIE REFERENTEN WERDEN DEMNÄCHST PUBLIZIERT UNTER WWW.HIRSLANDEN.CH/VERANSTALTUNGEN-ZUERICH

KLINIK HIRSLANDEN

Anmeldung: www.hirslanden.ch/veranstaltungen-zuerich

Die Publikumsvorträge finden im Auditorium auf der Ebene 4 der Klinik Hirslanden statt.

Jeweils Mo, 18.30-19.30 Uhr	INFORMATIONSVORANSTALTUNG FÜR WERDENDE ELTERN 10.1.2022, 7.2.2022, 14.3.2022	GYNÄKOLOGIN, ANÄSTHESISTIN, KINDERÄRZTIN, HEBAMME, PFLEGEFACHPERSON WOCHENBETT
Online-Veranstaltung	Diese Veranstaltung findet als Online-Veranstaltung statt. Anmeldung über unsere Webseite unter www.hirslanden.ch/veranstaltungen-zuerich	
Di, 18.1.2022 18.30-20.00 Uhr	PUBLIKUMSVORTRAG CHECK-UP ZENTRUM HIRSLANDEN	DR. MED. DR. PHIL. ANNA ERAT UND WEITERE REFERENTEN
Di, 25.1.2022 18.30-20.00 Uhr	PUBLIKUMSVORTRAG SPORTCLINIC ZÜRICH	DR. MED. MATTHIAS SCHENKEL
Di, 8.2.2022 18.30-20.00 Uhr	PUBLIKUMSVORTRAG ZENTRUM FÜR NEUROCHIRURGIE (ENDOMIN)	PROF. DR. MED. ROBERT REISCH PROF. DR. MED. NIKOLAI J. HOPF
Sa, 12.3.2020 9.30-13.00 Uhr	GESUNDHEITSMATINÉE RUND UM DAS THEMA «DARM»	PROF. DR. MED. OTHMAR SCHÖB, DR. MED. NATALIE KUCHEN, DR. MED. ANDREAS-PAUL MÜLLER UND WEITERE REFERENTEN
Di, 22.3.2020 18.30-20.00 Uhr	PUBLIKUMSVORTRAG BABYBLUES	KD DR. MED. BARBARA BASS

ABO-ÄNDERUNGEN

Abbestellungen oder Adressänderungen nehmen wir gerne unter **T 0848 333 999** oder **MITTELPUNKT@HIRSLANDEN.CH** entgegen.

