

AMPULS

DER MEDIZIN

**VERTRAUEN SIE AUF
KOMPETENZ UND ERFAHRUNG**

Stents

Knieprothese

Lebertumor

Nierensteine

Speiseröhre

Geburt



Adrian Dennler
Direktor Klinik Beau-Site
COO Region West

Daniel Freiburghaus
Direktor Klinik Permanence
und Salem-Spital



INHALT

- 3 News aus den Kliniken
- 4 Stents – Gefässstützen für erkrankte Herzkranzgefässe
- 6 Die Knieprothese – das künstliche Kniegelenk
- 8 Lebertumor – was nun?
- 10 Nierensteine – eine gemeinsame Herausforderung für Urologie und Nephrologie
- 12 Erkrankungen der Speiseröhre: Schluckbeschwerden, Sodbrennen, Brustschmerzen
- 14 Hirslanden Baby
- 15 Neue Methode der Schmerzlinderung während der Geburt
- 16 Publikumsvorträge

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser

Oft ist ein Spitalaufenthalt mit Ungewissheit, manchmal auch mit Angst verbunden. «Wie läuft die Operation ab?», «Werde ich mich rasch erholen?» – unzählige Fragen gehen den Patienten und ihren Angehörigen durch den Kopf. Umso wichtiger ist es, dass Sie sich bei uns medizinisch und zwischenmenschlich bestmöglich aufgehoben wissen.

In den Hirslanden Kliniken Bern haben Sie bei einem grösseren Eingriff eine definierte Pflegefachperson als Bezugsperson. In Absprache mit Ihnen und dem Arzt plant sie individuell die Pflege während Ihres Aufenthalts bis und mit Austritt. Sie stellt sicher, dass beim Austritt sämtliche Informationen und Medikamente bereit und allfällige Termine für Arzt, Ernährungsberatung oder Physiotherapie sowie Kuraufenthalte vereinbart sind. Auch wenn Sie schichtbedingt immer noch von vielen verschiedenen Pflegenden betreut werden, haben Sie mit der Organisationsform der Bezugspflege Ihre persönliche Ansprechperson. Dies soll die Kontinuität der Betreuung erhöhen und Ihren Aufenthalt angenehmer gestalten.

Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen in die Hirslanden Kliniken Bern und wünschen Ihnen eine spannende Lektüre. Gerne begrüssen wir Sie an einem unserer Publikumsvorträge. Das aktuelle Programm finden Sie auf der Rückseite dieser Publikation.

Adrian Dennler

Direktor Klinik Beau-Site
COO Region West

Daniel Freiburghaus

Direktor Klinik Permanence
und Salem-Spital

NEWS AUS DEN KLINIKEN

Hirslanden Bern

ISO-Aufrechterhaltungsaudit

Im Oktober überprüften Mitarbeitende der Schweizerischen Vereinigung für Qualitäts- und Management-Systeme (SQS) während zwei Tagen die bei der ISO-Zertifizierung definierten Prozessabläufe und Qualitätsvorgaben. Die Hirslanden Kliniken Bern erfüllen weiterhin alle Anforderungen.

Klinik Beau-Site

Betten- und Ärztehaus

Der Neubau des Betten- und Ärztehauses nimmt Gestalt an, die Handwerker arbeiten mit Hochdruck: Bis Ende Dezember sollen alle Geschosse betoniert und die Fenster montiert sein. Danach folgen die Dach- und die Fassadenarbeiten, gleichzeitig machen sich der Gipser und der Schreiner ans Werk. Wenn alles nach Plan läuft, wird der Neubau im Herbst 2011 eröffnet.

Ambulante Physiotherapie

Die Physiotherapie in der Klinik Beau-Site steht auch ambulanten Patienten offen. Das umfassende Angebot beinhaltet physiotherapeutische Massnahmen bei allen orthopädischen, rheumatologischen, urologischen und gynäkologischen Indikationen; osteopathische Physiotherapie; Elektrotherapie und Ultraschall; physikalische Therapie und Massage; medizinische Trainingstherapie sowie Zeptoring, Fitvibe und Fitnesstraining (auch im Abonnement).

Für weitere Informationen:
Therapie- und Trainingszentrum Bern
Physiotherapie Beau-Site
T 031 335 36 60
physio.beau-site@hirslanden.ch

Klinik Permanence

Neue Röntgentechnik für Ganzbeinaufnahmen

Nebst einem zweiten Röntgengerät bietet vor allem das Stativ für Ganzbeinaufnahmen grosse technische Fortschritte, insbesondere für orthopädische Spezialaufnahmen. Mit einer einzigen sogenannten «Orthoradiographie» können beim stehenden Patienten beide Beine vom Beckenkamm bis zu den Sprunggelenken abgebildet werden. Solche Aufnahmen kommen vor allem bei Fehlstellungen zum Tragen: zur Bestimmung der Achsenverhältnisse zwischen Hüft-, Knie- und Sprunggelenken und der Traglinie des Beines; bei Beckenschiefstand und/oder zur Beinlängenbestimmung sowie zur Planung von Knieprothesen. Das neue Gerät macht auch Aufnahmen der gesamten Wirbelsäule möglich, zur Beurteilung der Wirbelsäulenstatik vor Skolioseoperationen oder für Verlaufskontrollen bei Korsettbehandlungen von Wirbelsäulenverformungen.



Salem-Spital

Renovation Bettenstation A1

Seit Oktober erstrahlen die Zimmer der Bettenstation A1 in neuem Glanz: 14 Privat- und zwei Allgemenzimmer sind frisch renoviert und bieten den Patienten mehr Komfort in einer angenehmen Atmosphäre. Helle Räume und freundliche Farben vermitteln Wärme und Wohlbefinden.

CheckupZentrum Bern

Die Gesundheit ist eine Grundvoraussetzung für eine hohe Lebensqualität. Durch regelmässige Checkups können Gesundheitsstörungen und daraus resultierende Folgeerkrankungen frühzeitig erkannt und behandelt werden. Die Hirslanden Kliniken Bern bieten verschiedene individuell auf die Bedürfnisse der Kunden abgestimmte Checkups an. Spezialisten, mit langjähriger Erfahrung und Fachwissen in den Bereichen Diagnose, Prävention und Früherkennung führen die Untersuchungen nach neuesten Methoden durch. Die Ergebnisse werden in einem leicht verständlichen Gesundheitsdossier zusammengefasst.

Für weitere Informationen:
CheckupZentrum Bern
Salem-Spital
T 031 337 80 12
checkup.bern@hirslanden.ch

IMPRESSUM

«Am Puls der Medizin»

ist eine Publikation der Hirslanden 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 Hirslanden Kliniken Bern gestattet.

Auflage: 30 000 Ex.
Redaktion: Marketing und Kommunikation, Hirslanden 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.



Abb. 1
CYPHER Select® plus (Sirolimus Eluting Stent)
von Cordis, Johnson & Johnson AG

STENTS – GEFÄSSSTÜTZEN FÜR ERKRANKTE HERZKRAZNGEFÄSSE

Dr. med. Urs Kaufmann

Facharzt FMH für Kardiologie und Innere Medizin,
HerzZentrum Bern, Belegarzt Klinik Beau-Site

Konzentriert achte ich darauf, wo ich meinen Fuss hinstelle, um mich nicht mit dem Steigeisen im anderen Schuh oder in der Hose zu verfangen und zu stolpern. Behutsam gehen wir den messerscharfen, steilen Firngrat auf fast 4000 Metern über Meer hinauf. Die Spur bietet gerade einmal Platz für anderthalb Schuhbreiten – beidseits davon geht es in die Tiefe. Vor mir steigt mein Bergführer und sichert mich am kurzen Seil. Ich habe absolutes Vertrauen in ihn und weiss, dass mein Leben momentan von ihm abhängt. Aber auch, dass er mir durch seine Führung ermöglicht, das Besteigen dieses Viertausenders zu geniessen.

Hoch hinaus trotz Gefässerkrankung

Das Aussergewöhnliche an dieser Situation ist, dass mein Bergführer in zwei von drei Koronararterien, den sogenannten Herzkranzgefässen, einen Stent (implantierte Gefässstütze) hat. Sechs Jahre zuvor traten bei ihm eines Abends plötzlich heftige Schmerzen in der Brust auf. Im Notfallzentrum wurde ein beginnender Herzinfarkt festgestellt und eine sofortige Koronarographie durchgeführt. Unter örtlicher Betäubung wurden von der rechten Leiste her ein Katheter über die Schlagader bis zum Herz geführt und Kontrastmittel in die Koronararterien gespritzt. Mittels Röntgenaufnahmen werden so Einengungen oder Verstopfungen der Gefässe festgestellt.

Mein Bergführer hatte in zwei Koronararterien verengte Stellen, die ich in der gleichen Behandlung mit einem Ballonkatheter erweitern und anschliessend mit einem beschichteten Stent versehen konnte. Der Verlauf war unkompliziert und der Patient

erholte sich rasch. Ein Jahr später fragte er mich bei einer Kontrolle, ob er seinem Beruf, dem Bergführen, nun wieder nachgehen könne. Als Antwort buchte ich ihn für das Besteigen des Finsteraarhorns. Seither haben wir miteinander zahlreiche traumhaft schöne Gipfel erlebt.

Der Stent – eine Erfolgsgeschichte der Medizin

Die Geschichte der Stents ist noch nicht alt: Im Jahr 1977 führte der junge Kardiologe Andreas Grüntzig in Zürich ein Verfahren zur Erweiterung oder Wiedereröffnung von verengten oder verschlossenen Blutgefässen ein: die sogenannte Ballonangioplastie. Anfangs mit selbst gebastelten Ballonkathetern und entgegen massiver Skepsis einiger Kollegen. Es sollte eine unglaublich erfolgreiche Geschichte werden. Doch das Material war zunächst noch grob und es traten häufig Komplikationen auf. Insbesondere kam es nach dem Aufdehnen des Ballons häufig zu Gefässrissen, die zu einem Verschluss der Koronararterie führten und in einer Notoperation endeten.

Neun Jahre später führte Ulrich Sigwart in Lausanne den Koronar-Stent weltweit ein. Die Idee, eine erkrankte Koronararterie mit einem metallischen Gitter zu stützen, erschien manchen als unrealistisch. Sie sollte sich aber zu einem zentralen Bestandteil der Behandlung von verengten Koronararterien entwickeln. Die

ersten Jahre waren schwierig: Einerseits reagierten die Blutplättchen der behandelten Patienten ungünstig auf das implantierte Metall und es kam häufig zu sogenannten Thrombosen – einem akuten Verschluss des Stents durch ein Blutgerinnsel. Andererseits entstanden durch die Aufdehnung der Koronararterie und die Stenteinlage Vernarbungen, die bei zahlreichen Patienten zu einer erneuten Einengung führten und weitere Behandlungen nach sich zogen.

Alternative zur Bypass-Operation

In den darauf folgenden Jahren wurde die Methode kontinuierlich verbessert und ab Mitte der Neunzigerjahre konnte klar belegt werden, dass die Koronarangioplastie und die Stenteinlage – je nach Patient – gute, zuverlässige Alternativen zur Bypass-Operation boten.

Mit Medikamenten, wie Ticlopidin und Clopidogrel (wird heute eingesetzt), konnten die gefürchteten Thrombosen weitgehend vermieden werden. Zudem wurden die Katheter und die Stents technisch so verbessert, dass die Handhabung einfacher und zuverlässiger wurde. Im Milleniumjahr 2000 hatte sich die Stenteinlage so weit etabliert, dass in 80 bis 90 % der Fälle nach der Aufdehnung der verengten Gefässe durch eine Ballondilatation ein oder mehrere Stents eingelegt wurden.

Ein grosses Problem blieb jedoch die Restenose – der wiederholte Gefässverschluss –, welche bei fast jedem fünften Patienten zu erneuten Beschwerden und zu weiteren Behandlungen führte. In den Neunzigerjahren wurden zahlreiche Alternativverfahren wie Bohrer, schneidende Katheter, Laserkatheter und weitere technisch beeindruckende Geräte entwickelt. Doch keine dieser meist aufwendigen Alternativen konnte das Problem der Restenose lösen.

Der beschichtete Stent

Der Umbruch kam mit der Idee, die Stents mit einem Medikament aus der Transplantationsmedizin zu beschichten, welches das Wachstum von Vernarbungsgewebe verhindert. Schon die ersten Studienresultate im Jahr 2003 zeigten, dass die Rezidivrate (Wiederauftreten) auf 5 bis 10 % reduziert werden konnte. In den nächsten Jahren wurden diese Resultate bei verschiedenen ähnlichen Produkten bestätigt, sodass heute in rund 85 % der Fälle ein beschichteter Stent eingesetzt wird. Damit können auch Patienten mit einem komplexen Befall von mehreren Gefässen wirkungsvoll und nachhaltig behandelt werden.

DIE GESCHICHTE DER STENTS IST NOCH JUNG.

Ganz unproblematisch ist der beschichtete Stent allerdings nicht. Die Verhinderung der Vernarbung hemmt auch die eigentliche Abheilung der Gefässwand. Diese verzögerte Abheilung kann zu einem lang andauernden Thromboserisiko führen, da das Metall des Stents viel länger in Kontakt mit den Blutplättchen bleibt. Die Patienten müssen deswegen während mindestens eines Jahres aggressive Medikamente zur Hemmung der Blutplättchen einnehmen – meistens eine Kombination von Aspirin und Plavix. Das durch die Therapie erhöhte Blutungsrisiko kann zu einer heiklen Situation führen, wenn beispielsweise eine Operation erforderlich wird. Aus diesem Grund wird bei Patienten mit unklaren Diagnosen oder bevorstehenden Operationen auf den Einsatz von beschichteten Stents verzichtet.

Kompetenz und Vertrauen

So, wie ich meinem Bergführer vertraue, dass er mich sicher auf den Gipfel begleitet, so hat er mir vertraut, dass ich ihm die beste und sicherste Behandlung zukommen lasse, die es ihm ermöglicht, überdurchschnittlich leistungsfähig zu bleiben und seinen anspruchsvollen Beruf weiter auszuüben. Sechzig Jahre früher hätte er wohl einen schweren Herzinfarkt erlitten und das Bergführen mit Sicherheit aufgeben müssen. Doch dank der heutigen Ballonkatheter und Stents darf ich mich auf weitere schöne Gipfeltouren mit ihm freuen.

PUBLIKUMSVORTRAG

Stents – Gefässstützen für erkrankte Herzkranzgefässe

Mittwoch, 9. März 2011, 19.30 – 21.00 Uhr
Tagungszentrum Blumenberg beim Salem-Spital, Bern

Dr. med. Urs Kaufmann

Facharzt FMH für Kardiologie und Innere Medizin,
HerzZentrum Bern, Belegarzt Klinik Beau-Site



DIE KNIETPROTHESE – DAS KÜNSTLICHE KnieGELENK

Dr. med. M. H. A. Bernhard Christen

Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Belegarzt Salem-Spital

Bei einer Arthrose im Kniegelenk, entstanden nach einem Unfall oder durch Gelenkabnutzung, versucht der Facharzt zuerst alle konservativen Massnahmen auszuschöpfen. Führen diese nicht (mehr) zum gewünschten Ziel, wird bei einer Arthrose im Anfangsstadium, und vor allem bei jüngeren Patienten, zunächst eine gelenkerhaltende Chirurgie erwogen. Bei fortgeschrittener Arthrose können die Schmerzen, die Beweglichkeit und die Stabilität jedoch nur noch durch ein künstliches Gelenk – eine Knieprothese – beeinflusst werden. Je nach Schwere der Schädigung werden Teil- oder Totalprothesen eingesetzt. Dieser Artikel befasst sich mit der Totalprothese.

Eine Knie-Totalprothese wird nur dann eingesetzt, wenn andere Lösungen nicht mehr in Betracht kommen respektive keine Wirkung mehr zeigen und der persönliche Leidensdruck des Betroffenen ein aktives Vorgehen erfordert. Bevor der Entscheid für eine Operation getroffen wird, müssen die folgenden Fragen beantwortet werden: Ist die Prothese wirklich die richtige und einzige Lösung oder gibt es Alternativen? Ist der Patient bereit für diesen Schritt? Wann ist der günstigste Zeitpunkt?

Funktionsweise der Knie-Totalprothese

Bei der Knie-Totalprothese werden die Oberflächen des Ober- und Unterschenkels durch Metallteile ersetzt. Als Gleitschicht dazwischen funktioniert ein Kunststoffteil. Allfällige Achsenfehlstellungen werden mit der Totalprothese ebenso korrigiert wie Streck- oder Beugeausfälle und Instabilitäten der Bänder. Angestrebt wird die Wiederherstellung eines biomechanisch möglichst normalen Kniegelenks mit ersetzten Oberflächen.

Die Schwierigkeit in der Knieprothetik liegt in der Komplexität des natürlichen Kniegelenks. Anders als die Hüfte wird das Knie nicht allein durch die Form der Gelenkoberflächen gehalten und geführt; die fehlende Übereinstimmung zwischen dem flachen Schienbeinkopf und den beiden Oberschenkelrollen wird durch den Knorpel, die beiden Menisken und die Seiten- und Kreuzbänder kompensiert. Dadurch weist das Kniegelenk eine ausgezeichnete Beweglichkeit auf und bleibt trotzdem stabil. Die heutige Knie-Totalprothese schafft diesen Spagat zwischen Stabilität und Beweglichkeit nicht vollständig.

Technische Schritte der Operation

Die Operationszeit beträgt etwa 90 bis 120 Minuten. Für die Knochenschnitte helfen spezielle Instrumente den Unter- und Oberschenkel und allenfalls die Kniescheibe schrittweise so vorzubereiten, sodass die Prothese einen optimalen Sitz erhält. Für die Anpassung der Weichteile (z.B. Bandstrukturen) existieren keine oder nur rudimentäre Instrumente, obwohl gerade die Weichteile den Erfolg der Operation entscheidend beeinflussen. Hier sind die Ausbildung, die Erfahrung und das Geschick des Orthopädischen Chirurgen entscheidend.

Die Schnittlehren – Schablonen, um korrekte Sägeschnitte durchzuführen – können konventionell oder mit Hilfe der Computernavigation ausgerichtet werden. Diese erhöht die Präzision der Operation. Ob das einen Einfluss auf die Resultate und die Lebensdauer der Prothese hat, ist allerdings noch nicht erwiesen.

Seit Kurzem können anhand eines Magnetresonanzbildes (MRI) individuelle Schnittblöcke (Abb. 2) aus Nylon für die Hauptschnitte am Unter- und Oberschenkel hergestellt werden. Dieses System soll die Präzision beim Einbau der Knieprothese weiter erhöhen und erst noch Operationsschritte einsparen.

Nachbehandlung

Der Spitalaufenthalt nach dem Einsetzen einer Knie-Totalprothese richtet sich nach den Schmerzen und der Mobilität des Patienten. In der Regel beträgt er knapp eine Woche. Das Knie soll nach der Operation viel bewegt werden, um die volle Streckung und die Beugung im rechten Winkel rasch wieder zu erreichen. In vielen Fällen darf das Bein nach der Operation sofort voll belastet werden. Stöcke sind während etwa drei bis vier Wochen erforderlich, auf kurzen Strecken gelingt das Gehen jedoch schon bald stockfrei. Eine ambulante Physiotherapie ist in der Anfangsphase hilfreich.

Erfolgsaussichten und Risiken

Die Knie-Totalprothese bleibt bislang ein Ersatz des natürlichen Kniegelenks mit gewissen Kompromissen. Etwa 20 % der Patienten sind mit dem Resultat nicht ganz zufrieden. Gründe sind Restbeschwerden, meist im Bereich der Kniescheibe, aber auch funktionelle Defizite im Alltag oder beim Sport. Das Knie ist wegen der Narbe häufig nur noch eingeschränkt möglich.

Knieprothesen nutzen sich deutlich schneller ab als natürliche Kniegelenke. Die Lebensdauer einer Prothese liegt bei etwa 15 Jahren. Danach versagt der Kunststoff Polyäthylen oder es kommt zu einer Lockerung der Komponenten. Wenn die Prothese nicht optimal platziert ist, kann sich eine Kniegelenkssteife oder eine Instabilität entwickeln.

Zukunft der Knieprothetik

Die Knieprothese der Zukunft wird immer mehr einem natürlichen Kniegelenk entsprechen und dennoch nur eine Kopie der Natur bleiben. Mit neuen Modellen, Materialien und Instrumenten sind weitere Verbesserungen zu erwarten.

Die Aus- und Weiterbildung von Orthopädischen Chirurgen rückt immer mehr in den Vordergrund. Der Orthopäde muss das geeignete Produkt nicht nur korrekt einsetzen, sondern wie bisher den richtigen Patienten für die Operation zum rechten Zeitpunkt selektionieren und in der Nachkontrolle Fehlfunktionen und Versagen der Prothese erkennen und behandeln können.

PUBLIKUMSVORTRAG

Die Knieprothese – das künstliche Kniegelenk

Mittwoch, 16. Februar 2011, 19.30–21.00 Uhr
Tagungszentrum Blumenberg beim Salem-Spital, Bern

Dr. med. M. H. A. Bernhard Christen

Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Belegarzt Salem-Spital



Abb. 1
Eine moderne Knie-Totalprothese für das linke Knie (Abbildung ohne Kniescheibe)

- Oberschenkelteil aus Metall mit einer keramischen Oberfläche (oben)
- Unterschenkelteil aus einer Titanlegierung
- Kunststoffteil dazwischen (in diesem Modell mit einem Zapfen-Kasten-Mechanismus als Verbindung zum Oberschenkelteil)



Abb. 2
Massgefertigte Schnittblöcke aus Nylon am Knochenmodell (links: Unterschenkel, rechts: Oberschenkel)

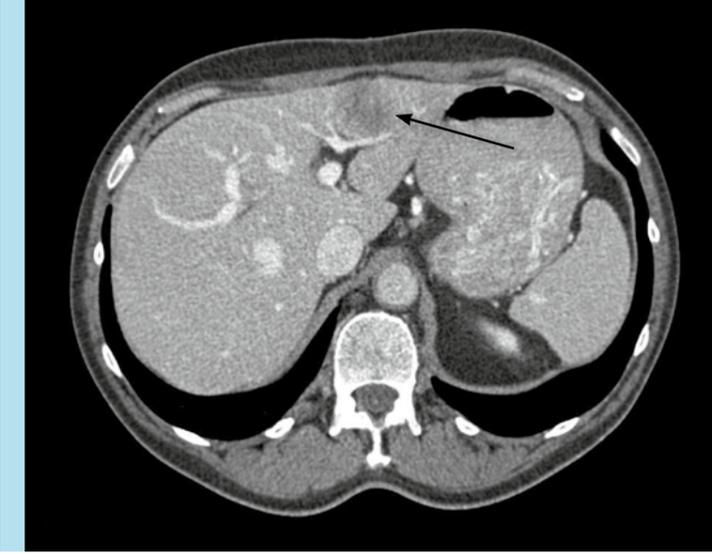


Abb. 1
Leber-Metastase (Ableger) in der linken Leberhälfte

Abb. 2
Leber nach Entfernung der linken Hälfte

LEBERTUMOR – WAS NUN?

Dr. med. Stefan Schmid

Facharzt FMH für Chirurgie und Viszeralchirurgie,
Bernser Viszeralchirurgie, Belegarzt Klinik Beau-Site

Gutartige Lebertumoren kommen in der Bevölkerung häufig vor. Sie verursachen in den wenigsten Fällen Beschwerden und müssen selten chirurgisch entfernt werden. Neue und verbesserte Therapiemethoden erhöhen aber auch die Chance auf eine Heilung von bösartigen Lebertumoren und ermöglichen vielen Patienten, für die bis vor Kurzem kaum Hoffnung bestand, eine Verlängerung der Überlebenszeit. Grundvoraussetzung für die beste, auf den Patienten zugeschnittene Therapie ist ein gutes Zusammenspiel aller Betreuenden, wie dies in einem spezialisierten Zentrum gewährleistet ist.

Die Ursachen, die Diagnose und auch die Therapie sind bei jedem Patienten anders, wie die folgenden drei Beispiele zeigen. Dies erfordert viel Erfahrung des Facharztes und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Bei einer 50-jährigen Frau, die über kolikartige Schmerzen im rechten Oberbauch nach dem Essen klagt, erfolgt auf Veranlassung des Hausarztes eine Ultraschall-Untersuchung des Bauches. Dies speziell auf der Suche nach Gallensteinen, die häufig solche Beschwerden verursachen. Als Zufallsbefund zeigt sich ein zwei Zentimeter grosser Tumor in der Leber. Was nun?

Bei einem 45-jährigen Mann mit einer chronischen Leberentzündung – hervorgerufen durch das Hepatitis-C-Virus – wird jedes Jahr ein Routine-Ultraschall der Leber durchgeführt. In der aktuellen Untersuchung finden sich neu zwei tumorverdächtige Herde. Wie weiter?

Wegen Krebs wurde einem 62-jährigen Mann vor einem Jahr der linksseitige Dickdarm operativ entfernt. Die aktuellen medizinischen Richtlinien empfehlen nach einem solchen Eingriff einen Leberultraschall. Dabei wird ein Tumorherd (Ableger) in der Leber entdeckt. Und jetzt?

Umfassende Abklärungen

In einem ersten Schritt nimmt der behandelnde Arzt die genaue Krankengeschichte auf und untersucht den Patienten gründlich. Danach werden normalerweise eine Laboruntersuchung und eine weitergehende radiologische Abklärung, wie eine Computertomographie (CT) oder eine Magnetresonanztomographie (MRI), durchgeführt.

Je nachdem, wie die Untersuchungen ausfallen, wird über das weitere Vorgehen entschieden. Die folgenden Fragen müssen beantwortet werden: Ist die Diagnose klar? Kann noch zugewartet werden? Müssen weitere Untersuchungen vorgenommen werden? Muss direkt eine Operation empfohlen werden?

Gutartige Lebertumoren

Grundsätzlich wird zwischen gut- und bösartigen Lebertumoren unterschieden, da die weitere Therapie davon abhängt. Die meisten gutartigen Lebertumoren müssen nur selten operiert werden. Dazu gehören der Blutschwamm (Hämangiom) und eine Leberzellwucherung mit dem speziellen Namen «Fokal noduläre Hyperplasie».

Bestimmte Neubildungen aus Leberzellen, sogenannte Adenome, haben das Potenzial zur Entartung (Krebsbildung) und sollten deshalb entfernt werden. Gutartige Geschwülste

müssen ebenfalls operiert werden, wenn sie so gross werden, dass sie Beschwerden machen und beispielsweise auf andere Bauchorgane drücken.

Bösartige Lebertumoren

Der weitaus häufigste Grund für Eingriffe an der Leber sind bösartige Tumoren. Hier unterscheidet man zwei Formen: einerseits Neubildungen aus Leberzellen (Leberkrebs) oder aus den in der Leber liegenden Gallengangszellen (Gallengangskrebs), andererseits Tochtergeschwülste von diversen Krebsarten (Darm-, Brust-, Prostata-, Lungen-, Gebärmutterkrebs) in der Leber. Weitaus am häufigsten sind Ableger des Dickdarm- und Mastdarmkrebses (kolorektale Karzinome); diese Krebsarten stehen ja in der schweizerischen Krebsstatistik an zweiter Stelle.

Und bei rund der Hälfte solcher Patienten bilden sich während ihrer Erkrankung Ableger in der Leber. Dementsprechend erfolgen etwa drei Viertel aller Operationen an der Leber wegen Metastasen. Die einzige Chance auf eine Heilung liegt in der Operation, das heisst, der Entfernung dieser Tochtergeschwülste. Aktuell kann bei bis zu 60 % der operierten Patienten eine Überlebenszeit von fünf Jahren erreicht werden. Dies bedeutet gegenüber früher eine enorme Verbesserung, denn Lebermetastasen führen unbehandelt über kurz oder lang zum Tod.

Lebermetastasen – Chirurgie oder andere Therapieoptionen?

Da die chirurgische Entfernung die einzige Therapie ist, die bei Lebermetastasen eine Chance auf eine komplette Heilung bietet, steht die Beurteilung durch einen erfahrenen Leberchirurgen an erster Stelle.

Falls eine Operation nicht möglich oder zunächst nicht sinnvoll erscheint, werden andere Behandlungsmethoden eingesetzt: Die Metastasen können gezielt verödet werden, indem über Nadeln Hitze oder Kälte appliziert wird. Dies erfolgt durch die Haut oder mit einem kleinen chirurgischen Eingriff. Eine weitere Behandlungsmöglichkeit ist die Chemotherapie. Sie wird entweder systemisch über eine Vene oder gezielt (lokal) durch einen Katheter in der Leiste über die Leberschlagader direkt in den Tumor gegeben.

Mit diesen nicht chirurgischen Therapieformen kann zwar ein Wachstumsstillstand oder eine Schrumpfung der Metastasen erreicht werden, sie führen aber zu keiner Heilung. Bei einem Teil der Patienten, die auf die Behandlung gut ansprechen, kann nachfolgend eine Operation zur Entfernung des Tumors vorgenommen werden.

Ablauf in der Klinik

Für eine moderne Leberchirurgie mit dem Ziel der optimalen Betreuung des Patienten ist eine enge Zusammenarbeit von Chirurgen, Anästhesisten und dem Fachpersonal der Intensivpflegestation unerlässlich. Heutzutage können auch grössere Leberresektionen (Teilentfernungen) bei älteren und vorbelasteten Patienten mit einem vertretbaren Risiko durchgeführt werden. Ein Teil der kleineren Leberentfernungen erfolgt sogar minimalinvasiv mittels laparoskopischer Chirurgie.

Nach dem Eingriff gilt es, die Leistungsfähigkeit des Patienten so rasch wie möglich wieder herzustellen. Essen und Trinken sind direkt nach der Operation erlaubt. Normalerweise kann der Patient nach einer Nacht auf der Intensivstation auf die normale Bettenstation verlegt werden.

Fazit

Kein Fall ist wie der andere! Die Behandlung von Lebertumoren setzt eine grosse Erfahrung aller beteiligten Spezialisten voraus. Vor allem in schwierigen Situationen ist häufig eine komplexe, interdisziplinäre Planung und Durchführung der Behandlung durch alle involvierten Ärzte (Hausarzt, Chirurg, Onkologe, Radiologe, evtl. Strahlentherapeut) angezeigt. Das oberste Ziel ist immer das Festlegen der für den Patienten optimalen Therapie.

ZUSAMMEN- SPIEL ALLER BETREUENDEN.

PUBLIKUMSVORTRAG

Lebertumor – was nun?

Mittwoch, 22. Juni 2011, 19.30–21.00 Uhr
Tagungszentrum Blumenberg beim Salem-Spital, Bern

Dr. med. Stefan Schmid

Facharzt FMH für Chirurgie und Viszeralchirurgie,
Bernser Viszeralchirurgie, Belegarzt Klinik Beau-Site



NIERENSTEINE – EINE GEMEINSAME HERAUSFORDERUNG FÜR UROLOGIE UND NEPHROLOGIE

Dr. med. Dominik Böhlen

Facharzt FMH für Urologie,
Belegarzt Klinik Beau-Site und Klinik Permanence

Dr. med. Georg Meffert

Facharzt FMH für Nephrologie und Innere Medizin,
Zentrum für Nephrologie und Dialyse, Belegarzt Salem-Spital

Nierensteine sind ein häufiges Problem. Das lebenslange Risiko für die Entstehung eines Nierensteins liegt bei gut zehn Prozent. Männer sind zwei- bis dreimal häufiger betroffen als Frauen. In der Schweiz werden jährlich 7500 bis 15 000 Nierensteine diagnostiziert. Nach dem ersten Nierenstein kommt es in der Hälfte aller Fälle innerhalb von fünf Jahren zu einem Rezidiv, der Bildung eines zweiten Nierensteins. Ist dies der Fall, sollte eine Untersuchung der Nierenfunktion – eine nephrologische Abklärung – durchgeführt werden, um der Ursache der Nierensteinbildung auf die Spur zu kommen.

Es ist erwiesen, dass rund drei Viertel aller Nierensteine kalziumhaltig sind und aus Kristallen entstehen. Die restlichen sind mehrheitlich Harnsäure- und Struvitsteine. Weitere Steintypen sind eher rar.

Erst in den 90er-Jahren hat die Medizin erkannt, dass die häufig auftretenden kalziumhaltigen Steine in der Vergangenheit falsch behandelt wurden. Die Annahme, dass eine kalziumarme Diät vor Nierensteinen schütze, hat sich in grossen Untersuchungen als Irrweg erwiesen. Heute verstehen die Mediziner die Nierensteinentstehung besser und müssen die Patienten genauer beraten.

Neben anderen Gründen begünstigt auch unser Wohlstand mit den veränderten Ernährungsgewohnheiten die Steinerkrankungen. Die individuellen Zusammenhänge sollten gemeinsam mit dem Patienten und einer Ernährungsberaterin aufgearbeitet und in konkrete Empfehlungen umgesetzt werden.

Patienten mit familiärer Steinbelastung, chronischen Darmerkrankungen oder chronischen Harnwegsinfekten sowie Patienten nach einer Magen-Bypass-Operation sollten bereits nach dem ersten Nierenstein einem Nephrologen (Facharzt für Nierenerkrankungen) zugewiesen werden. Wenn immer möglich, ist die direkte Analyse des abgegangenen Steins sehr nützlich und kann die notwendigen Abklärungen verkürzen.

Nephrologische Steinsprechstunde

Die Aufgabe des Arztes in der nephrologischen Steinsprechstunde ist es, die Gründe für die Bildung der Nierensteine herauszufinden. Dies geschieht im persönlichen Gespräch mit dem Patienten über seine individuelle Kranken- und Familiengeschichte und mit speziellen Blut- und Urinuntersuchungen.

Gemeinsam mit dem Patienten und dem Hausarzt erstellt der Nephrologe dann ein Therapiekonzept, um die Entstehung weiterer Nierensteine zu vermeiden. Dieses beinhaltet eine Ernährungsberatung, individuelle Verhaltensvorschläge und, falls nötig, den Einsatz von nebenwirkungsarmen Medikamenten.

WOHLSTAND BEGÜNSTIGT NIERENSTEINE.

Als wichtigste und einfachste Massnahme ist die Verdünnung des Urins von entscheidender Bedeutung. Dabei ist es ausserordentlich wichtig, dass der Patient gleichmässig über den Tag verteilt viel trinkt. Die Trinkmenge muss dabei so gross sein, dass die tägliche Urinmenge mehr als 2 bis 2,5 Liter beträgt. Geht viel Flüssigkeit verloren, beispielsweise durch Schwitzen, muss die Trinkmenge entsprechend gesteigert werden.



Abb. 1
Nierensteinerzürmerer

Abb. 2
Positionierung am Patienten

Abb. 3 und 4
Urinkristalle unter dem Mikroskop

Wann braucht der Patient den Urologen?

Nierensteine machen sich meistens überraschend bemerkbar. Beschwerden entstehen, wenn Steine von der Niere, dem Ort ihrer Entstehung, auf die Wanderschaft gehen und im Bereich der harnableitenden Organe eine Stauung des Urinabflusses verursachen.

Die dabei auftretenden Schmerzen im Flankenbereich – teilweise mit Ausstrahlung in den Unterleib – werden als unerträglich, vernichtend und oft kolikartig beschrieben. Fieber und Schüttelfrost können im Rahmen eines bakteriellen Infekts auftreten. Bei der symptomatischen Nierenkolik handelt es sich um einen Notfall, der rasch urologisch versorgt werden sollte.

Massnahmen zur Nierensteinentfernung

Die Hirslanden Kliniken Bern bieten eine moderne und kompetente urologische Versorgung mit einem 24-h-Bereitschaftsdienst. Nach den ersten notfallmässigen, schmerzlindernden Massnahmen können die Nierensteine mittels Stein-Computertomographie zuverlässig geortet werden. Ist ein spontaner Steinabgang nicht möglich, kommen verschiedene Massnahmen zur Steinentfernung zum Einsatz:

Extrakorporale Stosswellenlithotripsie (ESWL)

Der Urologe zertrümmert die Harnsteine unter Röntgen- oder Ultraschalldarstellung mittels Stosswellen von aussen. Die dadurch entstehenden Steinbruchstücke werden später auf natürlichem Weg ausgeschieden.

Ureterorenoskopie (URS)

Mit einer Endoskopie (Spiegelung mit einer speziellen Kamera) kann der Urologe die Harnröhre, die Blase und die Harnleiter bis hinauf in das Nierenbecken spiegeln. Die Steine können vor Ort zertrümmert und anschliessend entfernt werden.

Perkutane Nephrolitholapaxie (PNL)

Der Urologe punktiert die Niere von aussen und führt das Endoskop zur Nierenspiegelung ein. Die Steine können vor Ort mechanisch zerkleinert und entfernt werden.

Laparoskopie (Schlüssellochchirurgie)

Der Urologe eröffnet operativ mittels endoskopischen Instrumenten das Nierenbecken oder den Harnleiter. So können die Steine direkt geborgen werden.

PUBLIKUMSVORTRAG

Behandeln und vorbeugen von Nierensteinen

Mittwoch, 4. Mai 2011, 19.30–21.00 Uhr
Tagungszentrum Blumenberg beim Salem-Spital, Bern

Dr. med. Dominik Böhlen

Facharzt FMH für Urologie,
Belegarzt Klinik Beau-Site und Klinik Permanence

Dr. med. Georg Meffert

Facharzt FMH für Nephrologie und Innere Medizin,
Zentrum für Nephrologie und Dialyse, Belegarzt Salem-Spital

ERKRANKUNGEN DER SPEISERÖHRE: SCHLUCKBESCHWERDEN, SODBRENNEN, BRUSTSCHMERZEN

Dr. med. Clive H. Wilder-Smith, AGAF, FRCP

Spezialarzt für Gastroenterologie und Innere Medizin,
Belegarzt Klinik Beau-Site

PD Dr. med. Hans S. Merki

Facharzt FMH für Gastroenterologie und Innere Medizin,
Belegarzt Klinik Beau-Site

Erkrankungen der Speiseröhre kommen häufig vor und sind meist durch zwei Hauptprobleme bedingt: Entzündung und/oder Transportstörung. Die Refluxösophagitis, eine Entzündung der Speiseröhre, ist die häufigste Erkrankung des oberen Magen-Darm-Traktes. Oft wird die Störung von den Betroffenen nicht ernst genommen. Doch, nicht behandelt, können sich daraus ernsthafte Komplikationen entwickeln.

Die Speiseröhre – die Verbindung zwischen Mund und Magen – transportiert die im Mund zerkleinerte Nahrung in die weiter unten liegenden Verdauungsorgane. Sie besteht aus der innersten Schicht (Schleimhaut) und zwei Muskellagen, hat eine Länge von 18 bis 26 Zentimetern und einen maximalen Durchmesser von vier Zentimetern. An beiden Enden befinden sich sogenannte Schliessmuskeln, deren Fehlfunktion zu Beschwerden und Erkrankungen führen kann.

Der «Verkehr» in diesem Transportschlauch ist genauestens geregelt. Hierfür sorgt eine Auswahl an Sensoren, welche die Temperatur, die Dehnung und die chemische Zusammensetzung der Nahrung erkennt. Über ein dichtes Nervennetz wird die Information der Sensoren übermittelt und die komplexe Muskelbewegung koordiniert. Der geschluckte Inhalt wird mit Speichel hinuntergespült.

Abklärung und Behandlung

Schluckbeschwerden sind grundsätzlich immer abzuklären. Die wichtigste Frage ist, ob eine Endoskopie – eine sogenannte Spiegelung – und Probenentnahmen notwendig sind. Schluckstörungen, wiederholtes Erbrechen und anhaltende Oberbauchschmerzen sollten prinzipiell endoskopisch untersucht werden. Bei anderen Symptomen wird die Methode zur Diagnosestellung je nach Alter des Patienten und dessen Vorgeschichte individuell abgewogen.

Reflux wird entweder mit den gut verträglichen Säureblockern oder – bei langjährigen Beschwerden – mit einem chirurgischen Eingriff behandelt. Vor allem kann bei typischen Refluxbeschwerden in jüngerem Alter (unter 50 Jahren) zuerst eine Therapie mit Säureblockern versucht werden. Bei älteren Patienten ist eine frühzeitige Endoskopie ratsam. Bei einem unklaren Befund ist eine Säuremessung mit einem dünnen Nasenkatheter oder eine Röntgenkontrastuntersuchung angezeigt. Die Säuremessung hilft auch bei der wichtigen Abgrenzung gegenüber herzbedingten Beschwerden, die von einem Herzspezialisten abgeklärt werden müssen.

Entzündliche Erkrankungen der Speiseröhre

Eine Entzündung der Speiseröhre entsteht entweder direkt durch Mageninhalt, der in die Speiseröhre zurückfliesst – ein sogenannter gastro-ösophagealer Reflux – oder seltener als Folge einer allergischen oder Immunreaktion. Im zweiten Fall ist häufig auch der Nahrungstransport beeinträchtigt.

Der gastro-ösophageale Reflux ist ein krankhafter Rückfluss von Magensäure oder anderem Mageninhalt in die Speiseröhre. Er äussert sich mindestens zweimal pro Woche mit lästigen Beschwerden oder Komplikationen, die durch den Rückfluss des Mageninhalts ausgelöst werden. Rund 15 % der Erwachsenen leiden unter einem gastro-ösophagealen Reflux. 30 % der Betroffenen zeigen in der Endoskopie Entzündungen der Speiseröhre (Abb. 2). Die restlichen 70 % haben die typischen Refluxbeschwerden ohne sichtbare Entzündung.

Nahrungsmittel und Lebensumstände, die Reflux begünstigen

- Zitrusfrüchte
- Stark gewürzte oder fettreiche Speisen
- Kaffee, Schwarztee und koffeinhaltige Getränke
- Pfefferminz
- Tomaten
- Schokolade
- Kohlensäurehaltige Getränke
- Alkohol
- Rauchen
- Übergewicht
- Mahlzeiten kurz vor dem Liegen
- Eng anliegende Kleider

Typische Refluxbeschwerden

- Saures Aufstossen
- Brennen, Sodbrennen
- Schmerzen oder Druck hinter dem Brustbein, im oberen Rücken oder im Oberbauch
- Saurer oder bitterer Geschmack im Mund, vor allem morgens
- Zurückfliessen von Geschlucktem
- Schluckbeschwerden
- Übelkeit
- Halsschmerzen

Mögliche Folgeschäden von Reflux

Neben der Speiseröhrentzündung kann Reflux auch weitere Gewebsschäden oder Krankheiten begünstigen. Dies sind vor allem Schäden oberhalb der Speiseröhre, wenn der Mageninhalt sehr weit aufsteigt. So können der Rachen mit den Hals- und Stimmorganen, die Atemwege, aber erstaunlich häufig auch die Zähne angegriffen werden. Mögliche Folgen von Reflux sind:

- Speiseröhrentzündung, evtl. mit narbiger Verengung
- Speiseröhrenkrebs
- Chronischer Husten
- Heiserkeit, häufiges Räuspern
- Zahnschmelzschäden
- Asthma
- Mittelohrentzündung
- Kiefer-, Stirnhöhlenentzündung

Eine schwerwiegende Folge von Reflux ist der Speiseröhrenkrebs, der in letzter Zeit zunehmend vorkommt. Diese bösartige Veränderung wird durch einen jahrelangen Reflux mit Schleimhautveränderungen, aber auch durch Rauchen und Alkohol begünstigt. Aus diesem Grund muss ein mehrjähriger Reflux regelmässig kontrolliert werden. Dafür empfehlen sich eine Speiseröhrenspiegelung und Gewebeentnahmen.

Ein Drittel der Patienten mit Speiseröhrentzündung spürt den Reflux nicht – Schäden äussern sich also nicht immer in merkbaren Beschwerden. Andererseits kommen Refluxbeschwerden häufig ohne Folgeschäden vor.

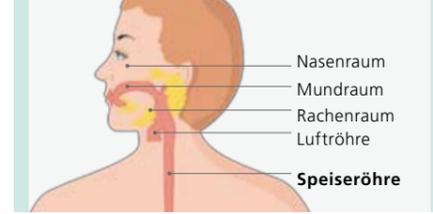


Abb. 1
Lage der Speiseröhre



Abb. 2
Gastro-ösophagealer Reflux bei der Endoskopie

Allergisch bedingte Speiseröhrentzündung

Eine erst seit Kurzem bekannte, zunehmend häufige Form der Speiseröhrentzündung ist die «Eosinophile Ösophagitis» – eine allergische Erkrankung, die sich typischerweise im Steckenbleiben von Speisen äussert. Die weiteren Beschwerden sind ähnlich wie jene beim Reflux. Eine genaue Unterscheidung dieser zwei Krankheitsbilder ist wichtig, da die Behandlung und die Konsequenzen sehr unterschiedlich sind. Bei der «Eosinophilen Ösophagitis» spielen Allergien, vor allem gegen Pollen oder Nahrungsmittel, eine wesentliche Rolle. Die Diagnose und die Verlaufsbeurteilung sind nur anhand von Schleimhautproben möglich. Die Therapie erfolgt durch eine Umstellung der Ernährung und die Einnahme von Steroiden.

Transportstörungen der Speiseröhre

Schluckbeschwerden entstehen entweder durch eine mechanische Behinderung, fehlerhafte Koordination der Speiseröhrenmuskeln oder durch eine gestörte Empfindung. Beispiele für Ursachen einer mechanischen Behinderung sind die Narbenbildung (Stenose) nach einer chronischen Reflux- oder medikamentenbedingten Entzündung oder ein Tumor.

Bei einigen Nervenerkrankungen, wie Parkinson, Multipler Sklerose und Hirntumoren, aber auch bei rheumatologischen Leiden oder Erkrankungen der Speiseröhrennerven kann die Koordination der Muskelkontraktionen gestört sein.

Häufiges Verschlucken, zusammen mit Schluckbeschwerden, spricht eher für eine Störung im Kehlkopfbereich. Eine Überempfindlichkeit der Speiseröhre gegenüber normalen Nahrungsmitteln, Säure und mechanischer Dehnung beim Schlucken kommt oft bei den sogenannten funktionellen Magendarmleiden vor, beispielsweise bei dem atypischen Thoraxschmerz oder dem Reizmagensyndrom bzw. -darm.

PUBLIKUMSVORTRAG

**Erkrankungen der Speiseröhre:
Schluckbeschwerden, Sodbrennen, Brustschmerzen**

Mittwoch, 6. April 2011, 19.30 – 21.00 Uhr
Tagungszentrum Blumenberg beim Salem-Spital, Bern

Dr. med. Clive H. Wilder-Smith, AGAF, FRCP
Spezialarzt für Gastroenterologie und Innere Medizin,
Belegarzt Klinik Beau-Site
PD Dr. med. Hans S. Merki
Facharzt FMH für Gastroenterologie und Innere Medizin,
Belegarzt Klinik Beau-Site



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

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

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 hoch stehenden Produkten, die sämtliche Wünsche und Bedürfnisse von Mutter und Kind erfüllen.

www.bibi.ch

filetti

Waschen mit Herz und Verstand: Ihrem Kind zuliebe! Filetti Sensitive ist ein Waschmittel, das 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

penaten

Seit mehr als einem Jahrhundert ist es das Anliegen von Penaten, Eltern bei der Babypflege und -fürsorge mit innovativen Produkten hilfreich zur Seite zu stehen. Penaten bietet heute ein umfassendes Produktprogramm, welches die individuellen Ansprüche empfindlicher Babyhaut und die verschiedenen Bedürfnisse pflegender Eltern und Fachleute abdeckt.

www.penaten.de

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

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 über preisgünstige 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 wird 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 StokkeTM Xplory® oder ein Produkt aus unserer Möbelkollektion, alle erfüllen sie die höchsten Ansprüche an Sicherheit, Design und Funktionalität.

www.stokke.com

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

wir eltern

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

NEUE METHODE DER SCHMERZLINDERUNG WÄHREND DER GEBURT

Dr. med. Aleksandra Immer-Bansi

Fachärztin FMH für Anästhesiologie, Salem-Spital

Dr. med. Andrea Melber

Fachärztin FMH für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Salem-Spital

Dr. med. Daniel Reinhardt

Facharzt FMH für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Salem-Spital

Die Geburtenabteilung im Salem-Spital Bern setzt seit rund zwei Jahren auf eine neuartige Schmerzlinderung mit individueller Dosierung – dies mit Erfolg. Bereits über 400 Frauen haben sich für die persönliche Schmerzmittelabgabe per Knopfdruck unter Wehen und während der Geburt entschieden. Wesentliche Vorteile des neuen Systems sind die deutliche Reduktion der Schmerzen, die Selbstbestimmung und die Mobilität bis zum Schluss der Geburt.

Dank der individuell regulierbaren Dosierung hat die Frau erstmals die gesamte Kontrolle über die Schmerzen während der Wehen und der Geburt. Zudem bleibt sie bis zum Schluss aktiv, sodass auch Wassergeburten oder eine Geburt mit dem Mayahocker möglich sind. Ist das Neugeborene auf der Welt, ist die frisch geborene Mama sofort mobil und kann auch stillen.

Per Knopfdruck Schmerzen lindern

Das Medikament Remifentanyl, ein ultrakurz wirksames, starkes Opioid, wird per Infusion über die venöse Kanüle verabreicht, die standardmässig für die Blutentnahme eingelegt wird. Wünscht die Frau die neue Form der Schmerzlinderung, kann die Hebamme innert weniger Minuten ein kleines, tragbares Gerät – eine sogenannte PCA-Pumpe – an die Infusion anschliessen. Bei starken Wehen betätigt die Gebärende selber die Dosierpumpe per Knopfdruck: Das Schmerzmittel gelangt dann sofort in den Blutkreislauf und entfaltet unmittelbar seine schmerzlindernde Wirkung.

Positive Rückmeldungen

«Die Hälfte der Frauen entscheidet sich bereits für dieses neue Verfahren», so Regula Ingold, leitende Hebamme des Salem-Spitals. «Seit der Einführung holen wir jedes Mal das Feedback der Gebärenden und der Hebamme ein – und dieses fällt durchweg sehr positiv aus. Mit der PCA wird der Geburtsschmerz erträglich, sodass die Frauen die Geburtsarbeit gerne auf sich nehmen und im Nachhinein voller Stolz auf ein selbstbestimmtes, schönes Geburtserlebnis zurückblicken können.»

Unmittelbare Wirkung, rascher Abbau

Das neue Opioid wirkt sehr schnell und – ebenso entscheidend – es wird vom Körper innert weniger Minuten wieder abgebaut. Bei den herkömmlichen Medikamenten dauert das bis zu sechs Stunden. «Der rasche Abbau des Medikaments ist auch für das Baby sehr wichtig», erklärt die Kinderärztin Dr. med. Sandra Spicher Burri. Zudem bringt er Vorteile für das Stillen: «Das Baby ist beim ersten Ansetzen nicht müde und entsprechend trinkfreudig», freut sich der Gynäkologe Dr. med. Markus Ammann.

Das Verfahren eignet sich für jede Frau. Zudem ist ein Wechsel auf eine andere Methode der Schmerzlinderung jederzeit möglich.

Für weitere Informationen:

Geburtshilfe Salem-Spital, T 031 337 68 88
oder www.hirslandenbaby.ch

PUBLIKUMSVORTRAG

Neue Methode der Schmerzlinderung während der Geburt

Mittwoch, 19. Januar 2011, 19.30–21.00 Uhr
Tagungszentrum Blumenberg beim Salem-Spital, Bern

Dr. med. Aleksandra Immer-Bansi

Fachärztin FMH für Anästhesiologie, Salem-Spital

Dr. med. Andrea Melber

Fachärztin FMH für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Salem-Spital

Weitere Informationen finden Sie auf www.hirslandenbaby.ch



PUBLIKUMSVORTRÄGE 2011

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 > Events.

VORTRAGSPROGRAMM

DATUM	THEMA	REFERENTEN
Mittwoch, 19. Januar 19.30 – 21.00 Uhr	Neue Methode der Schmerzlinderung während der Geburt	Dr. med. Alexandra Immer-Bansi Fachärztin FMH für Anästhesiologie, Salem-Spital Dr. med. Andrea Melber Fachärztin FMH für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Salem-Spital
Mittwoch, 16. Februar 19.30 – 21.00 Uhr	Die Knieprothese – das künstliche Kniegelenk	Dr. med. M. H. A. Bernhard Christen Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Belegarzt Salem-Spital
Mittwoch, 9. März 19.30 – 21.00 Uhr	Stents – Gefässstützen für erkrankte Herzkranzgefässe	Dr. med. Urs Kaufmann Facharzt FMH für Kardiologie und Innere Medizin, HerzZentrum Bern, Belegarzt Klinik Beau-Site
Mittwoch, 6. April 19.30 – 21.00 Uhr	Erkrankungen der Speiseröhre: Schluckbeschwerden, Sodbrennen, Brustschmerzen	Dr. med. Clive H. Wilder-Smith, AGAF, FRCP Spezialarzt für Gastroenterologie und Innere Medizin, Belegarzt Klinik Beau-Site PD Dr. med. Hans S. Merki Facharzt FMH für Gastroenterologie und Innere Medizin, Belegarzt Klinik Beau-Site
Mittwoch, 4. Mai 19.30 – 21.00 Uhr	Behandeln und vorbeugen von Nierensteinen	Dr. med. Dominik Böhlen Facharzt FMH für Urologie, Belegarzt Klinik Beau-Site und Klinik Permanence Dr. med. Georg Meffert Facharzt FMH für Nephrologie und Innere Medizin, Zentrum für Nephrologie und Dialyse, Belegarzt Salem-Spital
Mittwoch, 22. Juni 19.30 – 21.00 Uhr	Lebertumor – was nun?	Dr. med. Stefan Schmid Facharzt FMH für Chirurgie und Viszeralchirurgie, Berner Viszeralchirurgie, Belegarzt Klinik Beau-Site

hirslandenbaby

ERLEBNIS GEBURT

DATUM	THEMA	REFERENTINNEN
1. Donnerstag im Monat 18.30 – 19.30 Uhr	Erlebnis Geburt – Besichtigung der Maternité	Hebammen Salem-Spital
6. Januar, 3. Februar, 3. März, 7. April, 5. Mai, 9. Juni, 7. Juli		

Alle Veranstaltungen finden im Tagungszentrum Blumenberg an der Schänzlistrasse 33 beim Salem-Spital 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

