

MITTELPUNKT

PATIENTENZEITSCHRIFT DER KLINIK HIRSLANDEN UND DER KLINIK IM PARK, ZÜRICH



BANDSCHEIBENVORFALL DER LENDENWIRBELSÄULE – WAS NUN?

**MIT WASSERDAMPF UND LASER ZU MEHR DAMPF
BEIM WASSERLÖSEN NACH GUTARTIGER PROSTATAVERGRÖSSERUNG**

**GESICHTSREKONSTRUKTION BEI DER BEHANDLUNG
VON BÖSARTIGEN HAUTTUMOREN – EIN INTERDISZIPLINÄRER ANSATZ**

**BEI SCHWEREM SODBRENNEN: CHIRURGISCHE THERAPIE STATT
LEBENSLANG TABLETTEN**



KLINIK IM PARK



KLINIK HIRSLANDEN



STEPHAN ECKHART
Direktor Klinik Im Park



MARCO GUGOLZ
Direktor Klinik Hirslanden

INHALT

- 3 BANDSCHEIBENVORFALL DER LENDEN-
WIRBELSÄULE – WAS NUN? EIN ÜBERBLICK
ÜBER DIE THERAPEUTISCHEN MÖGLICHKEITEN**
- 5 INTERVIEW MIT PROF. DR. MED. SEBASTIAN
WECKBACH**
- 6 MIT WASSERDAMPF UND LASER ZU
MEHR DAMPF BEIM WASSERLÖSEN NACH
GUTARTIGER PROSTATAVERGRÖSSERUNG**
- 8 NEUIGKEITEN AUS DER KLINIK HIRSLANDEN**
- 11 NEUIGKEITEN AUS DER KLINIK IM PARK**
- 12 GESICHTSREKONSTRUKTION BEI DER
BEHANDLUNG VON BÖSARTIGEN HAUT-
TUMOREN – EIN INTERDISZIPLINÄRER ANSATZ**
- 14 BEI SCHWEREM SODBRENNEN: CHIRURGISCHE
THERAPIE STATT LEBENS LANG TABLETTEN**
- 16 IMMER FÜR SIE DA. AUCH IM NOTFALL.**

IMPRESSUM

MITTELPUNKT 2/2020

Eine Publikation der Klinik Hirslanden und der Klinik Im Park

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

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

| | |
|-----------------------|----------------------------|
| PROJEKTLEITUNG | Rahel Anliker |
| REDAKTION | Widmer Kohler AG, Zürich |
| REALISATION | bc medien ag, Münchenstein |
| ILLUSTRATIONEN | Janine Heers, Zürich |
| AUFLAGE | 110 000 Exemplare |
| DRUCK | Kromer Print AG |

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

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

KLINIKEN DER PRIVATKLINIKGRUPPE HIRSLANDEN

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser

Wer die Klinik Hirslanden oder die Klinik Im Park für eine Behandlung aufsucht, erwartet Leistungen von hoher Qualität. Das betrifft die Medizin und die Pflege genauso wie die Hotellerie und die Gastronomie. Aber nicht nur das: Unsere Patienten erwarten auch, dass wir ihre Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigen, ihre Sorgen und Ängste ernst nehmen und auf ihre Fragen und Anliegen eingehen. Den Erfüllungsgrad all dieser Erwartungen bezeichnet man als «Patientenzufriedenheit». Sie ist ein zentraler Indikator für die Qualität unserer Arbeit, in deren Zentrum immer das Wohl unserer Patienten steht.

Die Rückmeldungen unserer Patienten zu ihrem Klinikaufenthalt helfen uns, unsere Leistungen laufend zu prüfen, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Zu diesem Zweck werden sie regelmässig – und selbstredend anonymisiert – in verschiedenen Gremien und Qualitätszirkeln analysiert und diskutiert. Konkrete Verbesserungspotenziale werden direkt vor Ort mit den Abteilungsleitungen umgesetzt. Übergeordnete Themen werden von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe für die ganze Hirslandengruppe bearbeitet. Dazu gehört z.B. die Frage, wie wir aus Patientensicht den Prozess des Klinikaustritts weiter optimieren können.

Wir bieten unseren Patienten verschiedene Möglichkeiten, uns Feedback zu geben: Während ihres Aufenthalts können sie sich direkt an die behandelnden Ärzte und Pflegefachleute wenden. Für Anliegen, die über das Medizinische hinausgehen, haben die Mitarbeitenden der Guest Relations jederzeit ein offenes Ohr. Wer sich lieber schriftlich äussern möchte, kann dies mit dem Rückmeldeflyer tun, der in jedem Zimmer ausliegt. Diese Möglichkeit besteht auch nach dem Klinikaustritt über ein Online-Formular auf der Hirslanden-Webseite, sowohl für stationäre wie auch für ambulante Patienten. Stationäre Patienten erhalten nach ihrem Austritt ergänzend via E-Mail einen ausführlichen Fragebogen. Bei allen schriftlichen Rückmeldungen steht es unseren Patienten offen, ob sie von der Klinik eine Antwort auf ihr Feedback wünschen oder nicht.

Die Corona-Pandemie nimmt uns alle nach wie vor stark in Anspruch. Unsere beiden Kliniken arbeiten eng mit den Gesundheitsbehörden und anderen Spitälern zusammen und sind jederzeit in der Lage, rasch auf neue Entwicklungen zu reagieren. Wie bei allem, was wir tun, steht dabei die Sicherheit unserer Patienten und Mitarbeitenden an erster Stelle.

STEPHAN ECKHART
Direktor Klinik Im Park

MARCO GUGOLZ
Direktor Klinik Hirslanden

BANDSCHEIBENVORFALL DER LENDENWIRBELSÄULE – WAS NUN? EIN ÜBERBLICK ÜBER DIE THERAPEUTISCHEN MÖGLICHKEITEN

Von **PROF. DR. MED. SEBASTIAN WECKBACH**, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Master-Zertifikat der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft

BANDSCHEIBENVORFÄLLE (DISKUSHERNIEN) TRETEN JÄHRLICH BEI CIRCA 5 BIS 20 PRO 1000 ERWACHSENEN VORWIEGEND ZWISCHEN DEM 30. UND 50. LEBENSJAHR AUF UND BETREFFEN MÄNNER FAST DOPPELT SO HÄUFIG WIE FRAUEN. ZU BANDSCHEIBENVORFÄLLEN KOMMT ES HAUPTSÄCHLICH IM BEREICH DER UNTEREN LENDENWIRBELSÄULE. OBWOHL EINGRIFFE IM BEREICH DER BANDSCHEIBEN DER HÄUFIGSTE GRUND FÜR EINE OPERATION AN DER WIRBELSÄULE SIND, MUSS EIN BANDSCHEIBENVORFALL NICHT IMMER CHIRURGISCH VERSORGT WERDEN. DER FÜR DEN PATIENTEN BESTMÖGLICHE BEHANDLUNGSPLAN WIRD IM IDEALFALL VON SPEZIALISTEN VERSCHIEDENER FACHGEBIETE GEMEINSAM ERARBEITET.

Die 23 Bandscheiben der Wirbelsäule liegen zwischen den Wirbelkörpern und bestehen aus einem äusseren Faserring und einem Kern aus weichem Knorpel. Sie ermöglichen die Beweglichkeit der Wirbelsäule und dämpfen Stösse und Erschütterungen ab. Kommt es im Laufe der Zeit zu verschleissbedingten Rissen an der Bandscheibe, kann das innere Bandscheibengewebe in den Wirbelkanal austreten und dort Druck auf die Nerven ausüben (vgl. Abb. 1). Wenn das passiert, spricht man von einem Bandscheibenvorfall oder einer Diskushernie.

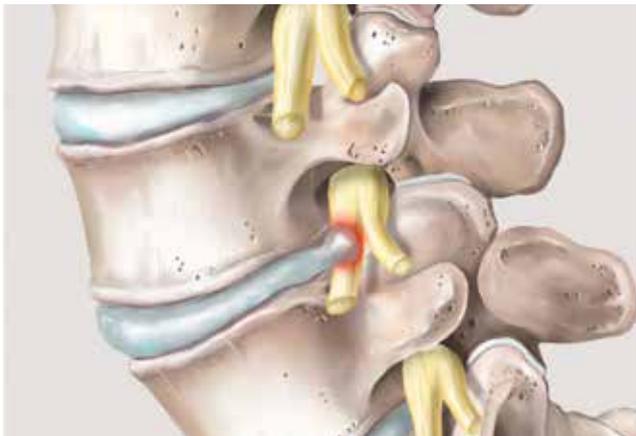


Abb. 1: Bandscheibenvorfall
Das knorpelige innere Bandscheibengewebe tritt durch verschleissbedingte Risse im Faserring in den Wirbelkanal aus und drückt dort auf die Nerven.

Bei Gesunden unter 60 Jahren finden sich im MRI in 20 bis 30 Prozent der Fälle Bandscheibenvorfälle, bei den über 60-Jährigen in mehr als 60 Prozent der Fälle. Eine Korrelation zwischen klinischen Symptomen und MRI-Befunden besteht allerdings nicht. Dies erschwert die individuelle Behandlung von Diskushernien und erfordert eine spezialärztliche Betreuung.

KLINISCHE SYMPTOME

Symptome einer Diskushernie sind radikulär, d.h. von den Nervenwurzeln ausstrahlende Beinschmerzen (Ischias), isolierte Rückenschmerzen (Hexenschuss bzw. Lumbago), Gefühlsstörungen (Hypästhesien) und ein Kraftverlust in den Beinen (Parese, evtl. Querschnittslähmung). Ein grosser Bandscheibenvorfall kann in seltenen Fällen ausserdem zu Sexual-, Blasen- und Mastdarmstörungen führen (Cauda-equina-Syndrom). Je akuter und grösser die Ausfälle sind, desto dringlicher ist die Operation.

KONSERVATIVE THERAPIEANSÄTZE

Ein Grossteil aller Bandscheibenvorfälle wird zunächst konservativ therapiert. Die Behandlung beruht dabei auf drei Säulen: Die erste Säule ist die medikamentöse Therapie mittels nichtsteroidalen Antirheumatika, Opiaten, muskelentspannenden Medikamenten, Kortison und gegebenenfalls Antidepressiva. Die zweite Säule bilden Massnahmen wie Physiotherapie, manuelle oder chiropraktische Therapie, Rückenschule und ergonomische Anpassungen am Arbeitsplatz.

INTERVENTIONELLE ANSÄTZE

Die dritte Säule sind die Infiltrationen: Bildgestützt werden ein lokales Betäubungsmittel und gegebenenfalls Kortison an den betroffenen Nerv bzw. an oder in den Rückenmarkskanal gespritzt. Hierbei erweisen sich die epidurale Infiltration und die lokale Wurzelblockade (periradikuläre Therapie) als kurzfristig bis zu 12 Monaten wirksam (vgl. Abb. 2). Das Ansprechen und die etwaige Dauer der Schmerzstillung können jedoch im Voraus nicht abgeschätzt werden.



Abb. 2: Infiltration von lokalem Betäubungsmittel und gegebenenfalls Kortison

WANN SOLLTE OPERIERT WERDEN?

Eine absolute Operationsindikation besteht bei einer Lähmung von Blase- und Mastdarm oder einer akuten höhergradigen Lähmung im Bein. Schmerzen oder eine leichte muskuläre Schwäche stellen eine relative Operationsindikation dar, wenn die konservativen Optionen erfolglos bleiben. Bei Operationsbedarf stehen mehrere Verfahren zur Verfügung, die in Abhängigkeit von der Form und der Lage der Diskushernie zur Anwendung gelangen.

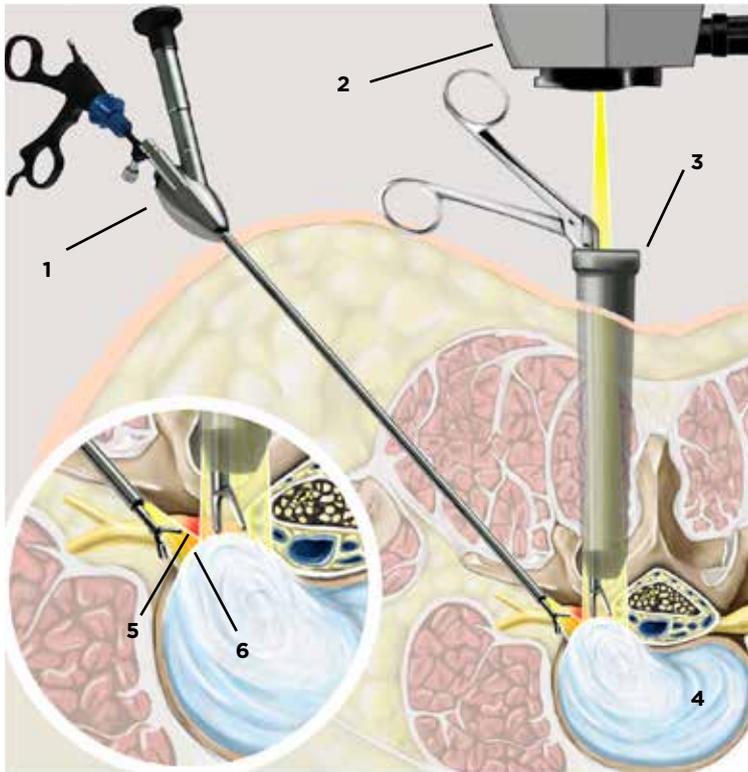


Abb. 3: Die Abbildung zeigt zwei verschiedene Operationstechniken, um einen Bandscheibenvorfall chirurgisch zu entfernen: die endoskopische Operationstechnik über einen Hautschnitt an der Seite und die mikrochirurgische (mikroskopische) Operationstechnik über einen Hautschnitt am Rücken und durch einen Spreizer.

1 Endoskop, 2 Mikroskop, 3 Spreizer, 4 Bandscheibe, 5 Nerv, 6 ausgetretenes Bandscheibengewebe, das auf den Nerv drückt

MIKROSKOPISCHE (MIKROCHIRURGISCHE) OPERATIONSTECHNIK – DER GOLDSTANDARD

Die mikroskopisch-mikrochirurgische Behandlung einer Diskushernie ohne Instabilität ist eine hoch standardisierte Operation mit guten Ergebnissen und geringen Komplikationsraten. Hierbei wird über einen kleinen Schnitt am Rücken mit dem Mikroskop auf die Bandscheibe zugegangen und der Vorfall vom Nerv abgelöst und entfernt. Bei Bedarf wird ein Teil der Bandscheibe mitentfernt (vgl. Abb. 3).



Abb. 4: Operative Stabilisierung der Wirbelsäule nach Wirbelgleiten mit einem Schrauben-Stab-System

ENDOSKOPISCHE OPERATIONSTECHNIK

Bei der endoskopischen Bandscheibenoperation handelt es sich um eine der Arthroskopie (Gelenkspiegelung) vergleichbare Operationstechnik (Schlüsselloch- oder minimalinvasive Chirurgie). Ein Vorteil hiervon ist die noch geringere Gewebeverletzung, deren klinischer Nutzen allerdings fraglich ist. Diese Technik stellt eine weitestgehend standardisierte Alternative zur mikrochirurgischen Operationstechnik dar (vgl. Abb. 3).

STABILISIERUNGSOPERATION

Liegt dem Bandscheibenvorfall als Ursache eine Instabilität (Wirbelgleiten) in dem zu behandelnden Segment vor, so reicht eine mikrochirurgische oder endoskopische Entfernung der Diskushernie häufig nicht aus. Hier ist eine zusätzliche Stabilisierung notwendig, z. B. mit einem Schrauben-Stab-System (vgl. Abb. 4).

Neben den genannten Verfahren finden auch verschiedene intradiskale, d.h. im Inneren der Bandscheibe ansetzende Methoden Anwendung: Dazu gehören die Laserdiskektomie und die Nukleoplastie. Dabei wird der Bandscheibenkern mittels Laser bzw. Radiofrequenzstrom verdampft. Eine weitere Möglichkeit ist die Implantation von Bandscheibenprothesen. Die aktuellen Leitlinien sprechen sich jedoch gegen diese Verfahren aus.

NACHBEHANDLUNG

Nach einer Operation ohne Stabilisierung erfolgt die Mobilisation noch am Operationstag selbst und ohne Restriktionen unter Schmerzmitteln. Eine Frühentlassung ist nach zwei bis drei Tagen möglich. Physiotherapie ist in der Regel nur bei Lähmungen erforderlich. Auf körperliche Belastung oder Sport sollte bis zur Wundheilung verzichtet werden. Bei leichten Tätigkeiten, z.B. im Büro, ist die Rückkehr zur Arbeit in der Regel nach ein bis zwei Wochen möglich, bei mittelschweren Tätigkeiten, z.B. im Haushalt, nach drei bis sechs Wochen. Schwerarbeit, z.B. auf dem Bau, in der Landwirtschaft oder in einem Pflegeberuf, kann nach sechs bis zwölf Wochen wieder aufgenommen werden. Nach stabilisierenden Operationen sind eine längere Nachbehandlung und eine körperliche Schonung von bis zu drei Monaten notwendig.

GLOSSAR

- **LENDENWIRBELSÄULE:** in der Höhe der Lenden gelegener Teil der Wirbelsäule, der aus fünf Wirbeln besteht
- **RELATIVE OPERATIONSINDIKATION:** wenn eine Operation vorteilhaft, aber nicht zwingend ist
- **WIRBELGLEITEN:** Instabilität der Wirbelsäule, bei der sich benachbarte Wirbel nach vorne oder hinten gegeneinander verschieben

KONTAKT

NEUROSPINEZÜRICH

Wirbelsäule interdisziplinär seit 1997
 Seestrasse 315
 8038 Zürich
 T +41 44 209 22 84
 neurospine.zuerich@hin.ch
 www.neurospine-zuerich.ch

INTERVIEW MIT PROF. DR. MED. SEBASTIAN WECKBACH

WO LIEGT DIE HERAUSFORDERUNG BEI DER DIAGNOSTIK UND DER THERAPIE VON PATIENTEN MIT EINEM BANDSCHEIBENVORFALL IN DER LENDENWIRBELSÄULE UND AUSSTRAHLENDE RÜCKENSCHMERZEN?

Die Herausforderung liegt in der exakten Diagnosestellung. Dazu ist eine klinisch-neurologische Untersuchung sowie daran anschliessend eine passende Bildgebung mittels Röntgen und MRI notwendig. Wie im nebenstehenden Artikel angedeutet, liegen bei relativ vielen Patientinnen und Patienten Bandscheibenvorfälle vor, die jedoch keine Probleme bereiten. Hier ist das Augenmerk auf die Klinik, d.h. das Beschwerdebild des Patienten zu richten, und die Befunde der Bildgebung sind sorgfältig mit der klinischen Untersuchung in Zusammenhang zu bringen. Selbstverständlich sind andere Ursachen für ausstrahlende Schmerzen wie z.B. Gefäss- und Gelenkprobleme auszuschliessen.

SIE PFLEGEN EINEN INTERDISZIPLINÄREN ANSATZ. WAS ZEICHNET DIESEN AUS, UND WELCHE FACHGEBIETE SIND INVOLVIERT?

Unser interdisziplinärer Ansatz besteht aus der engen Zusammenarbeit in der Diagnostik/Befunderhebung sowie der konservativen und operativen Therapie von Patienten mit Erkrankungen der Wirbelsäule. NeuroSpineZürich – Wirbelsäule interdisziplinär vereint seit 1997 die Disziplinen Allgemeinmedizin, Neurochirurgie, Orthopädie, Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation unter einem Dach. Somit können wir unterschiedliche Therapieansätze und Sichtweisen zusammenbringen und ein individuelles Behandlungsregime für alle Patientinnen und Patienten erstellen. Wir lernen täglich voneinander.

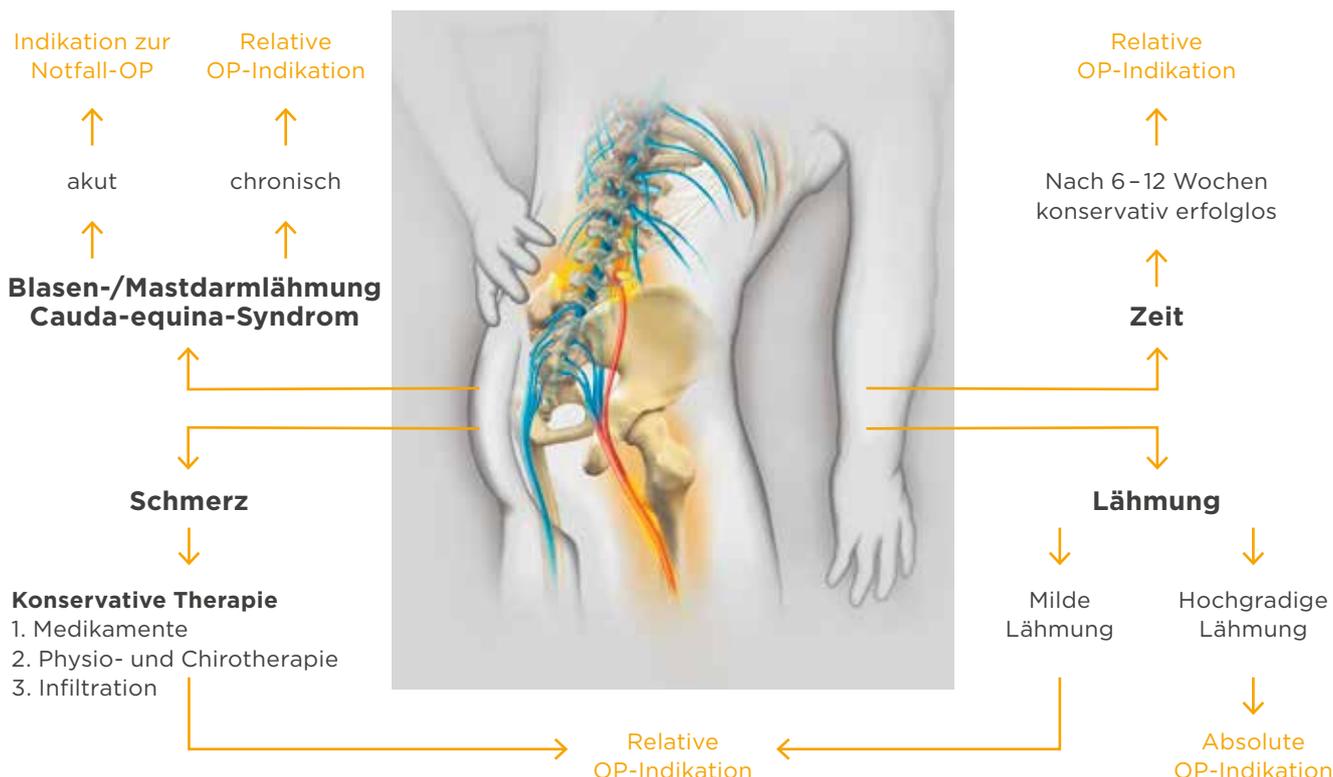
BEI EINER OPERATION WIRD DER BANDSCHEIBENVORFALL, D.H. DAS IN DEN WIRBELKANAL AUSGETRETENE INNERE BANDSCHEIBENGewebe, ENTFERNT. WAS PASSIERT MIT DIESEM Gewebe BEI EINER KONSERVATIVEN BEHANDLUNG?

Das Ziel der konservativen Behandlung von Bandscheibenvorfällen liegt darin, den Schmerz der Betroffenen so lange kontrollieren zu können, bis der Körper es geschafft hat, das Bandscheibenmaterial selber aufzulösen. Je wasserhaltiger ein Bandscheibenvorfall ist, desto häufiger gelingt dies und desto grösser sind die Chancen, dass ein konservatives Management erfolgversprechend ist. Allerdings benötigt dieser Prozess mehrere Wochen. Sollte die Schmerzfreiheit nach 6 bis 12 Wochen nicht eintreten, ist oft eine Operation angezeigt, um der Chronifizierung der Schmerzen vorzubeugen.

WELCHE ZIELE VERFOLGT DIE BEHANDLUNG, OB KONSERVATIV ODER OPERATIV?

Die Ziele der Behandlung eines Bandscheibenvorfalles sind immer die folgenden: Verhinderung von Lähmungen, Verbesserung der Funktion bei bereits bestehenden Lähmungen, Verminderung oder Behebung von Schmerzen, Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sowie Sicherung der Teilhabe am sozialen Leben.

INTERDISZIPLINÄRER BEHANDLUNGS-ALGORITHMUS DURCH NEUROSPINEZÜRICH UND EXTERNE MITBEHANDLER



MIT WASSERDAMPF UND LASER ZU MEHR DAMPF BEIM WASSERLÖSEN NACH GUTARTIGER PROSTATAVERGROSSERUNG

Von PD DR. MED. NIKO ZANTL, Facharzt für Urologie

BESCHWERDEN BEIM WASSERLASSEN UND BEDROHLICHE KOMPLIKATIONEN WIE HARNVERHALT UND VERLUST DER NIERENFUNKTION SIND MEISTENS FOLGE EINER GUTARTIGEN PROSTATAVERGROSSERUNG. DIESE ERKRANKUNG BETRIFFT IM LAUFE IHRES LEBENS BIS ZU 90 PROZENT ALLER MÄNNER UND FÜHRT BEI ÜBER DER HÄLFTE ZU EINEM BEHANDLUNGSBEDARF. ES GIBT MEHRERE MEDIKAMENTÖSE, INTERVENTIONELLE UND OPERATIVE BEHANDLUNGSOPTIONEN, DIE UNTERSCHIEDLICHE EFFEKTIVITÄTEN, RISIKEN UND NEBENWIRKUNGEN AUFWEISEN. ZIEL IST ES, JEDEM PATIENTEN INDIVIDUALISIERT DAS FÜR IHN GEEIGNETSTE VERFAHREN ANZUBIETEN. DAZU ZÄHLEN MIT REZUM UND HOLEP AUCH ZWEI INNOVATIVE METHODEN, DIE EBENSO SCHONEND WIE WIRKSAM SIND.

«WAS GEHT MICH DAS AN?»

Häufiger und störender Harndrang, auch bis hin zum Urinverlust, nächtliches Wasserlassen, Nachtröpfeln, langsamer Harnfluss und Restharn bis hin zum Harnverhalt – die Beschwerden einer gutartig vergrösserten Prostata können jeden Mann treffen. Der Urologe erfasst die Symptome und die Beeinträchtigung der Lebensqualität in einem Anamnese-Gespräch und mit einem Fragebogen. Die Diagnose sichert er anhand einer Abtastung der Prostata, einer Urin- und einer Blutuntersuchung sowie einer Ultraschalluntersuchung.

Alle Behandlungsverfahren bringen Risiken und Nebenwirkungen mit sich, die allerdings unterschiedlich ausgeprägt und unterschiedlich häufig sind. Daher sind eine Kenntnis der Therapieoptionen und ein Verständnis ihrer Vor- und Nachteile für den aufgeklärten Patienten unerlässlich.

WAS IST UND MACHT DIE PROSTATATA - UND WARUM VERGROSSERT SIE SICH?

Die Prostata ist eine Drüse, die das Sekret des Samengusses produziert. Um diese Produktion zu schaffen,

nimmt sie mit den Jahren an Volumen zu. Beim jungen Mann sind es 20 Gramm. Im Laufe des Lebens werden es häufig bis zu 80 Gramm, möglich sind sogar bis über 500 Gramm. Die Prostata umfasst die Harnröhre und kann diese zudrücken, wenn sie wächst, und so den Harnfluss aus der Blase verschlechtern (vgl. Abb. 1). So entstehen die Symptome und Komplikationen.

MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Es gibt verschiedene Medikamente, von pflanzlichen bis zu Hormonblockern. Aber auch Medikamente können Nebenwirkungen haben. Und sie müssen alle lebenslang – oder bis zu einer erforderlichen Operation – eingenommen werden. Das alleine schreckt schon viele Männer ab und motiviert sie gleich zur Operation.

OPERATIVE THERAPIE

Alle operativen Eingriffe haben das gleiche Ziel: die Beseitigung der Harnröhrenverengung durch Verkleinerung des Drüsenkörpers der Prostata, wobei die sogenannte «chirurgische Kapsel» der Prostata erhalten bleibt. Hierfür stehen verschiedene Verfahren zur Verfügung: Der Drüsenkörper kann durch die Harnröhre (transurethral) oder von der Bauchhöhle her entfernt werden – dann mittels Bauchschnitt (offen operativ) oder in Schlüsselochtechnik (laparoskopisch, auch mit dem da Vinci-System).

Bei den transurethralen Eingriffen wird ein Hohlschaft (Zystoskop) in die Harnröhre eingeführt. In dieses Zystoskop werden dann eine Optik mit Kamera und ein Arbeitsinstrument (z.B. Elektroschlinge, Zange oder Laserfaser) eingeführt. So kann der Urologe unter Sichtkontrolle operieren.

TURP

Goldstandard ist seit den 1920er Jahren die Ausschälung der Prostata durch die Harnröhre mit einer Elektroschlinge (= Transurethrale Elektroresektion der Prostata = TURP, vgl. Abb. 2). Bei der TURP wird mittels hochfrequenten Stroms, der durch die Elektroschlinge fließt, das Prostatadrüsenengewebe in Schnipseln aus der Prostata herausgeschnitten. Diese Schnipsel fließen in die Blase und werden am Ende der OP aus der Blase ausgespült. Durch

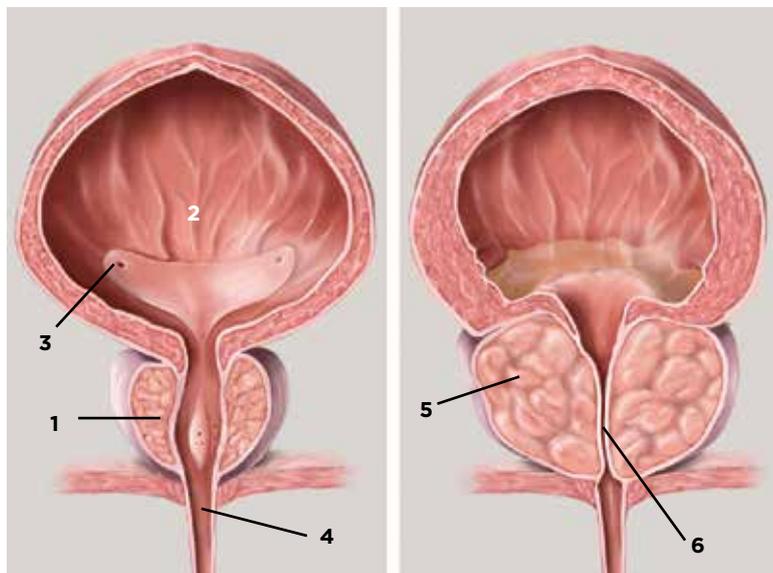


Abb. 1: Gesunde Prostata (links) und gutartig vergrösserte Prostata (rechts) mit verengter Harnröhre
(1 gesunde Prostata, 2 Blase, 3 Harnleitermündung, 4 Harnröhre, 5 gutartig vergrösserte Prostata, 6 verengte Harnröhre)

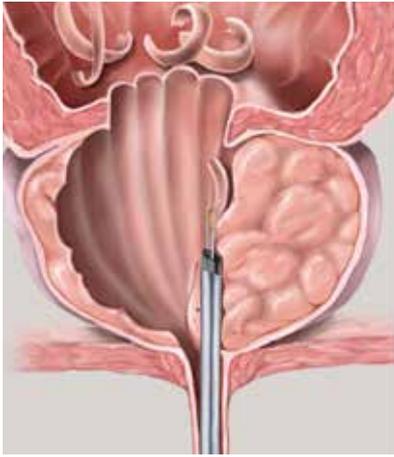


Abb. 2: Ausschälung der Prostata durch die Harnröhre mit einer Elektroschlinge (TURP). Die dabei entstehenden Schnipsel fließen in die Blase und werden am Ende der OP ausgespült.



Abb. 3: Rezum-Therapie mit Wasserdampf, dessen Hitze das behandelte Prostatagewebe zum Absterben bringt, worauf es vom Körper rasch abgebaut wird.

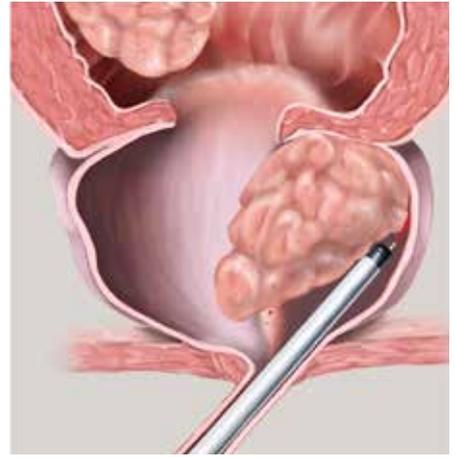


Abb. 4: Beim HOLEP-Verfahren wird das vergrößerte Prostatagewebe mit Laser ausgeschält und in die Blase gedrückt, wo es zerkleinert und abgesaugt wird.

eine zweite StromEinstellung können eröffnete Blutgefässe verschweisst und somit die Blutungen gestillt werden. Vorteile der TURP sind eine sehr gute Steuerbarkeit der Gewebeabtragung und damit eine starke Verbesserung des Harnflusses, eine Senkung des Restharns und ein langfristiges Andauern des OP-Erfolgs.

PROSTATA-ENUKLEATION MIT DEM DA VINCI-SYSTEM

Ist die Prostata sehr gross, ist es von Vorteil, den Drüsenkörper als Ganzes abzutragen und nicht in kleinen Portionen oder Schnipseln. Standardmässig wird hierfür ein Bauchschnitt durchgeführt, die Blase eröffnet und dann vom Übergang der Blase in die Prostata her (Blasenhals) der Prostatadrüsenkörper aus der Prostatakapsel ausgeschält. In geübten Händen kann diese Operation heutzutage mit dem da Vinci-Operationssystem robotisch assistiert und laparoskopisch durchgeführt werden. Durch diese minimalinvasive Technik ist die Operation schonender und der Heilungsprozess schneller. Zudem lässt sich der Schmerz durch den Bauchschnitt vermeiden. Diese Technik wird dann angewendet, wenn die Prostata mit einem Volumen von über 100 ml sehr gross ist.

REZUM

Die Rezum-Therapie ist ein innovatives und besonders schonendes Verfahren. Hier werden wenige Milliliter Wasser auf 103° erhitzt. Dieser Wasserdampf wird mit einer speziellen Nadel durch ein Zystoskop in mehreren Portionen präzise in die Prostata eingespritzt (vgl. Abb. 3). Lokalisationen und Anzahl der Einspritzungen sowie das Volumen des Wasserdampfes werden exakt an die Grösse und spezielle Anatomie der jeweiligen Prostata angepasst. Durch die Hitze des Wasserdampfes sterben die umliegenden Gewebeanteile ab und werden rasch vom Körper abgebaut. Dadurch wird der Gewebemantel um die Harnröhre verdünnt und der Ausfluss-Widerstand ver-

ringert. Durch die exakte Platzierung des Wasserdampfes lässt sich dessen unkontrollierte Verteilung verhindern. Der Dampf wird nach Abgabe seiner Energie wieder zu Wasser und vom Gewebe aufgenommen. Auf diese Weise können auch Patienten mit gerinnungshemmenden Medikamenten, sehr grosser Prostata bis 120 Gramm und vergrössertem Mittellappen behandelt werden. Vor allem kann mit dieser schonenden Technik auch die retrograde Ejakulation (Samenerguss in die Blase) vermieden werden. Diese ist bei allen anderen Methoden häufig.

HOLEP

Bei der «**H**olmium-**L**aser **E**nukeleation der **P**rostate» (HOLEP) wird der überschüssig gewachsene Drüsenkörper der Prostata entlang der anatomischen Gewebegrenze zu ihrer faserigen Aussengewebebeschicht in einer bis drei Portionen ausgeschält und in die Blase gedrückt (vgl. Abb. 4). Dort wird der Drüsenkörper in kleinste Stückchen morcelliert und gleichzeitig aus der Blase nach aussen abgesaugt. Der Holmium-Laser hat Eigenschaften, die ihn zu diesem Verfahren besonders befähigen. Durch verschiedene Einstellungen kann er entweder Gewebe schneiden oder wegdrücken oder Blutgefässe veröden und damit Blutstillung erwirken. Die HOLEP ist auch für grosse Prostatatae und Patienten mit Blutgerinnungshemmung geeignet und führt dank der anatomischen Entfernung des Drüsenkörpers zu besonders guter Verbesserung des Wasserlassens, sehr lang anhaltender Wirkung der Verbesserung und besonders wenig Rezidiven (Wiederkehr des Drüsenkörpers).

FAZIT

Das Spektrum an Therapien bei einer gutartig vergrösserten Prostata erlaubt es, jedem Patienten die für ihn geeignetste Behandlung anzubieten. Das Ziel ist dabei immer dasselbe: die Wiederherstellung der Lebensqualität unter Vermeidung von Nebenwirkungen.

GLOSSAR

- **HARNVERHALT:** Unfähigkeit, die Blase ganz oder teilweise zu entleeren
- **CHIRURGISCHE KAPSEL:** äusseres Prostatagewebe, das bei der Operation belassen wird
- **MITTELLAPPEN:** hinter der Harnröhre gelegener Anteil der Prostata
- **ENUKLEATION:** Entkernung, Ausschälung von abgekapseltem Gewebe

KONTAKT

ZENTRUM FÜR UROLOGIE ZÜRICH

Klinik Hirslanden
Witellikerstrasse 40
8032 Zürich

T +41 44 387 20 30

urologiezentrum.hirslanden@hirslanden.ch
www.zentrumfuerurologie.ch

NEUIGKEITEN AUS DER



**Klinik für Neurologie
Hirlanden**
Klinik Hirlanden
Witellikerstrasse 40
8032 Zürich
T +41 44 387 39 93
sekretariat.strokecenter@
hirslanden.ch

ERÖFFNUNG DER KLINIK FÜR NEUROLOGIE

Mit der im Juni 2020 neu eröffneten Klinik für Neurologie hat die Klinik Hirlanden ihr neurologisches Angebot ausgebaut. Es umfasst das zertifizierte Stroke Center samt Schlaganfall-Ambulatorium, die neurologische Bettenstation mit bis zu 29 Betten, inkl. Stroke Unit mit acht monitorisierten Betten, sowie die Notfallstation und die Betreuung neurologischer Patienten auf der Intensivstation.

Zu den Schwerpunkten der Klinik für Neurologie gehören neben der Schlaganfallbehandlung das ganze Spektrum akut-neurologischer Krankheitsbilder sowie u.a. die Therapie der Multiplen Sklerose. Auch das vor Kurzem gegründete Zentrum für Neurogeriatrie wurde als Bereich integriert und fungiert als Schnittstelle zwischen Neurologie und Geriatrie (Altersmedizin), mit einem Fokus auf Demenzerkrankungen, Bewegungsstörungen und Delirbehandlung (Behandlung von Verwirrheitszuständen).

Die Spezialisten der Klinik für Neurologie arbeiten interdisziplinär zusammen mit den verwandten Disziplinen wie der Neurochirurgie und der diagnostischen und interventionellen Neuroradiologie der Klinik Hirlanden. Enge Kooperationen bestehen mit weiteren Disziplinen wie der Gefässchirurgie, der Kardiologie und der Inneren Medizin. Eine enge Verbindung und Zusammenarbeit besteht zudem mit den Therapiediensten der Klinik Hirlanden. So kann die Klinik für Neurologie komplexe Behandlungen von neurologischen Patienten interdisziplinär und multiprofessionell an einem Ort anbieten. Die Klinik fungiert zudem als Weiterbildungsstätte für das Fach Neurologie.

Die Klinik für Neurologie wird gemeinsam mit der Bellevue Medical Group (BMG) geführt. Die Klinikleitung, die Leitenden Ärzte sowie die Oberärzte sind Neurologinnen und Neurologen der BMG, die als Belegärzte oder konsiliarisch an der Klinik Hirlanden tätig sind. Die Leitung der Klinik für Neurologie liegt bei Prof. Dr. med. Adam Czaplinski, Chefarzt der BMG und renommierter Spezialist für Multiple Sklerose. Sein Stellvertreter ist Prof. Dr. med. Nils Peters. Als erfahrener Schlaganfall-Spezialist leitet er das Stroke Center Hirlanden. Es hat sich in den letzten Jahren als eines von schweizweit zehn zertifizierten Stroke Zentren bei der Versorgung von Schlaganfallpatienten bestens etabliert.

NEU: DIALYSE IN DER KLINIK HIRSLANDEN

Seit dem 2. November bietet die Klinik Hirlanden dialysepflichtigen Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen Dialysebehandlungen an. Das ambulante und stationäre Angebot umfasst acht Dialyseplätze im Hauptgebäude der Klinik Hirlanden an der Witellikerstrasse 40 in Zürich. Neben der Hämodialyse gehören zu den angebotenen Nierenersatztherapien auch die Hämo-filtration und die Peritonealdialyse (Bauchfelldialyse). Dazu kommen die Vorbereitung und die Nachsorge von Nierentransplantationen, einschliesslich der Abklärung von Lebendnierenspendern.

Die ärztliche Leitung des neu eröffneten Zentrums für Nephrologie und Dialyse liegt bei Prof. Dr. med. Andreas Serra, Facharzt für Nephrologie und für Allgemeine Innere Medizin. Neben den Nierenersatztherapien deckt

KLINIK HIRSLANDEN



Zentrum für Nephrologie und Dialyse

Klinik Hirslanden
Witellikerstrasse 40
8032 Zürich
T +41 44 387 96 88
nephrologie.hirslanden@
hirslanden.ch

das Leistungsspektrum des Zentrums die Abklärung und die Therapie aller nephrologischen Krankheitsbilder ab. Dazu zählen auch der schwer einstellbare Bluthochdruck (therapierefraktäre Hypertonie) und genetische Nierenerkrankungen wie beispielsweise Zystennieren (ADPKD). Patienten mit komplexen und multisystemischen Erkrankungen profitieren von einer gemeinsamen Sprechstunde mit Fachärzten weiterer Disziplinen. Ein Spezialgebiet des Zentrums sind ausserdem kontrastmittelunterstützte Ultraschallverfahren, etwa zur Abklärung von unklaren Veränderungen der Niere oder der Leber.

MARCO GUGOLZ IST NEUER DIREKTOR DER KLINIK HIRSLANDEN

Am 1. August hat Marco Gugolz die Nachfolge von PD Dr. med. Dietmar Mauer als Direktor der Klinik Hirslanden angetreten. Marco Gugolz ist ein fundierter Kenner des Schweizer Gesundheits- und Spitalwesens und verfügt über ein breites Erfahrungsspektrum. Vor seinem Wechsel an die Klinik Hirslanden war er sieben Jahre bei der Privatklinikgruppe Swiss Medical Network tätig, zuletzt als Regionaldirektor sowie Mitglied der erweiterten Konzernleitung. In dieser Funktion war er für die Privatkliniken Bethanien, Lindberg und Belair, die Rosenklinik sowie das Ärztezentrum Oerlikon verantwortlich. Vor seiner Zeit bei Swiss Medical Network war er von 2001 bis 2006 Stellvertreter Bereichsleiter Dienste an der Klinik Hirslanden sowie von 2006 bis 2013 Bereichsleiter Operations & Services und Mitglied der Geschäftsleitung der Hirslanden Klinik St. Anna in Luzern. Bei seinem Stellenantritt als neuer

Direktor der Klinik Hirslanden hat sich Marco Gugolz denn auch gefreut, auf viele ihm noch von früher bekannte Gesichter zu treffen. Die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen sind ihm als Spitalmanager ohnehin seit jeher ein zentrales Anliegen: Sie ist die Voraussetzung für eine vertrauensvolle und am Patientenwohl orientierte Zusammenarbeit in einer – trotz der Grösse der Klinik Hirslanden – familiären Atmosphäre. Die weitere Stärkung dieser Kultur ist Teil seiner Vision für die Klinik Hirslanden.



«TEAMARBEIT UND KOMMUNIKATION HABEN IM OPERATIONS- SAAL ENORM AN BEDEUTUNG GEWONNEN»

DIE CHIRURGIE WAR LANGE EINE MÄNNERDOMÄNE. DOCH SEIT DEM JAHR 2000 HAT SICH DER FRAUEN- ANTEIL IN DIESER DISZIPLIN NICHT WENIGER ALS VERFÜNFACHT. HEUTE BETRÄGT ER RUND 25 PROZENT – TENDENZ STEIGEND. ZU DEN CHIRURGINNEN AN DER KLINIK HIRSLANDEN GEHÖRT DR. MED. NATALIE KUCHEN.

Sie sind Fachärztin für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie. Was macht für Sie den Reiz der Chirurgie und speziell der Bauchchirurgie aus?

Was mir an meiner Tätigkeit am meisten gefällt, ist, dass ich mit den Händen arbeiten kann. An der Bauchchirurgie fasziniert mich überdies die technische Seite: Fast alle meine Operationen werden laparoskopisch durchgeführt, d.h. mit einer Videokamera und ohne grossen Bauchschnitt. Ich interessiere mich sehr für minimalinvasive Technologien und habe mich in der robotergestützten Chirurgie spezifisch weitergebildet, weil Schmerzen und Operationstraumata dank dieser faszinierenden Fortschritte immer kleiner werden.

Welches sind Ihre Arbeitsschwerpunkte?

Zu meinen Spezialgebieten gehören die Bariatrie und die kolorektale Chirurgie, also Operationen bei krankhaftem Übergewicht und Operationen bei Darmerkrankungen, wie Divertikelerkrankung oder auch Darmkrebs. Dazu kommen alle Eingriffe der allgemeinen Chirurgie, wie beispielsweise die Entfernung der Gallenblase, die Behandlung von Leistenbrüchen oder die operative Therapie der Refluxkrankheit (siehe den Beitrag auf den Seiten 14 und 15).

Der Frauenanteil in der Chirurgie nimmt laufend zu. Operieren Frauen anders als Männer?

Ich glaube nicht, dass eine unterschiedliche Technik vom Geschlecht des Operateurs abhängig ist. Jeder Chirurg und jede Chirurgin hat seinen bzw. ihren individuellen Stil. Es ist aber so, dass sich die Chirurgie in den letzten

Jahrzehnten stark gewandelt hat: Die Teamarbeit und die Kommunikation haben im Operationssaal enorm an Bedeutung gewonnen. Den «Einzelkämpfer» gibt es nicht mehr. Diese Entwicklung mag mit ein Grund dafür sein, warum sich immer mehr Ärztinnen für das Fachgebiet der Chirurgie entscheiden.



Dr. med. Natalie Kuchen, Fachärztin für Chirurgie, speziell Viszeralchirurgie

NEUE BELEGÄRZTE

UROLOGIE

Dr. med. Stefan Preusser (seit 1.6.2020)

Facharzt für Urologie, speziell für Operative Urologie
Zentrum für Urologie Zürich

RHEUMATOLOGIE

Dr. med. Markus Pütz (seit 1.7.2020)

Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, speziell für konservative
Orthopädie und manuelle Medizin
RheumaZentrum Hirslanden

PHARMAKOLOGIE UND TOXIKOLOGIE

Prof. Dr. med. Stefan Russmann (seit 1.7.2020)

Facharzt für Klinische Pharmakologie und Toxikologie

GYNÄKOLOGIE

Nina Schinz, dipl. Ärztin (seit 1.7.2020)

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe,
speziell für Operative Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. med. Leonie Sernetz (seit 1.9.2020)

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe
Brust-Zentrum Zürich

NEUIGKEITEN AUS DER KLINIK IM PARK

HIRSLANDEN GOES PINK

Der Brustkrebsmonat Oktober bzw. Breast Cancer Awareness Month rückt jeden Herbst die Vorbeugung, Erforschung und Behandlung von Brustkrebs ins öffentliche Bewusstsein. Die Kliniken Hirslanden und Im Park haben sich auch im vergangenen Oktober an der internationalen Aktion beteiligt. Als Zeichen der Solidarität mit den betroffenen Frauen wurden die beiden Kliniken mit Strahlern und dezentem Licht bei den Eingängen pink beleuchtet. Dazu kamen pinkfarbene Blumen, die Verteilung von pinken Hüppchen sowie Poster und Bildschirme mit Informationen zum Thema. Unter www.hirslanden.ch/pink-oktober hat Hirslanden überdies eine Microsite erstellt, die alle Fragen rund um Brustkrebs einfach und verständlich beantwortet.

Die moderne Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Brustkrebs kombiniert das Wissen und Können einer Vielzahl von medizinischen Fachgebieten und Berufsgruppen. Die Träger dieser je spezifischen Kompetenzen sind Expertinnen und Experten, die das gemeinsame Ziel verbindet, jeder Brustkrebspatientin die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Neben Fachärzten verschiedener Disziplinen gehören dazu auch spezialisierte Pflegefachfrauen, medizinisch-technische Radiologieassistentinnen, Breast Care Nurses und Psychoonkologen. An den Kliniken Hirslanden und Im Park arbeiten sie als eingespielte Teams in spezialisierten Zentren zusammen – nicht nur im Oktober, sondern auch in den restlichen elf Monaten des Jahres.



Alle Adressen und Telefonnummern finden Sie unter diesem QR-Code.



ERWEITERUNG DES UROLOGISCHEN ANGEBOTS AN DER KLINIK IM PARK

Das Zentrum für Urologie Zürich ist eine Gemeinschaftspraxis von sieben ausgewiesenen Fachärzten für Urologie mit Sitz an der Klinik Hirslanden. Am 1. November 2020 eröffnete das Zentrum einen weiteren Standort an der Klinik Park. Er steht unter der Leitung von Dr. med. Daniel Seiler und verfügt über Praxisräumlichkeiten in unmittelbarer Kliniknähe an der Kappelstrasse 7 in 8002 Zürich.

Das Angebot der Praxis richtet sich an Patienten aller Versicherungsklassen und reicht von der Diagnostik über das gesamte Spektrum an ambulanten und stationären Behandlungen bis hin zur Nachsorge. Die Therapien umfassen interventionelle und operative Eingriffe ebenso wie Bestrahlungen und Chemotherapien. Zur stationären Behandlung von allgemein versicherten Patienten besteht eine Kooperation mit dem Listenspital Klinik Hirslanden.

Mit dieser Erweiterung und Stärkung ihres urologischen Angebots trägt die Klinik Im Park massgeblich zur urologischen Versorgung am linken Zürichseeufer bei – auf dem neusten Stand der Wissenschaft, in intensiver Zusammenarbeit mit Spezialisten weiterer relevanter Fachgebiete und unter Einsatz modernster Medizintechnik.

ZENTRUM FÜR UROLOGIE AM SEE

Kappelstrasse 7
8002 Zürich
T +41 44 209 25 20
zfua.impark@hirslanden.ch
www.klinik-impark.ch/zfua

NEUE BELEGÄRZTE

ORTHOPÄDIE

Prof. Dr. med. Sebastian Weckbach (seit 1.7.2020)
Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates
NeuroSpineZürich

KARDIOLOGIE

Dr. med. Helene Hammer (seit 1.8.2020)
Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie
HerzGefässZentrum Zürich

UROLOGIE

PD Dr. med. Niko Zantl (seit 1.9.2020) *
Dr. med. Martin Baumgartner (seit 1.9.2020) *
Dr. med. Daniel Seiler (seit 1.9.2020) *
Fachärzte für Urologie
Zentrum für Urologie Zürich

* auch an der Klinik Hirslanden akkreditiert

GESICHTSREKONSTRUKTION BEI DER BEHANDLUNG VON BÖSARTIGEN HAUTTUMOREN – EIN INTERDISZIPLINÄRER ANSATZ

Von **PD DR. MED. FARID REZAEIAN**, Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, und **PROF. DR. MED. MIRJANA MAIWALD**, Fachärztin für Dermatologie und Venerologie

DER WEISSE HAUTKREBS WÄCHST HÄUFIG MIT FEINEN AUSLÄUFERN INS UMLIEGENDE GEWEBE, DIE VON AUSSEN NICHT SICHTBAR SIND. DAS MACHT SEINE CHIRURGISCHE THERAPIE ANSPRUCHSVOLL. ZIEL IST ES, DEN TUMOR VOLLSTÄNDIG HERAUSZUSCHNEIDEN, OHNE DABEI UNNÖTIG GROSSE UND STÖRENDE NARBEN ZU HINTERLASSEN. BESONDERS WICHTIG IST DAS BEI HAUTKREBS IM GESICHT. UM DIESES ZIEL ZU ERREICHEN, ARBEITEN BEI DER OPERATION VERTRETER VERSCHIEDENER FACHGEBIETE INTERDISZIPLINÄR ZUSAMMEN.

Der Hautkrebs ist eine weitverbreitete Erkrankung, die in der Schweiz jährlich bis zu 27 000 Menschen betrifft. Der weitaus bösartigste Hautkrebstyp, der schwarze Hautkrebs (Melanom), macht circa 10 Prozent der Fälle aus. An ihm sterben etwa 15 Prozent der Betroffenen. Am häufigsten treten mit rund 90 Prozent der Fälle jedoch die so genannten weissen Hautkrebsarten auf (englisch «non melanoma skin cancer»).

Im Gegensatz zum Melanom zeigt der weisse Hautkrebs ein lokal invasives Wachstum und bildet selten Ableger (Metastasen). Zwei Drittel der weissen Hautkrebsarten gehören dem Basalzellkarzinom (Basaliom) an, ein Drittel dem spinözellulären Karzinom (Spinaliom). Basaliome und Spinaliome stellen die häufigsten Malignome (bösartige Tumoren) des Menschen dar und verursachen dadurch hohe Behandlungskosten. Trotz niedrigerer Aggressivität und Sterblichkeitsrate als beim schwarzen Hautkrebs sollte diese Gruppe keineswegs unterschätzt werden.

In den letzten 50 Jahren hat sich das Risiko, am weissen Hautkrebs zu erkranken, mehr als verdreifacht. Die vermehrte Sonnenexposition sowie die gestiegene Lebenserwartung tragen erheblich dazu bei: Der weisse Hautkrebs tritt meist nach jahrelanger Sonnenbestrahlung und folglich vor allem in höherem Alter auf, obschon aktuell eine trendmässige Vorverschiebung der Erstmanifestationen in Richtung 4. und 5. Lebensjahrzehnt zu beobachten ist. Auch wenn er extrem selten Ableger bildet, kann er

vernachlässigt oder unbehandelt an Ort und Stelle des Körpers grosse Weichteildefekte verursachen. Vor allem das Auftreten dieser Hautkrebsarten im Gesicht stellt eine grosse Herausforderung dar: Zum einen geht es darum, den Hautkrebs möglichst ganzheitlich zu entfernen. Zum anderen gilt es, die Stelle im Gesicht möglichst ästhetisch und auch funktionell wiederherzustellen.

EIN INTERDISZIPLINÄRER ANSATZ

Als besonders erfolgreich hat sich hier ein interdisziplinärer Ansatz erwiesen: Verschiedene Fachgebiete bringen ihre Expertise ein, um dem Patienten gemeinsam die bestmögliche Behandlung des Gesichtstumors zu bieten. Am Beispiel eines fortgeschrittenen Basalzellkarzinoms soll im Folgenden die Zusammenarbeit der verschiedenen Experten veranschaulicht werden.

Die Diagnose wird meist von einem Dermatologen gestellt. Hierfür wird ein kleiner Teil der auffälligen grossen Hautveränderung im Gesicht durch eine Probeentnahme (Biopsie) entfernt und dem Pathologen zur Untersuchung gegeben. Nach Diagnosesicherung und Typbestimmung (denn nicht alle Typen sind aggressiv wie z. B. das szirrhöse oder das mikronoduläre Basalzellkarzinom) erfolgt die Planung des operativen Ablaufs. Im Gesicht sowie an anderen funktionell kritischen Körperstellen hat sich das Heraus-schneiden des Tumors (Tumorexzision) mit intraoperativer Schnittrandkontrolle bewährt (auch «Mohs-Chirurgie» genannt, nach dem Erfinder Dr. Frederic E. Mohs).



Abb. 1: Bei der Mohs-Chirurgie wird das herausgeschnittene Gewebe während der Operation durch einen Pathologen mikroskopisch untersucht. Sollte sich bei dieser Schnittrandkontrolle zeigen, dass noch Tumorreste in der Haut sind, schneidet der Dermatologe nochmals nach. Er orientiert sich dabei an Markierungen am bereits herausgeschnittenen Gewebe, die der Pathologe angebracht hat. Dieser Vorgang kann sich mehrmals wiederholen, bis tumorfreie Schnittränder sichergestellt sind. Auf diese Weise wird der Tumor vollständig entfernt, ohne dabei unnötig viel gesundes Hautgewebe mitzuentfernen.



1: Szirrhöses Basalzellkarzinom vor der Operation



2: Der Defekt zeigt sich nach vollständiger, schnittrandkontrollierter Exzision deutlich grösser, als klinisch vermutet.



3: Der Defekt wird mittels einer lokalen Rotations-/ Transpositionsappenplastik wieder verschlossen.



4: Zwei Monate nach der Operation. Wichtig war es, die entstandenen Schnittlinien so zu platzieren, dass sie sich an den Übergängen der unterschiedlichen ästhetischen Untereinheiten des Gesichts befinden.

Abb. 2: Rekonstruktion der Oberlippe nach einem szirrhösen Basalzellkarzinom

Das Therapiekonzept besteht darin, in einer einzigen Operation den Tumor aus dem Gesicht sicher zu entfernen und den entstandenen Defekt in der gleichen Sitzung zu verschliessen, um die Harmonie des Gesichts wiederherzustellen. Die Operation wird bei kleineren Tumoren in lokaler Betäubung ambulant und bei grösseren Tumoren in Vollnarkose stationär durchgeführt. Involviert sind dabei drei Fachgebiete, die Dermatologie, die Plastische Chirurgie und die Pathologie.

MOHS-CHIRURGIE

Der Tumor wird mit relativ knappem Sicherheitsabstand von wenigen Millimetern herausgeschnitten. Das entfernte Gewebe wird direkt am OP-Tisch dem Pathologen weitergeleitet, der innerhalb kürzester Zeit feststellen kann, ob der Hautkrebs vollständig entfernt wurde. Diese Schnittrandkontrolle ist zwingend notwendig, da vereinzelte Ausläufer des Hautkrebses mit blossem Auge nicht sichtbar sind. Sollte noch ein Tumorrest verblieben sein, kann der Pathologe die Stelle genau markieren und so ein Nachschneiden an ebendieser Stelle deutlich vereinfachen. Der Vorteil dieser Methode liegt darin, dass so wenig Hautgewebe wie möglich und nur so viel wie nötig entfernt wird (vgl. Abb. 1).

REKONSTRUKTION

Ist der Gesichtstumor vollständig entfernt, ist bei kleineren Wunden ein Direktverschluss möglich. Bei grösseren Defekten ist eine Rekonstruktion notwendig, in der Regel gemeinsam mit einem plastischen Chirurgen. Ziel ist es, den entstandenen Defekt möglichst ästhetisch unauffällig zu verschliessen. Hierzu wird meist eine Hauttransplantation oder eine Lappenplastik (Verschiebung von Gewebe aus der Umgebung) verwendet (vgl. Abb 2). Grossflächige Defekte und auch solche an sehr heiklen

Stellen des Gesichts (Nasenflügel, Augenlider, Lippenregion) benötigen meist komplexere einzelne und auch eine Kombination von mehreren Lappenplastiken.

Sollte der entstandene Defekt im Gesicht eine kritische Grösse erreichen und auch andere Strukturen als die Haut (wie z. B. Knochen, Knorpel, Schleimhaut etc.) betreffen, müssen weitere Spezialisten involviert werden, etwa Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie. Zur Anwendung kommt in solchen Fällen die so genannte freie mikrochirurgische Lappenplastik. Hierbei wird durch den plastischen Chirurgen Gewebe von einer anderen Stelle am Körper in den Defekt eingebracht. Damit das transplantierte Gewebe auch überleben kann, braucht es eine ausreichende Durchblutung. Diese wird dadurch garantiert, dass die ernährenden Gefässe (Arterie und Vene) des Lappens an Gefässe der Empfängerstelle des Gesichts mikrochirurgisch unter dem Mikroskop angeschlossen werden.

Ist die Wiederherstellung des Gesichts erfolgreich abgeschlossen und ein komplikationsloser Wundheilungsprozess gesichert, übernimmt und kümmert sich der Dermatologe um die regelmässige Nachsorge. Bei Komplikationen stehen die involvierten Experten selbstverständlich jederzeit zur Verfügung.

Durch die dargestellte Integration der verschiedenen Fachgebiete wird für den Betroffenen die bestmögliche Therapie gewählt, die zwischenfachliche Kommunikation aufrechterhalten und eine Kontinuität der Behandlung sichergestellt.

GLOSSAR

- **Basalzellkarzinom:** Hauttumor, der sich aus den epidermalen Stammzellen aus dem Haarfollikelwulst entwickelt
- **Szirrhöses Basalzellkarzinom:** Narbenähnliches Basalzellkarzinom mit starker Neigung zum Wachstum und zur Ausläuferbildung in tiefer gelegene Strukturen
- **Rotationslappenplastik:** Lappenplastik, bei welcher der Lappen um seine Basis herum direkt in den Defekt hineingedreht wird
- **Transpositionsappenplastik:** ähnlich wie Rotationslappenplastik, wird aber über gesunde Haut in den Defekt hineingeschwenkt

KONTAKT

HAUTÄRZTE-ZENTRUM AM ZÜRISSEE

Seefeldstrasse 214
8008 Zürich
T +41 44 552 94 00
maiwald@hautaerzte-zz.ch
www.hautaerzte-zz.ch

CLINIC UTOQUAI

Utoquai 39-41
8008 Zürich
T +41 43 268 10 60
dr.frezaeian@clinicutoquai.ch
www.clinicutoquai.ch

BEI SCHWEREM SODBRENNEN: CHIRURGISCHE THERAPIE STATT LEBENSLANG TABLETTEN

Von **DR. MED. NATALIE KUCHEN**, Fachärztin Chirurgie, speziell Viszeralchirurgie

DAS SODBRENNEN GEHÖRT ZU DEN HÄUFIGSTEN ERKRANKUNGEN DES VERDAUUNGSTRAKTES. DIE BEHANDLUNG BERUHT MEIST AUF EINER MEDIKAMENTÖSEN THERAPIE. WENN DIE MEDIKAMENTE NICHT WIRKEN ODER EIN PATIENT DIESE NICHT VERTRÄGT, LÄSST SICH DIE REFLUXKRANKHEIT ABER AUCH MIT EINER MINIMAL-INVASIVEN OPERATION WIRKSAM THERAPIEREN.

Als Reflux oder saures Aufstossen bezeichnet man den Rückfluss von Mageninhalt in die Speiseröhre. Dies ist bis zu einem gewissen Grad ein normales Phänomen und kommt bei allen Menschen gelegentlich vor. Treten Refluxepisoden aber vermehrt und über längere Zeit mit entsprechenden Symptomen auf, spricht man von der Refluxkrankheit.

Es gibt verschiedene Ursachen oder Auslöser, die das Zurückfließen von Mageninhalt in die Speiseröhre begünstigen. Dazu gehört an erster Stelle eine Schwäche des Speiseröhren-Schliessmuskels, die oft mit einem Zwerchfellbruch (Hiatushernie) einhergeht. Ein solcher liegt vor, wenn Teile des Magens durch die Öffnung im Zwerchfell in den Brustraum hochrutschen, sodass der Übergang der Speiseröhre zum Magen oberhalb des Zwerchfelldurchtritts zu liegen kommt. Weitere Risikofaktoren sind eine übermässige Produktion von Magensäure, eine eingeschränkte Beweglichkeit der Speiseröhre, starkes Übergewicht, gewisse Medikamente und Nahrungsmittel (fettiges Essen, Kaffee, Süsses und Alkohol) sowie Rauchen und Stress.

SYMPTOME UND MÖGLICHE FOLGEN

Die Refluxkrankheit ist weit verbreitet und über die letzten Jahre zu einer eigentlichen Zivilisationskrankheit geworden. Typische Symptome sind Sodbrennen, saures Aufstossen, saurer Geschmack im Mund (meist nach dem Aufstehen) und Brennen oder Schmerzen hinter dem Brustbein. Seltener treten chronischer Husten, Heiserkeit, Räsperzwang oder Schluckbeschwerden (Kloss im Hals) auf. Im extremen Fall kommt es zu Zahnschäden, verursacht durch die zurückfliessende Säure bis in den Mund hoch, besonders im Schlaf.

Bei chronischem Zurückfließen von saurem Magensekret in die Speiseröhre wird die Schleimhaut der Speiseröhre geschädigt, was zu einer chronischen Speiseröhrenentzündung (Refluxösophagitis) führt. Rund 20 Prozent der Betroffenen entwickeln in der Folge einen so genannten «Barrett-Ösophagus». Hierbei führt die chronische Schädigung der Speiseröhrenschleimhaut zur Umwandlung der Schleimhautzellen in Magen-ähnliches Deckgewebe

(Epithel). Beim «Barrett-Ösophagus» besteht ein gewisses Risiko der Entartung (Krebsentstehung), weshalb regelmäßige Magenspiegelungen zur Überwachung notwendig sind.

Bei typischen Refluxsymptomen wird als erster diagnostischer Schritt eine Magenspiegelung durchgeführt. Hier zeigt sich häufig eine Schleimhautschädigung (Entzündung) des unteren Speiseröhrenabschnittes. Bei Verdacht auf einen «Barrett-Ösophagus» werden für dessen Nachweis Gewebeproben entnommen.

THERAPIE

Die Therapie der Refluxkrankheit erfolgt primär konservativ, d.h. mit säurehemmender Medikation. Dies führt bei den meisten Patienten relativ rasch zur Beschwerdebesserung. Allerdings kommt es nach Absetzen der Medikation oft zu einem Rückfall. Bei ausgewählten Patienten, die auf die konservative Behandlung mit Protonenpumpenhemmern (stark säurehemmende Medikamente) nicht adäquat reagieren, diese nicht tolerieren oder keine Langzeitmedikation wünschen, bieten wir nach intensiver Abklärung eine operative Therapie an. Der Eingriff besteht aus zwei wesentlichen Schritten, um die Refluxbarriere wiederherzustellen. Der erste Schritt zielt darauf ab, den Zwerchfellbruch zu beheben bzw. den Durchtritt durch das Zwerchfell einzuengen. Im zweiten Schritt wird das Ventil am Übergang Speiseröhre/Magen wiederhergestellt (Schliessmuskelfunktion).

ZWERCHFELLBRUCH-OPERATION

Kleinere Zwerchfellbrüche (axiale Gleithernien), bei denen nur ein kleiner Teil des Magens oberhalb des Zwerchfelldurchtritts der Speiseröhre liegt, gehen häufig mit der Refluxkrankheit einher und sind für sich allein kein Grund für eine Operation. Eine solche wird meistens dann notwendig, wenn entweder eine schwere Refluxkrankheit vorliegt oder der ganze Magen oder Teile davon in den Brustkasten hochgerutscht sind (vgl. Abb. 1). Bei den paraösophagealen (neben der Speiseröhre liegenden) oder den gemischten Hiatushernien können grosse Anteile des Magens im Brustraum zu liegen kommen. Im Extremfall liegt dort sogar der ganze Magen umgedreht (Upside-down-Magen), oder es verlagern sich noch

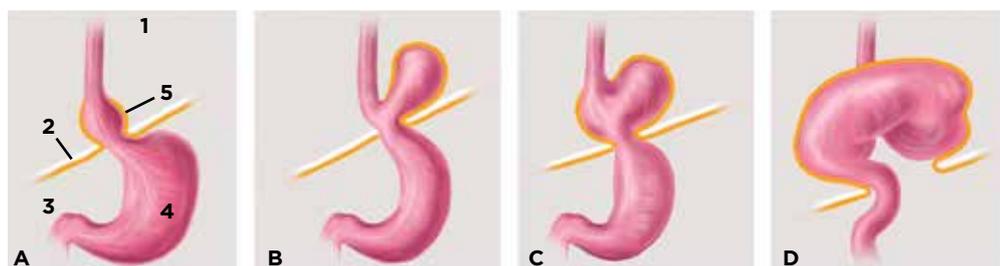


Abb. 1
Zwerchfellbruch
A: axiale Gleithernie
B: paraösophageale Hernie
C: Mischform
D: Upside-down-Magen

1 Brustraum, 2 Zwerchfell, 3 Bauchhöhle, 4 Magen, 5 Bruchsack

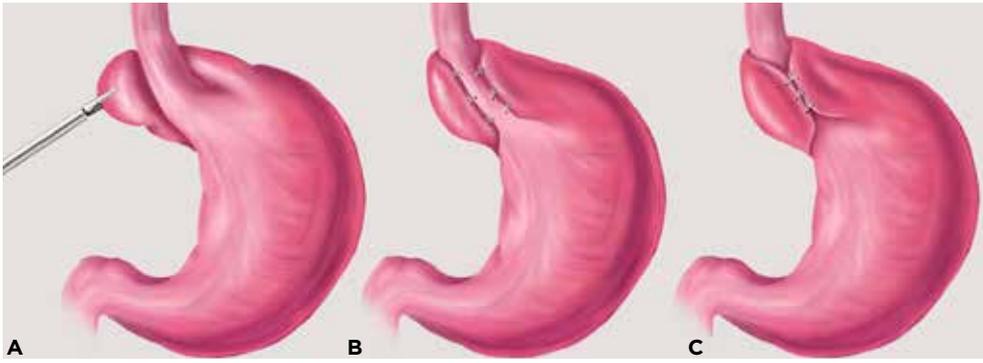


Abb. 2:
A: Funduplicatio
B: nach Toupet (270° Manschette)
C: nach Nissen (360° Manschette)

andere Organe (z. B. der Dickdarm) durch die Bruchlücke in den Brustraum. Hier ist eine Operation aufgrund der akuten Einklemmungsgefahr klar empfohlen.

Die Zwerchfellbruch-Operation umfasst im Wesentlichen das Wieder-in-die-richtige-Position-Bringen des Magens unter dem Zwerchfell sowie die Verkleinerung der Lücke im Zwerchfell, sodass nur noch die Speiseröhre darin Platz findet. Bei grossen Zwerchfellbrüchen wird der Zwerchfellverschluss mit einem bioresorbierbaren Netz verstärkt. Es bewirkt eine vermehrte Narbenbildung, was zu mehr Stabilität führt. Je nach Implantat löst sich das Netz innert 6 bis 12 Monaten komplett auf. Diese Eingriffe werden in der Regel laparoskopisch (minimalinvasiv) durchgeführt. Der Spitalaufenthalt beträgt 4 bis 5 Tage.

Eine Verstärkung mit einem bioresorbierbaren Netz gelangt auch bei Rezidiveingriffen (d.h. nach Rückfällen) zur Anwendung. Die Rezidivrate liegt bei 10 bis 20 Prozent. Grund für einen Rückfall ist meist eine zu hohe körperliche Belastung (Heben schwerer Gewichte etc.).

WIEDERHERSTELLUNG DER SCHLISSMUSKELFUNKTION: FUNDOPLICATIO

Zur Stärkung des Speiseröhren-Schliessmuskels wird aus dem oberen Teil des Magens eine Manschette gebildet, die um die untere Speiseröhre gelegt wird. Dieser Eingriff heisst Funduplicatio oder Anti-Reflux-Operation. Die Manschette verbessert die Funktion des Schliessmuskels, indem sie den Druck auf die Mündung der Speiseröhre erhöht. Die Manschette umschliesst 270° (Funduplicatio nach Toupet) bis 360° (Funduplicatio nach Nissen) der unteren Speiseröhre (vgl. Abb. 2). Bei 90 Prozent der Patienten führt dieser Eingriff zu einem langfristig guten Ergebnis. Er wird heute in der Regel laparoskopisch durchgeführt und weist eine geringe Nebenwirkungsrate auf.

Vor einer solchen Operation werden eine Säuremessung und eine Mengemessung des Refluxes durchgeführt. Dazu kommt eine Druckmessung in der gesamten Speiseröhre und im unteren Schliessmuskel am Mageneingang. Diese Untersuchungen geben Hinweise auf die Stärke der Refluxkrankheit und auf die Funktion der Speiseröhre als Pumpe beim Schluckakt. Ist die Speiseröhre in der Schluckaktivität zu schwach, kann die Anlage einer Manschette zu Schluckstörungen führen. Davon betroffene Patienten sind nicht geeignet für eine klassische Operation mit Magenmanschette.

REFLUXSTOP

Neuerdings gibt es eine Alternative zur klassischen Refluxoperation: den RefluxStop. Bei dieser Technik wird der Winkel zwischen Speiseröhre und Magen akzentuiert und der Übergang von der Speiseröhre in den Magen

tiefer gelegt. Eine Silikonkugel, die im Magen oberhalb des Schliessmuskels eingestülpt wird, dient durch Druck von aussen auf die Speiseröhre als «Rückschlagventil», das den Rückfluss in die Speiseröhre verhindert (vgl. Abb. 3). Der Vorteil dieser Methode besteht darin, dass der natürliche Schliessmuskel nicht durch eine Manschette von aussen gestört und die Speiseröhre in ihrer Pumpfunktion weniger behindert wird. Dadurch ist der RefluxStop auch bei schwacher Druckmessung noch anwendbar. Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Zwerchfellbruches wird dieser wie bei einer Funduplicatio verschlossen. Die Ergebnisse der klinischen Studie sind ausgezeichnet. Die Langzeit-Ergebnisse bleiben abzuwarten.



Abb. 3: RefluxStop, links vor dem Eingriff und rechts danach (Copyright Implantica)

Es ist mit einem kurzen stationären Aufenthalt von 3 bis 4 Tagen zu rechnen. Die Säureblocker können in der Regel unmittelbar nach der Operation abgesetzt werden. Zudem ist auf das Heben schwerer Lasten und auf Bauchmuskelttraining für 2 bis 3 Monate zu verzichten.

GLOSSAR

- **SPEISERÖHRE:** Muskelschlauch, der vom Rachen bis zum Magen führt und durch Muskelkontraktionen Nahrung in den Magen befördert
- **SCHLISSMUSKEL:** ringförmiger Muskel, der ein Hohlorgan wie die Speiseröhre völlig abdichten kann und dadurch einen Durchfluss verhindert
- **ZWERCHFELL:** flacher, scheibenförmiger Muskel, der den Brustraum vom Bauchraum trennt

KONTAKT

CHIRURGISCHES ZENTRUM ZÜRICH
Klinik Hirslanden
Witellikerstrasse 40
8032 Zürich
T +41 44 387 37 00
n.kuchen@hin.ch
www.chirurgischeszentrum.ch



HIRSLANDEN

KLINIK HIRSLANDEN
KLINIK IM PARK

IMMER FÜR SIE DA. AUCH IM NOTFALL.

Speziell ausgebildete interdisziplinäre Teams aus Top-Ärztinnen und -Ärzten und Pflegefachpersonen stehen Ihnen rund um die Uhr auf beiden Seeseiten zur Verfügung. So können Sie auch in Notfällen jederzeit auf medizinische Hochleistungen und individuelle Betreuung vertrauen.

NOTFALLSTATION KLINIK IM PARK

T +41 44 209 25 55

Seestrasse 220

8027 Zürich

www.hirslanden.ch/notfall

NOTFALLZENTRUM KLINIK HIRSLANDEN

T +41 44 387 35 35

Witellikerstrasse 40

8032 Zürich



Unser **24h**
Notfalldienst
ist für Sie da.

KOMPETENZ, DIE VERTRAUEN SCHAFFT.

VERANSTALTUNGEN DER KLINIK HIRSLANDEN UND DER KLINIK IM PARK

Damit Sie auch während der Pandemie weiterhin auf medizinisches Wissen von Hirslanden zählen können, finden die Publikumsveranstaltungen der Klinik Hirslanden und der Klinik Im Park als Online-Veranstaltungen statt. Alle Informationen zur Online-Teilnahme finden Sie auf www.klinik-hirslanden.ch oder www.klinik-impark.ch unter der Rubrik «Veranstaltungen».

Die Vorträge aller Hirslanden-Kliniken finden Sie auf: www.hirslanden.ch/veranstaltungen

ADRESSÄNDERUNGEN/ABBESTELLUNGEN

Sollten Sie kein Interesse mehr am Mittelpunkt haben oder eine Adressmutation melden wollen, nehmen wir Ihre Änderungen gerne unter **T 0848 333 999** oder **MARKETING.HIRSLANDEN@HIRSLANDEN.CH** entgegen.

