

AMPULS

DER MEDIZIN

EINBLICKE IN DIE SPITZEN- UND BREITENMEDIZIN

Qualität bei Hirslanden Bern

Moderne Intensivmedizin

Herzchirurgie – Aortenklappenersatz

Zysten-, Myom- und Gebärmutterentfernung

Wirbelsäuleneingriffe im Alter

Hüftschmerz





Dr. med. Christoph Egger, M.B.A.
Direktor Klinik Beau-Site

Daniel Freiburghaus
Direktor Klinik Permanence
und Salem-Spital

INHALT

- 3 Qualität bei Hirsländen Bern
- 4 Moderne Intensivmedizin –
zwischen Mensch und Maschine
- 6 Neue chirurgische Verfahren zum Ersatz
der Aortenklappe
- 8 Zysten-, Myom- und Gebärmutterentfernung:
Alles durchs «Schlüsselloch»
- 10 Wirbelsäuleneingriffe beim alternden Menschen
- 12 Hirsländen Baby
- 13 Hirsländen Healthline
- 14 Hüftschmerz – was nun?
- 16 Publikumsvorträge

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser

«Am Puls der Medizin» bietet Ihnen wortwörtlich Einblick in verschiedene Fachgebiete der Spitzen- und Breitenmedizin. Seit 25 Jahren betreibt die Klinik Beau-Site Herzchirurgie in hoher Qualität. Erfahren Sie mehr über neue Verfahren zum Aortenklappenersatz. Die demografische Entwicklung der Bevölkerung führt auch zu einer Zunahme von Abnützungserkrankungen des Bewegungsapparates. Lesen Sie mehr über moderne Therapieformen in dieser Publikation.

Die Privatklinikgruppe Hirsländen gliedert ihre 14 Kliniken ab Dezember 2011 in die Regionen Ost und West. Diese werden strategisch durch Regionalverantwortliche geführt. Die Region West wird neu vollamtlich von Adrian Dennler verantwortet, der bisher auch als Direktor der Klinik Beau-Site tätig war. Per 1. Dezember 2011 übernimmt Dr. med. Christoph Egger, bisher Leiter Klinische Bereiche Hirsländen Bern, das Direktorium der Klinik Beau-Site. Der Anästhesist und Betriebsökonom verfügt über umfangreiche Erfahrung im Management von Gesundheitsbetrieben.

Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen in die Hirsländen Kliniken Bern und wünschen Ihnen eine spannende Lektüre. Gerne begrüssen wir Sie an unseren Publikumsvorträgen. Das aktuelle Programm finden Sie auf der Rückseite.

Dr. Christoph Egger
Direktor Klinik Beau-Site

Daniel Freiburghaus
Direktor Klinik Permanence
und Salem-Spital

IMPRESSUM

«Am Puls der Medizin»

ist eine Publikation der Hirsländen Kliniken Bern und erscheint zweimal jährlich.

Die Zeitschrift ist als PDF-Datei auf www.hirslanden.ch aufgeschaltet.

Die Verantwortung für den Inhalt der Artikel liegt beim jeweiligen Autor. Nachdruck, Vervielfältigung und Reproduktion des Inhaltes (ganz oder teilweise) sind nur mit Quellenangabe und schriftlicher Erlaubnis der Hirsländen Kliniken Bern gestattet.

Auflage: 31 000 Ex.
Redaktion: Marketing und Kommunikation, Hirsländen Bern
Gestaltung: THREESOLUTION.CH, Zürich
Druck: KROMER PRINT AG, Lenzburg

ABONNENTEN-SERVICE

Möchten Sie die Zeitschrift «Am Puls der Medizin» abonnieren bzw. abbestellen? Oder sind Sie umgezogen?

Änderungen nehmen wir unter
marketing.bern@hirslanden.ch oder
Telefon 031 335 73 62 gerne entgegen.



QUALITÄT BEI HIRSLANDEN BERN

Dr. med. Christoph Egger, M.B.A.

Direktor Klinik Beau-Site,
ehem. Leiter Klinische Bereiche Hirslanden Bern

Qualität ist ein umfassender Begriff und kann auf unterschiedliche Weise interpretiert werden. Patienten bewerten vor allem die professionelle und einfühlsame Betreuung sowie eine rasche Verbesserung ihres Gesundheitszustandes. Wenn Spitäler über Qualität sprechen, betrifft dies meist spezifische klinische Daten, die über einen bestimmten Zeitraum gesammelt und analysiert wurden.

Die Qualität einer medizinischen Behandlung und der pflegerischen Betreuung erkennen Patienten und ihre Angehörigen unmittelbar dann, wenn sie diese erfahren: Ein aufmunterndes Gespräch mit der Pflegefachfrau, die kompetente Auskunft des Arztes am Patientenbett oder die freundliche Atmosphäre in der Klinik. All dies hat – nebst dem Therapieerfolg – Einfluss darauf, wie Patienten die Qualität ihrer Behandlung wahrnehmen.

Professioneller Umgang mit sensiblen Daten

Qualitätsmessungen von Spitälern sind nicht immer einfach nachzuvollziehen. Verschiedene Behörden und Expertengruppen haben ihre eigenen Vorstellungen, welche Qualitätsparameter wichtig sind und welche klinischen Ergebnisdaten veröffentlicht werden sollen. Die Wahl sowie die Art und Weise der Veröffentlichung dieser Daten können die Wahrnehmung einer Klinik in der Öffentlichkeit stark beeinflussen: Der plötzliche Tod eines jungen Menschen nach einer Blinddarmoperation hat eine ganz andere Bedeutung, als das Versterben eines schwer herzkranken Patienten nach einem risikobehafteten Eingriff. Deshalb bedarf der Umgang mit solch sensiblen Daten grosser Umsicht und Professionalität. Trotz diesen kritischen Überlegungen scheut die Privatklinikgruppe Hirslanden den Vergleich mit anderen Spitälern und Klinikgruppen keineswegs und veröffentlicht jährlich einen detaillierten Qualitätsbericht.

Ausgewiesene Qualität in allen Bereichen

Mindestens genauso wichtig wie die Ergebnisqualität ist die Struktur- und Prozessqualität: Seit November 2009 sind die Hirslanden Kliniken Bern ISO-zertifiziert. Alle Unternehmensbereiche haben von der Schweizerischen Vereinigung für Qualitäts- und Managementsysteme (SQS) das Zertifikat ISO 9001:2000 erhalten. Die Zertifizierung ist ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg der stetigen Qualitäts- und Effizienzsteigerung in allen Bereichen, insbesondere in der Pflege und der Medizintechnik. Der nächste Schritt ist das Total Quality Management (TQM) nach dem Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM).

Qual der Wahl – welche Klinik ist die richtige?

Erkundigen Sie sich vor einem geplanten Klinikaufenthalt über die Qualität der Einrichtung. Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt offen über Ihre Erwartungen, lesen Sie die Qualitätsberichte im Internet und erkundigen Sie sich bei Ihrer Familie oder Ihren Freunden über allfällige Erfahrungen mit der Klinik. Nur eine ganzheitliche Sicht der Qualität ermöglicht deren Beurteilung.



MODERNE INTENSIVMEDIZIN – ZWISCHEN MENSCH UND MASCHINE

Dr. med. Rafael Knüsel

Facharzt FMH für Anästhesiologie und Intensivmedizin,
Notarzt SGNOR, Belegarzt Klinik Beau-Site

Die wichtigste Aufgabe und das oberste Ziel der modernen Intensivmedizin ist es, Leben zu erhalten – und nicht etwa Sterben zu verlängern. Dank einem Team aus erfahrenen Spezialisten und modernster Technologie haben auch schwerst verletzte oder kranke Menschen eine Chance auf Genesung. Es gehört zu den täglichen Herausforderungen aller in der Intensivmedizin tätigen Personen, sich in diesem medizinischen, ethischen und emotionalen Spannungsfeld zu bewegen.

Die Intensivstation einer Klinik ist eine besonders ausgestattete Abteilung, auf der Patienten liegen, deren Zustand lebensbedrohlich ist oder werden könnte und die rund um die Uhr überwacht werden müssen. In der Schweiz gibt es 88 zertifizierte Intensivstationen. Jährlich werden rund 75 000 Patienten behandelt, 70% treten als Notfall ein und über 30% der Patienten müssen zeitweise künstlich beatmet werden.

Akute Lebensgefahr

Die häufigsten Probleme, weshalb Patienten auf die Intensivstation verlegt werden, sind Störungen der so genannten «Vitalfunktionen»: Akute Kreislaufbeschwerden, wie zu tiefer oder zu hoher Blutdruck oder Herzrhythmusstörungen, gefolgt von Atemproblemen und Veränderungen der Bewusstseinslage (starke Schläfrigkeit bis hin zum Koma oder gesteigerte Unruhe und Aggressivität, «Delir»). Die Ursachen dafür sind meist Infekte oder Blutungen (Lungenentzündung, Magenblutung usw.), sowie Unfälle und Vergiftungen. Je nach Schweregrad kann aber auch ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall eine Einweisung auf eine Intensivstation erfordern.

Apparatemedizin – aber nicht nur

Um die unmittelbare Lebensgefahr abzuwenden, braucht es – neben der Betreuung durch ausgewiesene Fachexperten – modernste, computergesteuerte Spitzentechnologie. Rund um das Patientenbett sind zahlreiche Apparaturen installiert: Überwachungsmonitore, Beatmungsmaschinen, Spritzen- und Infusionspumpen zur exakten Dosierung von hochwirksamen Medikamenten sowie Salz- und Nähr-Lösungen, Geräte zur kontinuierlichen Blutwäsche (Dialyse) usw.

Im Mittelpunkt der Behandlung steht trotz aller Technik immer der Patient: Der Mensch mit seiner Familie und seinen Freunden, sein Überlebenswille, Hoffnung und Ängste. Dem betreuenden Team ist es sehr wichtig, den Menschen und seinen Willen zu begreifen und ihm – falls es keine Aussicht auf Erholung gibt, ein würdiges Sterben zu ermöglichen.

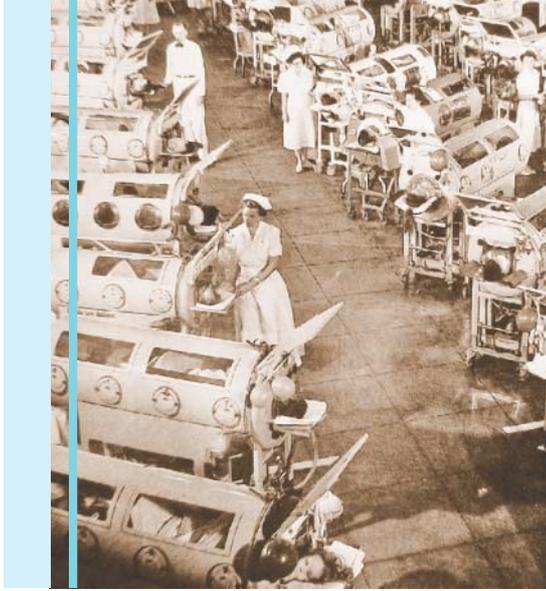


Abb. 1
«Iron Lung Wards» 1952, Quelle: www.wikipedia.org



Abb. 2
Patientenbett Intensivpflegestation

Intensives Zusammenspiel aller Beteiligten

Rund die Hälfte der Intensivpatienten benötigt eine intensive Überwachung nach einer grösseren Operation (Herz-, Lungen- oder Bauchoperation), knapp ein Drittel wird über eine Notfallstation eingewiesen. Diese schwer erkrankten oder verletzten Patienten werden von speziell ausgebildeten Fachpersonen überwacht und betreut. Die ärztliche Verantwortung auf der Intensivstation liegt primär beim Facharzt für Intensivmedizin, in den meisten Fällen ist dies ein Anästhesist, Internist oder Chirurg mit einer spezifischen Weiterbildung. Er ist zuständig für die Durchführung sämtlicher diagnostischer Verfahren und Therapien. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit den beteiligten Spezialisten, wie beispielsweise dem Chirurgen, dem Krebspezialisten oder der Fachärztin für Innere Medizin. Falls nötig (bei Infektionen, Nierenkrankheiten usw.), werden weitere Ärzte aus anderen Fachgebieten zugezogen.

Die Pflege von Intensivpatienten erfordert ebenfalls grosses Wissen und Erfahrung. Zudem ist sie äusserst aufwändig: Es kann sein, dass ein einziger Patient während derselben Schicht von zwei oder sogar drei speziell für die Intensivpflege ausgebildeten Pflegefachpersonen betreut werden muss.

Auch die Physiotherapie spielt auf der Intensivstation eine wichtige Rolle: Um den Verlust von Kraft und Koordination gering zu halten und die Patienten so schnell wie möglich – im wahrsten Sinne des Wortes – wieder auf die Beine zu bringen, ist es wichtig, dass sie bereits frühzeitig mobilisiert und trainiert werden.

Ein Blick zurück – die Geschichte der Intensivmedizin

Bereits 1863 forderte die Begründerin der modernen westlichen Krankenpflege, Florence Nightingale, spezielle, in der Nähe der Operationssäle gelegene Räumlichkeiten zur Überwachung von frisch operierten Patienten. Die moderne Intensivmedizin jedoch ist eine noch junge Disziplin: Infolge einer grossen Poliomyelitis-Epidemie (Kinderlähmung) in Kopenhagen gründete der dänische Anästhesist Björn Ibsen 1952 die erste Intensivstation. Anfangs waren diese so genannten «Iron Lung Wards» reine Beatmungsstationen bei Kinderlähmung oder Muskelerkrankungen. Eine weitere Vorstufe der heutigen Intensivstationen waren die, vom amerikanischen Herzspezialisten Bernard Lown ins Leben gerufenen «Coronary Care Units». Auf speziellen Abteilungen wurde der Herzrhythmus von Herzinfarkt-Patienten mittels Monitor überwacht und bei Kammerflimmern konnte unmittelbar mit der Defibrillation (Elektroschockbehandlung) begonnen werden.

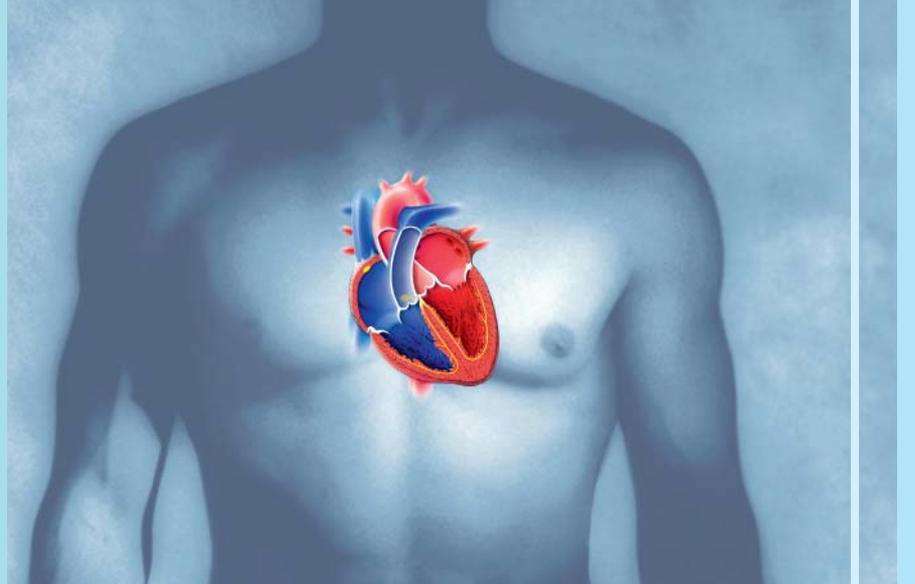
PUBLIKUMSVORTRAG

Moderne Intensivmedizin – zwischen Mensch und Maschine

Mittwoch, 1. Februar 2012, 19.00 – 20.30 Uhr
Diaconis Tagungszentrum beim Salem-Spital, Bern

Dr. med. Rafael Knüsel

Facharzt FMH für Anästhesiologie und Intensivmedizin,
Notarzt SGNOR, Belegarzt Klinik Beau-Site



NEUE CHIRURGISCHE VERFAHREN ZUM ERSATZ DER AORTENKLAPPE

PD Dr. med. Mario Stalder

Facharzt FMH für Herz- und thorakale Gefässchirurgie,
Belegarzt Klinik Beau-Site

PD Dr. med. Urs Niederhäuser

Facharzt FMH für Herz- und thorakale Gefässchirurgie,
Belegarzt Klinik Beau-Site

Die Erkrankung der Aortenklappe ist die zweithäufigste Erkrankung des Herzes, welche einen herzchirurgischen Eingriff benötigt. Als Standardtherapie wird die defekte Herzklappe über die eröffnete Hauptschlagader durch eine Aortenklappenprothese ersetzt. Das Risiko dieser Operation ist gering und die Langzeitergebnisse sind sehr gut. Für einige Patienten kommt dieser Eingriff an der Herz-Lungen-Maschine jedoch nicht in Frage, da das Operationsrisiko aufgrund ihres Alters oder anderer Begleiterkrankungen zu hoch wäre. Für diese Gruppe von Hochrisikopatienten hat sich in den letzten Jahren der minimalinvasive Aortenklappenersatz mit Hilfe der neuen Kathetertechnik etabliert.

Eine Aortenklappenveränderung ist eine schwere Erkrankung, die den Herzmuskel zunehmend ermüdet. Nach dem Auftreten der Symptome führt sie unbehandelt in relativ kurzer Zeit zu irreversiblen Schäden am Herz oder sogar zum Tode. Die Aortenklappe kann entweder undicht werden (Aortenklappeninsuffizienz), meistens bedingt durch eine zunehmende Erweiterung der Hauptschlagader, oder es kommt zu einer dauerhaften Einengung der Aortenklappe (Aortenklappenstenose), was weit häufiger ist und vor allem im mittleren und höheren Alter auftritt. Die Betroffenen klagen meistens über eine zunehmende Atemnot, es können aber auch Brustschmerzen oder kurze Ohnmachtsanfälle auftreten.

Die entsprechende chirurgische Behandlung gibt es schon seit mehreren Jahrzehnten. Dabei wird die defekte Herzklappe über die eröffnete Hauptschlagader (Aorta) durch eine Aortenklappenprothese ersetzt. Das Risiko dieser Herzoperation ist gering

und die Langzeitergebnisse sind sehr gut. Es wird deshalb als Standardverfahren bei Aortenklappenproblemen angesehen. In letzter Zeit sind allerdings einige Neuerungen entwickelt worden, welche die Aortenklappenoperation für die Patienten schonender machen und es ermöglichen, die Operation bei älteren und kränkeren Patienten durchzuführen.

Minimalinvasiver Zugang – Ministernotomie

Normalerweise wird bei einer Herzoperation das gesamte Brustbein in der Mitte durchtrennt, um einen Zugang zum Herz zu erlangen. Aus anatomischen Gründen – die Aortenklappe liegt im oberen Bereich des Brustkorbes – ist es möglich, bei einer Aortenklappenoperation nur den oberen Teil zu durchtrennen. Dieser Zugang wird Ministernotomie genannt (Abb. 1). Da der untere Teil des Brustbeins intakt bleibt, haben die Patienten nach der Operation weniger Schmerzen und können besser atmen und husten. Zudem entsteht ein kosmetisch schöneres Resultat.

Minimale Herz-Lungen-Maschine (MECC)

Die Herz-Lungen-Maschine wird bei herzchirurgischen Eingriffen benötigt, um die Operation am stillgelegten Herz durchführen zu können. Während die defekte Herzklappe entfernt und eine Herzklappenprothese eingebracht wird, unterhält die Herz-Lungen-Maschine den Blutkreislauf des Patienten, führt dem Blut Sauerstoff zu und reguliert die Körpertemperatur.

Neben den erwünschten Effekten hat die Herz-Lungen-Maschine aber auch schädliche Wirkungen für den Körper. Durch den Kontakt des Blutes mit den Schläuchen und der künstlichen Lunge kommt es zu einer Entzündungsreaktion im Körper. Der Kontakt des Blutes mit Luft aktiviert die Blutgerinnung. Zusätzlich verdünnt die Flüssigkeit, die zur Füllung der Maschine benötigt wird, das Blut und führt zu einer Flüssigkeitseinlagerung im Gewebe. Eine Weiterentwicklung im Sinne einer Minimalisierung der konventionellen Herz-Lungen-Maschine ist das MECC-System. Dies ist ein, mit einer Zentrifugalpumpe angetriebener, geschlossener Kreislauf mit einem deutlich kürzeren Schlauchsystem.

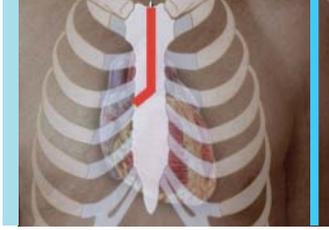


Abb. 1
Minimalinvasiver Zugang –
Ministernotomie



Abb. 2 und Abb. 3
Selbstverankernde Aortenklappenprothese

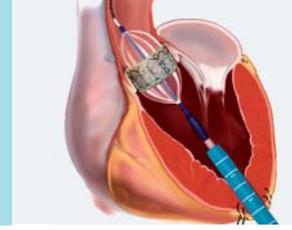
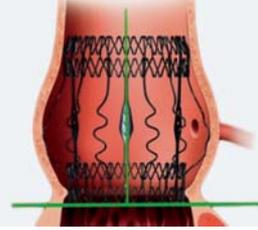


Abb. 4
Klappenprothese über einen
Katheter eingeführt

Damit können der Blut-Luft-Kontakt eliminiert, der Kontakt mit Fremdoberflächen sowie das Füllungsvolumen und somit die negativen Effekte für den Patienten insgesamt reduziert werden.

Neue, selbstverankernde Aortenklappenprothese

Nach der Entfernung der defekten Aortenklappe muss eine Aortenklappenprothese eingesetzt werden. Dabei gibt es grundsätzlich zwei Möglichkeiten: Einerseits die so genannt künstlichen oder mechanischen Prothesen, die sehr dauerhaft sind, aber eine lebenslange Blutverdünnung erfordern. Sie werden eher bei jüngeren Patienten eingesetzt. Für ältere Patienten werden biologische Klappen verwendet, die aus tierischem Gewebe hergestellt werden und eine begrenzte Lebensdauer aufweisen, dafür keine Blutverdünnung erfordern.

Die Wahl der am besten für den Patienten geeigneten Prothese erfolgt immer im Gespräch zwischen Patient und Chirurg. Beide Klappentypen wurden bisher vom Chirurgen mit Nähten im Herz verankert. Seit Kurzem gibt es selbstverankernde biologische Prothesen. Sie sind auf einem dünnen Gerüst angebracht, das sich perfekt an die Anatomie der Hauptschlagader anpasst und so die Klappe in Position hält (Abb. 2 und 3). Die bisherigen Erfahrungen mit diesen Klappen haben gezeigt, dass deren Einbringen deutlich schneller geht und somit die Zeit, während der das Herz stillgelegt werden muss, reduziert wird. Sie eignen sich besonders bei Patienten mit schweren Verkalkungen der Hauptschlagader oder mit einer sehr kleinen Hauptschlagader.

Aortenklappenersatz mit Kathetertechnik

Etwa ein Drittel aller Patienten mit einer schweren Aortenklappenstenose werden nicht für eine Operation vorgesehen, da das Risiko aufgrund ihres Alters und anderer Begleiterkrankungen als zu hoch geschätzt wird. Unter konservativer (nicht-chirurgischer) Therapie verstirbt allerdings die Hälfte dieser Patienten innerhalb von zwei Jahren.

Der minimalinvasive Aortenklappenersatz mit Hilfe der neuen Kathetertechnik hat sich in den letzten Jahren für diese Gruppe

von Hochrisikopatienten etabliert. Bei dieser Technik wird die Klappenprothese gefaltet und über einen Ballon an der Spitze des Katheters eingeführt (Abb. 4). Der Zugang zur Aortenklappe erfolgt durch einen zirka sieben Zentimeter langen Schnitt an der vorderen Wand des Brustkorbs und direkt durch die Herzspitze oder alternativ durch die Arterie in der Leiste und anschliessend rückwärts durch die Aorta. Die verkalkte und verengte Klappe wird belassen und mit dem Ballon an die Wand gedrückt. Die in einem Metallgerüst (Stent) aufgehängte Klappenprothese wird gleichzeitig vom Ballon aufgedehnt und verankert sich am ehemaligen Klappenring.

In der bisherigen Erfahrung erwiesen sich die konventionelle Klappenoperation und das minimalinvasive Verfahren im kurzfristigen Verlauf als gleichwertig. Ein Jahr nach dem Eingriff war die Sterblichkeit statistisch nicht signifikant unterschiedlich (ca. 25%). Schlaganfälle oder Streifungen sowie Gefässkomplikationen kamen allerdings bei der Kathetertechnik deutlich häufiger vor.

Für die Mehrzahl der Patienten mit Aortenklappenstenose bleibt, auch aufgrund fehlender Langzeitergebnisse der Katheterklappen, die bewährte konventionelle Herzchirurgie vorderhand die Therapie der Wahl.

PUBLIKUMSVORTRAG

Neue chirurgische Verfahren zum Ersatz der Aortenklappe

Mittwoch, 9. Mai 2012, 19.00 – 20.30 Uhr
Diaconis Tagungszentrum beim Salem-Spital, Bern

PD Dr. med. Mario Stalder
Facharzt FMH für Herz- und thorakale Gefässchirurgie,
Belegarzt Klinik Beau-Site

PD Dr. med. Urs Niederhäuser
Facharzt FMH für Herz- und thorakale Gefässchirurgie,
Belegarzt Klinik Beau-Site



ZYSTEN-, MYOM- UND GEBÄRMUTTERENTFERNUNG: ALLES DURCHS «SCHLÜSSELLOCH»

PD Dr. med. Willy Hänggi

Facharzt FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe,
Schwerpunkt gynäkologische Onkologie, Belegarzt Salem-Spital

Zysten und Myome sind weitverbreitet und werden oft bei routinemässigen Ultraschall-Untersuchungen entdeckt. Die meist gutartigen Gewebeveränderungen sind oft lange symptomlos, erst mit der Zeit treten Beschwerden wie Blutungsstörungen oder Schmerzen durch Grössenzunahme auf. Die zuverlässigste Therapie ist die operative Entfernung. In den meisten Fällen erfolgt der Eingriff laparoskopisch, das heisst über einen kleinen Schnitt im Bauchnabel.

Die Laparoskopie (Bauchspiegelung), im Volksmund «Schlüsselloch-Chirurgie» genannt, ist aus der heutigen operativen Gynäkologie nicht mehr wegzudenken. Durch einen kleinen, etwa einen Zentimeter langen Schnitt im Bauchnabel wird eine Optik in den Bauchraum eingeführt. Zur besseren Übersicht wird dabei der Bauchraum durch die ständige Zufuhr eines Gases (Kohlendioxid, CO₂) aufgebläht. Durch zusätzliche kleine Schnitte können verschiedene Instrumente eingeführt und so sämtliche notwendigen gynäkologischen Operationen durchgeführt werden.

Geschichte der Laparoskopie

Die heute in sämtlichen Teilgebieten der Chirurgie angewandte laparoskopische Operationstechnik hat ihren Ursprung in der Gynäkologie (Frauenheilkunde). Bereits 1910 wurde die Laparoskopie in Schweden zur Diagnosestellung eingesetzt, therapeutische Eingriffe folgten 1930 erstmals in Deutschland. Bald darauf wurden sie routinemässig durchgeführt, vor allem zur Unterbindung der Eileiter. Die erste laparoskopisch vollständige Gebärmutterentfernung erfolgte 1988 in den USA.

Voraussetzungen für die Laparoskopie

Voraussetzung zur Durchführung eines laparoskopischen Eingriffs ist die Operationsfähigkeit der Patientin aufgrund ihres Alters oder des Gesundheitszustandes. Der Eingriff erfolgt praktisch immer in Vollnarkose. Um eine gute Übersicht im kleinen Becken zu bekommen, wird die Patientin, auf speziellen Vakuummatratzen gelagert, in eine tiefe Kopflage gebracht. Massives Übergewicht, schwere Lungen- und Herzkrankheiten sowie ausgedehnte Verwachsungen im Bauchraum nach vorgängigen Operationen können einen laparoskopischen Eingriff verunmöglichen.

Der Chirurg sollte eine genügend grosse Anzahl Laparoskopien nachweisen können. Vor allem aber muss er in der Lage sein, die Operation und die Behebung von allfälligen Komplikationen auch am offenen Bauch durchzuführen oder zu vollenden. Die laparoskopischen Eingriffe sind heute weitgehend standardisiert. Sie stellen aber zum Teil hohe Ansprüche an die Instrumente und an das Bedienpersonal. Die zum Einsatz kommenden Instrumente wie Ultraschallskalpelle für ein schonendes Schneiden mit gleichzeitiger Blutstillung, Elektrokoagulationsgeräte zur operative Zerstörung kleiner Gewebeabschnitte mit hochfrequentem Wechselstrom sowie Morcellatoren (Gewebezestückeler) und Trokare (Einstichhülsen) sind meist Einweggeräte und dementsprechend teuer.

Was wird laparoskopisch operiert?

Grundsätzlich kann jeder gynäkologische Eingriff, der am offenen Bauch durchgeführt wird, auch laparoskopisch gemacht werden. Allerdings sollte die Wahl der Therapieform nur aufgrund der vorliegenden Krankheit und deren Beschwerdebild getroffen werden. Die Tatsache, dass ein laparoskopischer Eingriff kleiner ist und keine wesentlich sichtbaren Narben hinterlässt, heisst nicht, dass er die angezeigte Behandlung für jede Patientin ist.



Abb. 1
Myom: Gutartige Geschwulst der Gebärmuttermuskulatur



Abb. 2
Eierstockzysten: Mehrkammerige Zyste des Eierstockes im Ultraschallbild



Abb. 3
Eierstockzysten: Operationsaufnahme des Ultraschallbefundes von Abb. 2

In der täglichen gynäkologischen Praxis gehören Blutungsstörungen mit und ohne krankheitsbedingte Veränderungen der Gebärmutter zu den häufigsten Indikationen einer Operation. Neben der Diagnostik, in den meisten Fällen durch eine Gewebentnahme bei einer Auskratzung, sollten selbstverständlich die zur Verfügung stehenden konservativen Massnahmen wie eine Hormontherapie oder die Einlage einer hormonhaltigen Spirale in die Gebärmutter vor einem Eingriff ausgeschöpft werden.

Myome

Myome sind gutartige Geschwülste der Gebärmutterwand. Grosse Myome führen häufig zu therapieresistenten Blutungsstörungen, oft begleitet von Blutarmut und Eisenmangel. Sie können nur operativ behandelt werden. Myome können auch eine Ursache für wiederholte Fehlgeburten oder ungewollte Kinderlosigkeit sein. In sehr seltenen Fällen kann ein Myom zu einer bösartigen Geschwulst entarten.

Verbreitete Behandlungsmethoden sind die Gefässerbolisation (Gefässverschluss) und die Antihormontherapie. Sie sollen durch eine Störung der Blutversorgung zu einem «Verhungern» und damit zum kleiner werden der Myome führen. Sie sind jedoch nur an wenigen Stellen möglich und bringen sehr selten den gewünschten Erfolg. Bei Frauen mit Kinderwunsch können der oder die Myomknoten einzeln laparoskopisch entfernt werden. Dieser Eingriff ist allerdings schwieriger und führt häufiger zu Komplikationen. Er sollte nur bei Patientinnen durchgeführt werden, bei denen eine Schwangerschaft aufgrund des Befundes und ihres Alters realistisch ist.

Der Anteil der unvollständigen Gebärmutterentfernungen (subtotale Hysterektomien) bei gutartiger Erkrankung nimmt zu. Jedoch beweist keine der vorliegenden Studien, dass dieser Eingriff einer kompletten Entfernung der Gebärmutter überlegen ist. Dies gilt insbesondere in Bezug auf die Beeinträchtigung der Sexualfunktion und in Hinsicht auf ein allfälliges späteres Senkungsrisiko.

Eierstockzysten

Eierstockzysten sind Veränderungen des Eierstockes. Sie entstehen durch Flüssigkeitsansammlung in bestehenden (Eibläschen oder deren Reste) oder neu gewachsenen Hohlräumen des Eierstockes. Vor allem bei komplexen Eierstocktumoren (mehrkammerige Zysten, solide Anteile u.a.) kann nicht immer mit letzter Sicherheit bestimmt werden, ob sie gutartig sind. Bei verdächtigen Strukturen und bei bestehen bleiben der meist mittels Ultraschall festgestellten Veränderung über sechs bis zwölf Wochen ist eine operative Entfernung dringend angezeigt. Bei unklaren Fällen ist die laparoskopische Entfernung des Eierstockbefundes gegenüber dem früher praktizierten Längsschnitt von Vorteil. Dabei wird der abgetrennte Eierstock – zur Vermeidung einer Ausbreitung von Zellen in den Bauchraum – in einem Bergebeutel aus dem Bauchraum entfernt.

PUBLIKUMSVORTRAG

**Zysten-, Myom- und Gebärmutterentfernung:
Alles durchs «Schlüsselloch»**

Mittwoch, 15. Februar 2012, 19.00 – 20.30 Uhr
Diaconis Tagungszentrum beim Salem-Spital, Bern

PD Dr. med. Willy Hänggi

Facharzt FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe,
Schwerpunkt gynäkologische Onkologie,
Belegarzt Salem-Spital



WIRBELSÄULENEINGRIFFE BEIM ALTERNDEN MENSCHEN

Prof. Dr. med. Dr. h.c. FRCSC Max Aebi

Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spezialist für Wirbelsäulenchirurgie, Orthopädische Klinik Salem-Spital

Mit der steigenden Lebenserwartung erhöht sich auch die Abnutzung des Bewegungsapparates. Ein drastischer Anstieg von Verschleisserkrankungen der Wirbelsäule und eine erhöhte Brüchigkeit der Knochen sind die Folgen. Zusätzliche Begleiterkrankungen im Alter stellen besondere Anforderungen an die oft notwendigen chirurgischen Eingriffe.

Zukunftsberechnungen gehen davon aus, dass in den nächsten 30 Jahren die Zahl der Menschen in Europa, die 80-jährig oder älter wird, bei den Frauen um 300% und bei den Männern um 400% steigen wird. Die mittlere Lebenserwartung von Herrn und Frau Schweizer beträgt heute 82,7 respektive 87,4 Jahre und dürfte in den nächsten Jahrzehnten weiter steigen, was gleichzeitig eine Zunahme der Abnutzungserkrankungen und -verletzungen mit sich bringt. Insbesondere der Bewegungsapparat ist im Laufe des Lebens durch die repetitiven Bewegungen einem langsamen, aber stetigen Abnutzungsprozess ausgesetzt, was zur Beeinträchtigung der Lebensqualität und der Funktionalität im Alltag führt.

Millionenfach bewegt

Die Wirbelsäule ist ein wichtiger Bestandteil des Bewegungsapparates. Ein Wirbelsegment, bestehend aus zwei Wirbeln, einer Bandscheibe und zwei kleinen Wirbelgelenken, durchläuft bei mittlerer Lebenserwartung zwischen 60 und 70 Millionen Bewegungszyklen. Die damit verbundene Abnutzung kann erstens zu einer Arthrose der kleinen Wirbelgelenke und zweitens zu einer Abnutzung der Bandscheibe führen. Diese Abnutzungen können zu Verformungen und Instabilität der Wirbelsäule, aber auch zu einer Einengung des Wirbelkanals und der Austrittsstellen der Nervenwurzeln aus dem Wirbelkanal führen.

Brüchige Knochen durch Osteoporose

Neben den Gelenken, Bandscheiben, Muskeln und Sehnen ist auch der Knochen der Wirbelkörper altersbedingten Veränderungen ausgesetzt: Die Abnahme der Knochendichte in den Wirbelkörpern (Osteoporose) bewirkt eine erhöhte Brüchigkeit des Knochens. Dies kommt vor allem bei Frauen nach der Menopause vor und kann stetig zunehmen und sich in so genannten Osteoporose-Frakturen ausdrücken. Neben Knochenbrüchen an der Hüfte und den Vorderarmen sind vor allem die Wirbel betroffen. Die osteoporotische Wirbelkompressionsfraktur ist der häufigste Knochenbruch überhaupt und wird im EU-Raum jährlich gegen 450 000 Mal diagnostiziert (hinzu kommen noch alle nicht diagnostizierten Frakturen).

Abnutzungserkrankungen der Wirbelsäule

Die altersbedingten Abnutzungserscheinungen an der Wirbelsäule und die osteoporotischen Frakturen führen zu Schmerzen, zu einer gestörten Funktionsfähigkeit und zu neurologischen Ausfällen, wie Gefühlsstörungen, Schwäche (Lähmung) und Schmerzen in den Beinen oder in den Armen. Je nach Schmerzen und anderen Symptomen werden bei degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule die folgenden Krankheitsbilder am häufigsten diagnostiziert.

Spinale Stenose

Die Spinale Stenose ist eine Einengung des Wirbelkanals oder der Austrittsöffnungen des Wirbelkanals für die einzelnen Nervenwurzeln. Man nimmt an, dass die Einengungen eine Stauung des Blutes in den Nerven bewirkt und zu Schmerzen in den Beinen oder in der Lendenwirbelsäule führt. Die Patienten klagen dabei oft über eine deutliche Gehstreckenlimitierung: Nach einer kurzen Gehstrecke oder nach längerem Stehen müssen sie sich entweder hinsetzen, sich vornüberbeugen und abstützen oder in die Hocke gehen (Abb. 1).



Abb. 1
Spinale Stenose
(Wirbelkanaleinengung)

Abb. 2
Degenerative
Skoliose mit
schiefer Körper-
haltung

Abb. 3
Wirbelkörperverstärkung
durch Zement

Die Einengung des Wirbelkanals kann einhergehen mit einem so genannten degenerativen Wirbelgleiten, vor allem zwischen dem vierten und fünften oder dem dritten und vierten Lendenwirbel, ausgelöst durch eine Instabilität in einem Wirbelsegment durch Abnützung der kleinen Wirbelgelenke und der Bandscheibe. Zusätzlich wird die Stenose verstärkt durch die Verschiebung des Wirbels.

Bringen die konservativen (nicht-chirurgischen) Behandlungsmassnahmen nicht den gewünschten Erfolg, bleibt oft nur noch die Operation. Dabei wird der Wirbelkanal erweitert (Dekompression) und mit Schrauben und Stäben stabilisiert.

Deformitäten der Wirbelsäule

Verkrümmungen der Wirbelsäule treten frontal (Skoliose) oder seitlich (Kyphose) auf, meist in instabiler Form, d.h. beim Stehen, Gehen und Sitzen nimmt die Verkrümmung zu und im Liegen wird sie korrigiert. Dies kann zu deutlichen lageabhängigen Rücken- und Beinschmerzen mit oder ohne neurologische Ausfälle führen. Bleibt die konservative Therapie erfolglos, steht ein eingreifendes und schwerwiegendes chirurgisches Verfahren mit mehretagerer Fixation und Aufrichtung der deformierten Wirbelsäule mit oder ohne Dekompression des Wirbelkanals zur Diskussion. Hier gilt es, insbesondere bei älteren Menschen, den Nutzen des Eingriffs und die damit verbundenen Risiken sorgfältig abzuwägen (Abb.2).

Wirbelkompressionsfrakturen

Bei den durch Osteoporose verursachten Wirbelkompressionsfrakturen treten meist ausgeprägte Rückenschmerzen auf, eventuell begleitet von ausstrahlenden Schmerzen in die Beine. Viele dieser Knochenbrüche lassen sich mit Schmerzmittel behandeln, um die Heilungsphase bis zur Verknöcherung des Bruches zu überbrücken.

Ein Teil der Frakturen zeigt jedoch eine zunehmende Absackung (Einsinterung), was eine Verkrümmung der Wirbelsäule mit sich zieht, vor allem in der seitlichen Ebene (Kyphose). Dies führt wiederum zu einer vermehrten Belastung der durch die Osteoporose geschwächten Wirbelkörper und damit zu neuen Frakturen. Die Wirbelsäulenverkrümmung kann zu einer Einengung der Bauchorgane und der Lunge und so letztlich zum Tode führen.

Die Zementauffüllung (Vertebroplastik, Kyphoplastik) der Wirbel ist eine minimalinvasive (gewebeschonende) Behandlungsmethode dieser Frakturen, die meist bei älteren Menschen mit zusätzlichen medizinischen Problemen angewendet wird. Hierfür wird eine Kanüle durch die Haut in den Wirbelkörper vorgeschoben, ohne dass die Wirbelsäule durch ein offenes chirurgisches Vorgehen freigelegt werden muss (Abb.3).

PUBLIKUMSVORTRAG

Wirbelsäuleneingriffe beim alternden Menschen

Mittwoch, 6. Juni 2012, 19.00 – 20.30 Uhr

Diaconis Tagungszentrum beim Salem-Spital, Bern

Prof. Dr. med. Dr. h.c. FRCSC Max Aebi

Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spezialist für Wirbelsäulenchirurgie, Orthopädische Klinik Salem-Spital



GEMEINSAM VON ANFANG AN.

Jährlich erblicken bei uns rund 5000 Babys das Licht der Welt. Deshalb ist es für uns wichtig, werdende Eltern auf ihrem Weg dorthin von Anfang an zu begleiten. Besuchen Sie unsere Website www.hirslandenbaby.ch und erfahren

Adapta®

Über 100 Jahre Erfahrung in der Entwicklung und Herstellung hochwertiger Säuglings- und Kindernahrung haben Adapta® zu einem ausgewiesenen Schweizer Hersteller von Kindernahrung gemacht. Alle Adapta®-Produkte sind Schweizer Qualitätsprodukte, die den höchsten Ansprüchen entsprechen.

www.adapta-baby.ch

babymag.ch

babymag.ch ist das Schweizer Magazin für junge Eltern. Es behandelt alle Aspekte von der Schwangerschaft bis 6 Jahre. Sie finden darin redaktionelle Artikel, Reportagen, Umfragen, Interviews mit Fachleuten aus der Deutsch- und der Westschweiz, Wettbewerbe, Vergleichstests, Praxistipps, Artikel über Einrichtung/Dekoration, Mode, Reisetipps, Kulinarisches usw. babymag.ch erscheint zweimonatlich in deutscher und französischer Sprache.

www.babymag.ch

bibi®

Seit über 60 Jahren hat sich bibi® ganz den Bedürfnissen von Familien mit Kleinkindern verschrieben. bibi® steht für eine vollumfassende Babylinie aus qualitativ hochstehenden Produkten, die sämtliche Wünsche und Bedürfnisse von Mutter und Kind erfüllen.

www.bibi.ch

BIRKENSTOCK Birki's

Sie suchen den perfekten Begleiter, der Ihre Füsse toll aussehen lässt und Ihnen während der Schwangerschaft und in der aufregenden Zeit danach höchsten Komfort und Sicherheit bietet? Naturalstyle.ch bietet Ihnen mit BIRKENSTOCK® und Birki's® all dies in einer exklusiven Auswahl modischer Tieffussbett-Sandalen für die ganze Familie. Tauchen Sie auf www.naturalstyle.ch ein in unsere Swiss Selection.

www.naturalstyle.ch

filetti

Waschen mit Herz und Verstand: Ihrem Kind zuliebe! Filetti Sensitive ist ein Waschmittel, welches speziell auf die Bedürfnisse von zarter Kinderhaut abgestimmt ist. Anstelle von Enzymen enthält Filetti viel reine Seife und eignet sich für Ihre Babywäsche von 30–95°C.

www.filetti.ch

HUGGIES

In mehr als 150 Ländern vertrauen Mütter und Väter auf die Produkte von Huggies. Huggies bietet für jede Entwicklungsphase die richtige Windel. Ob frisch geboren, entdeckungsfreudig oder voller Tatendrang – Ihr Kleinstes braucht Ihre Liebe und die besten Windeln für eine sorgenfreie Entwicklung. Denn die ersten Jahre sind auch die wichtigsten.

www.huggies.ch

PHILIPS AVENT

Philips AVENT-Babyprodukte decken die Bereiche Ernährung, Schlaf und Wohlbefinden sowie Gesundheit und Hygiene ab. Mit dieser breiten Palette können wir Ihnen und Ihrem Baby rundum Sicherheit und Wohlbefinden bieten. Überzeugen Sie sich selbst.

www.philips.ch

Sie alles über unsere Rundumbetreuung zum Thema Schwangerschaft, Geburt und Baby. Profitieren Sie auch von der Erfahrung und dem Wissen unserer ausgewählten Partner:

PROBABY

Seit 40 Jahren ist «Pro Baby» als der kompetente Ansprechpartner für werdende Eltern bekannt. In den Babyfachmärkten findet man alles für Mutter und Kind. Die Auswahl reicht von preisgünstigen bis hin zu exklusiven Artikeln. So können Sie zum Beispiel aus mehr als 200 Kinderwagen den für Sie passenden aussuchen. Diese riesige Auswahl und die kompetente Beratung werden auch Sie begeistern.

www.probaby.ch

RAMADA

Das 4-Sterne RAMADA Hotel Solothurn befindet sich direkt am Ufer der Aare in der schönsten Barockstadt der Schweiz und bildet mit dem Palais Besenval und dem Landhaus eine Einheit für professionelle Seminare, Tagungen, Bankette und Events.

www.ramada-treff.ch

ROSSIS

ROSSIS steht für visionäres Schweizer Design. Getreu der Philosophie «Finden statt Suchen» verschönert Francesco Rossi mit seinen funktionalen «Urban Accessoires» das Leben unterwegs – im Alltag und in der Freizeit.

www.rossis.ch

STOKKE

Die Bedürfnisse der Kinder bilden die Grundlage unserer Produkte: flexible Lösungen von höchster Qualität, die das wichtige Beziehungsband zwischen Eltern und Kind stärken. Egal, ob Trip Trapp®, der innovative Kinderwagen Stokke™ Xplory® oder ein Produkt aus unserer Möbelkollektion, alle erfüllen sie die höchsten Ansprüche an Sicherheit, Design und Funktionalität.

www.stokke.com

Töpfer

Töpfer Babycare Naturkosmetik ist garantiert frei von Farb-, Konservierungs- und synthetischen Duftstoffen. Der beruhigende Linienwirkstoff, die Bio-Weizenkleie und die natürlichen Extrakte aus Calendula, Jojoba, Olivenöl, Wiesenschäumkraut oder Molke spenden Feuchtigkeit, lindern Reizungen und verhindern Irritationen. Töpfer Babycare Naturkosmetik ist in Apotheken und Drogerien erhältlich.

www.topfer.de

UBS

UBS Family ist eine umfassende Banklösung für Familien und Paare, die genau abgestimmt ist auf Ihre jeweilige Lebensphase und so individuell ist wie Ihre Familie. Mit unserer kompetenten, ganzheitlichen Beratung aus einer Hand tragen wir Ihren Wünschen nach Lösungen in puncto Eigenheimsparen und Eigenheimfinanzieren, Absicherung der Familie, Vorsorge und Vermögensaufbau Rechnung.

www.ubs.ch

wireltern

Das Familienmagazin für die Schweiz

wir eltern – das Familienmagazin für Mütter und Väter in der Schweiz. Abonnieren Sie «wir eltern» und profitieren Sie von vielen Vergünstigungen der wir eltern Family Card und von der kostenlosen Beratung durch Fachpersonen.

www.wireltern.ch

Weitere Informationen finden Sie auf www.hirslandenbaby.ch



HIRSLANDEN HEALTHLINE BERATUNG UND INFORMATION – 24 STUNDEN 0848 333 999

Über die Hirslanden Healthline können Sie tagtäglich während 24 Stunden mit uns Kontakt aufnehmen. Qualifiziertes medizinisches Fachpersonal berät und unterstützt Sie in Ihren gesundheitlichen Anliegen und informiert Sie auf Wunsch über unsere Kliniken und Fachärzte. Die kostenlosen Basis-Dienstleistungen

sind frei zugänglich. Wenn Sie sich für eine Hirslanden Healthline-Mitgliedschaft entscheiden (CHF 35.–/Jahr), profitieren Sie von zusätzlichen Dienstleistungen wie schneller Arztterminvermittlung, Organisation von Kur- und Rehabilitationsaufenthalten oder der Repatriierung aus dem Ausland.

Das Angebot auf einen Blick:

HEALTHLINE-DIENSTLEISTUNGEN	KOSTENLOS	EXKLUSIV FÜR MITGLIEDER
Detaillierte Informationen über das ganze Hirslanden Angebot	■	■
Vermittlung von Hirslanden Kliniken	■	■
Arztempfehlung	■	■
Arztterminvermittlung		■
Organisation von Kur- und Rehabilitationsaufenthalten		■
Organisation von Spitex-Diensten		■
Unterstützung in Gesundheitsfragen		■
Medizinische Unterstützung im Ausland		■
Repatriierung		■
Online-Facharztberatung unter www.hirslanden.ch	■	■



«Die telefonischen Ratschläge der Healthline erwiesen sich als sehr wertvoll. Als Mitglied profitiere ich ausserdem von äusserst geringen Wartezeiten bei den Spezialisten, da die Healthline kurzfristige Termine für mich vereinbaren kann. Für mich ist die Hirslanden Healthline deshalb die erste Anlaufstelle in Gesundheitsfragen.»

Beatrice Guarisco, Zürich

Mehr Informationen und Anmelde-möglichkeit finden Sie unter www.hirslanden.ch/healthline oder 0848 333 999.

Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme.



HÜFTSCHMERZ – WAS NUN?

Dr. med. Bernhard Thomann

Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Belegarzt Klinik Permanence

Hüftschmerz ist ein häufiges Symptom, das in jedem Lebensalter auftreten kann, jedoch ganz unterschiedliche Ursachen haben kann. Wenn die Mobilität der betroffenen Person beeinträchtigt wird oder der Schmerz zu einer Reduktion der Lebensqualität führt, ist eine genauere Abklärung angezeigt. Neben harmlosen Gründen für Hüftschmerzen gibt es durchaus Ursachen, die unbehandelt einen ungünstigen Verlauf nehmen können.

Am Anfang jeder Diagnosestellung steht die Befragung des Patienten über die Vorgeschichte und die Symptome. Dadurch kann die Ursache bereits eingegrenzt werden. Danach wird der Patient beim Gehen und Stehen beobachtet und die Hüfte bezüglich Beweglichkeit und Schmerzprovokation untersucht. Röntgenbilder geben Auskunft über eine normale oder eine abweichende Anatomie. Oft werden zusätzliche bildgebende Verfahren angewandt, meistens eine Magnetresonanztomographie (MRI) und/oder ein Computertomogramm (CT). In speziellen Fällen, wie beispielsweise bei kleinen Kindern, kann die Ultraschalluntersuchung (Sonographie) hilfreich sein. Um abzuklären, ob eine Infektion oder eine vorzeitige Lockerung eines Gelenkimplantates vorliegt, wird eine Szintigraphie (radioaktives Verfahren) gemacht.

Die Resultate all dieser Schritte werden wie Puzzlesteine zusammengefügt und ergeben in der Regel eine Diagnose. Danach informiert der Arzt den Patienten über mögliche Behandlungsmethoden und erstellt gemeinsam mit ihm den Behandlungsplan.

Breites Behandlungsspektrum

Die Behandlungspalette ist breit und richtet sich nach der Diagnose. Das Spektrum reicht von Abwarten über konservative Therapien bis zur Operation. Einige Formen von Hüftschmerzen mit guter Prognose darf man durchaus aussitzen, ohne etwas zu unternehmen. Dies betrifft vor allem jüngere Patienten oder Schmerzen, nach einer vorübergehenden Überlastung des Gelenkes, die durch Schonung spontan ausheilen. Daneben gibt es Beschwerden, die konservativ (nicht-chirurgisch) behandelt werden, das heisst, mit Medikamenten, Umschlägen, Physiotherapie, physikalischen Massnahmen, mit stützenden, entlastenden medizinischen Hilfsmitteln wie Orthesen oder Kombinationen davon. Bei den chirurgischen Eingriffen unterscheidet man zwischen Operationen, bei denen das Hüftgelenk erhalten bleibt und solchen, bei denen es durch eine Prothese ganz oder teilweise ersetzt wird.

Heutiger Stand

In den letzten Jahren hat die Medizin neue Erkenntnisse über Erkrankungen am Hüftgelenk gewonnen, sodass ungünstige Entwicklungen früher erkannt und behandelt werden können. Zudem wurden die Operationsverfahren optimiert, hin zu Weichteil schonenden Behandlungsmethoden. Der deutlich verbesserte künstliche Gelenkersatz ist bei den heute meist sehr guten und lange anhaltenden Resultaten im Rahmen der zunehmend älter werdenden Bevölkerung immer noch eine der häufigsten Operationen.



Abb. 1
Gesundes Hüftgelenk

Abb. 2
«Impingement» – Einklemmen der Hüfte durch Knochenüberschuss

Trotzdem sind die Ärzte bestrebt, den Ursachen der Hüftarthrose weiter auf den Grund zu gehen, beziehungsweise nach Methoden zu suchen, die dem Patienten die Entwicklung hin zur Prothese ersparen. So weiss man heute, dass bestimmte Belastungsformen bereits in der Jugend Verformungen am Oberschenkelkopf verursachen, die später die Entwicklung einer Arthrose begünstigen können. Klagt eine betroffene Person bereits früh über Symptome, muss der Arzt nach den Risikofaktoren suchen. Es ist sinnvoll, diese Fehlformen zu korrigieren, um damit der fortschreitenden Abnützung vorzubeugen. Ein solcher Eingriff kann heute arthroskopisch gemacht werden. Es ist jedoch noch wenig verbreitet.

«Impingement» – Einklemmen der Hüfte

Vor allem jüngere Patienten klagen oft über Leistenschmerzen unter oder nach einer Belastung. Die Abklärungen ergeben häufig die Diagnose «Impingement», ein Einklemmen der Hüfte. Dies kommt zustande, wenn die knöchernen Form des Gelenkes verändert ist, entweder durch zu viel Knochen am Schenkelhals oder am Gelenkpfannenrand (Abb. 2) oder beides zusammen. Bei bestimmten Bewegungen stösst der Schenkelhals gegen den Pfannenrand und verursacht hier ein Einklemmen der Weichteile, wobei die Gelenkklippe, das Labrum, mit der Zeit einreissen kann. Dieser Prozess setzt sich auf den Gelenkknorpel fort und führt letztlich zu einer Arthrose.

Je aktiver ein Patient ist, umso eher machen sich Symptome bemerkbar. Junge Patienten sind deshalb meist Sportler. Bei Leuten, die lediglich Alltagsaktivitäten nachgehen, können die Symptome auch erst im mittleren Alter auftreten. Ob das Gelenk mit einer minimalinvasiven Gelenkspiegelung behandelt werden kann, muss individuell beurteilt werden, wobei Alter, Befund, Röntgenbild, individuelle Umstände und Ansprüche berücksichtigt werden.

Arthroskopie – minimalinvasiver Eingriff

Bei der Arthroskopie werden die Arbeitsinstrumente und eine Kamera über zwei bis vier kurze Hautschnitte ins Hüftgelenk eingeführt. Auf einem speziellen Operationstisch wird ein Längszug am Bein ausgeübt, sodass das Gelenk gerade so viel geöffnet wird, dass der Chirurg darin arbeiten kann. Je nach Fehlform wird der Knochenüberschuss am Schenkelhals oder am Gelenkpfannenrand abgeschliffen, eine defekte Gelenkklippe abgetragen, genäht oder ersetzt, Knorpel geglättet oder ergänzt. Der Eingriff dauert zwischen ein bis drei Stunden und die Hospitalisationszeit ein bis drei Tage. Der Patient kann am Tag der Operation aufstehen, danach muss er allerdings während zwei bis sechs Wochen an Krücken gehen.

Diese Technik wird in der Klinik Permanence seit 2003 regelmässig angewendet und stetig verbessert, sodass sich die Klinik im Raum Bern als führende Anbieterin für diese anspruchsvolle Methode moderner Hüftchirurgie etabliert hat.

PUBLIKUMSVORTRAG

Hüftschmerz – was nun?

Mittwoch, 14. März 2012, 19.00 – 20.30 Uhr
Diaconis Tagungszentrum beim Salem-Spital, Bern

Dr. med. Bernhard Thomann

Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, Belegarzt Klinik Permanence



PUBLIKUMSVORTRÄGE 2012

Wissen fördert die Gesundheit

Gerne laden wir Sie zu den Informationsveranstaltungen der Hirslanden Kliniken Bern ein. Erleben Sie namhafte Referentinnen und Referenten mit interessanten Vorträgen. Die Teilnahme ist kostenlos und eine Anmeldung ist nicht notwendig. Kurzfristige Änderungen finden Sie in der lokalen Tagespresse oder unter www.hirslanden.ch > Veranstaltungen & Vorträge.

VORTRAGSPROGRAMM

DATUM	THEMA	REFERENTEN
Mittwoch, 1. Februar 19.00 – 20.30 Uhr	Moderne Intensivmedizin – zwischen Mensch und Maschine	Dr. med. Rafael Knüsel Facharzt FMH für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Notarzt SGNOR, Belegarzt Klinik Beau-Site
Mittwoch, 15. Februar 19.00 – 20.30 Uhr	Zysten-, Myom- und Gebärmutterentfernung: Alles durchs «Schlüsselloch»	PD Dr. med. Willy Hänggi Facharzt FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schwerpunkt gynäkologische Onkologie, Belegarzt Salem-Spital
Mittwoch, 14. März 19.00 – 20.30 Uhr	Hüftschmerz – was nun?	Dr. med. Bernhard Thomann Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Belegarzt Klinik Permanence
Mittwoch, 9. Mai 19.00 – 20.30 Uhr	Neue chirurgische Verfahren zum Ersatz der Aortenklappe	PD Dr. med. Mario Stalder Facharzt FMH für Herz- und thorakale Gefässchirurgie, Belegarzt Klinik Beau-Site PD Dr. med. Urs Niederhäuser Facharzt FMH für Herz- und thorakale Gefässchirurgie, Belegarzt Klinik Beau-Site
Mittwoch, 6. Juni 19.00 – 20.30 Uhr	Wirbelsäuleneingriffe beim alternden Menschen	Prof. Dr. med. Dr. h.c. FRCSC Max Aebi Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spezialist für Wirbelsäulenchirurgie, Orthopädische Klinik Salem-Spital

hirslandenbaby

ERLEBNIS GEBURT

DATUM	THEMA	REFERENTINNEN
1. Donnerstag im Monat 18.30 – 19.30 Uhr	Erlebnis Geburt – Besichtigung der Maternité	Hebammen Salem-Spital
5. Januar, 2. Februar, 1. März, 5. April, 3. Mai, 7. Juni, 5. Juli		

Alle Veranstaltungen finden im Diaconis Tagungszentrum beim Salem-Spital, an der Schänzlistrasse 33 in Bern statt.

Klinik Beau-Site

Schänzlihalde 11
3000 Bern 25
T 031 335 33 33
F 031 335 37 72
klinik-beausite@hirslanden.ch

Klinik Permanence

Bümplizstrasse 83
3018 Bern
T 031 990 41 11
F 031 991 68 01
klinik-permanence@hirslanden.ch

Salem-Spital

Schänzlistrasse 39
3000 Bern 25
T 031 337 60 00
F 031 337 69 30
salem-spital@hirslanden.ch

