

MITTELPUNKT

PATIENTENZEITSCHRIFT DER KLINIK HIRSLANDEN UND DER KLINIK IM PARK, ZÜRICH



BECKENFRAKTUREN BEI OSTEOPOROSE

MAGEN-DARM-KREBS MIT METASTASEN -
GROSSE FORTSCHRITTE
DANK **MODERNER TEAMANSÄTZE**

VERNETZTE SPEZIALISTEN
FÜR **SCHILDDRÜSEN**PATIENTEN

RHEUMATOIDE ARTHRITIS MIT FRÜHDIAGNOSE
UND MODERNSTER THERAPIE ZUM STILLSTAND BRINGEN



KLINIK IM PARK



KLINIK HIRSLANDEN



DR. MED. CHRISTIAN WESTERHOFF
Mitglied der Konzernleitung

INHALT

- 3 BECKENFRAKTUREN BEI OSTEOPOROSE**
- 5 INTERVIEW MIT PROF. DR. MED. MARIUS J. B. KEEL UND DR. MED. HEINZ O. HOFER**
- 6 MAGEN-DARM-KREBS MIT METASTASEN – GROSSE FORTSCHRITTE DANK MODERNER TEAMANSÄTZE**
- 8/9 NEWS**
- 10 PATIENTENZUFRIEDENHEIT – UNSER HÖCHSTES GUT**
- 12 VERNETZTE SPEZIALISTEN FÜR SCHILDDRÜSENPATIENTEN**
- 14 RHEUMATOIDE ARTHRITIS MIT FRÜHDIAGNOSE UND MODERNSTER THERAPIE ZUM STILLSTAND BRINGEN**
- 16 PUBLIKUMSVORTRÄGE**

IMPRESSUM

MITTELPUNKT 2/2017

Eine Publikation der Klinik Hirslanden und der Klinik Im Park

MITTELPUNKT erscheint dreimal jährlich und steht interessierten Kreisen kostenlos zur Verfügung. Weitere Exemplare sind über die Kliniken zu beziehen und als PDF-Datei unter www.hirslanden-bibliothek.ch 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	Christine Bigler / Tobias Faes
REDAKTION	Widmer Kohler AG, Zürich
REALISATION	bc medien ag, Münchenstein
ILLUSTRATIONEN	Janine Heers, Zürich
AUFLAGE	108 000 Exemplare
DRUCK	Kromer Print AG

KLINIK HIRSLANDEN

Witellikerstrasse 40, CH-8032 Zürich
T +41 44 387 21 11
linik-hirslanden@hirslanden.ch, www.klinikhirslanden.ch

KLINIK IM PARK

Seestrasse 220, CH-8027 Zürich
T +41 44 209 21 11
linik-impark@hirslanden.ch, www.klinikimpark.ch

KLINIKEN DER PRIVATKLINIKGRUPPE HIRSLANDEN

EDITORIAL

Liebe Leserin, lieber Leser

Mit welchen Erwartungen tritt ein Patient in eine unserer Kliniken ein? Eine erste Antwort liegt auf der Hand: Er erwartet das bestmögliche Behandlungsergebnis. Konkret bedeutet dies zweierlei: dass unsere Ärzte aus verschiedenen Therapieoptionen die für ihn beste auswählen und dass sie diese auf höchstem Niveau und sicher durchführen. Die Patientensicherheit hat in den Kliniken der Hirslanden-Gruppe oberste Priorität. Um sie zu gewährleisten, stützen wir uns auf eine Vielzahl von Instrumenten, Systemen und Richtlinien. Ein Beispiel dafür ist die Checkliste für sichere Chirurgie. Angelehnt an die Checklisten in der Luftfahrt, werden mit unserer Checkliste systematisch alle sicherheitsrelevanten Schritte vor, während und nach einer Operation überprüft und im Team besprochen. Dazu gehören beispielsweise die Beurteilung der Atemwege, die Antibiotika-Prophylaxe, die Antizipation entscheidender Operationsschritte und der erwartete Blutverlust. Teil der Checkliste sind aber auch bereits vermeintlich geklärte Punkte. So wird etwa jeder Patient zu Beginn nach seinem Namen gefragt und ob es zum Beispiel korrekt sei, dass er am linken Knie operiert werde. Studien zeigen, dass sich mit solchen Checklisten die Fehlerrate bei Operationen signifikant senken lässt.

Neben dem bestmöglichen Behandlungsergebnis erwartet ein Patient bei uns aber noch mehr. So erwartet er beispielsweise auch, dass ihm die Ärzte und das Pflegepersonal mit Zuverlässigkeit und Respekt begegnen, dass sie ihm aufmerksam zuhören und dass sie ihm die Dinge verständlich erklären. Um herauszufinden, wie gut wir solche Erwartungen erfüllen und wo wir uns weiter verbessern können, erheben die Hirslanden-Kliniken die Zufriedenheit ihrer Patienten seit kurzem noch systematischer. Wie wir dabei vorgehen, erfahren Sie auf Seite 10 des vorliegenden Mittelpunkts.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

DR. MED. CHRISTIAN WESTERHOFF
Chief Clinical Officer Privatlinikgruppe Hirslanden

BECKENFRAKTUREN BEI OSTEOPOROSE

Von **PROF. DR. MED. MARIUS J. B. KEEL**, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Chirurgie, spez. Allgemein Chirurgie und Traumatologie, Präsident 2017/18 European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES)

FRAKTUREN DES BECKENRINGS BEI ALTEN PATIENTEN HABEN IN DEN LETZTEN JAHREN DEUTLICH ZUGENOMMEN. IN 80 PROZENT DER FÄLLE SIND SOWOHL DER VORDERE WIE AUCH DER HINTERE BECKENRING BETROFFEN. AUFGRUND DER OSTEOPOROSE KÖNNEN SICH UNVERSCHOBENE FRAKTUREN ZU HOCH INSTABILEN AUSBRUCHFRAKTUREN DER WIRBELSÄULE AUS DEM BECKEN WEITERENTWICKELN. MINIMALINVASIVE STABILISIERUNGSVERFAHREN, EVTL. ERGÄNZT MIT KNOCHENZEMENT, ERLAUBEN EINE FRÜHZEITIGE MOBILISATION MIT WENIG KOMPLIKATIONEN UND GUTEN FUNKTIONELLEN ERGEBNISSEN AUCH BEI BETAGTEN PATIENTEN.

Beckenringverletzungen werden häufig nach Hochenergieunfällen wie etwa im Strassenverkehr oder nach Stürzen aus grosser Höhe beobachtet. In den letzten Jahren traten Beckenfrakturen jedoch zunehmend auch bei alten Patienten auf, und zwar nicht nur nach schweren Unfällen, sondern auch nach banalen wie seitlichen Stürzen aus Eigenhöhe. Dafür verantwortlich ist einerseits die Osteoporose aufgrund der Immobilität alter Menschen mit vielen Nebenerkrankungen oder eines Vitamin-D-Mangels und andererseits die gesteigerte Alltagsaktivität im Alter. Bei Hochenergieunfällen werden Beckenfrakturen nach dem Unfallmechanismus und der Instabilität des Beckenrings unterschieden. So unterteilt man sie in Innen- (seitlicher Anprall) und Aussenrotationsverletzungen (Aufprall von vorne nach hinten, z.B. Motorradunfall) sowie in vertikal instabile Verletzungen (Sturz aus grosser Höhe). Bei alten Patienten handelt es sich jedoch meist um Stressfrakturen bei schlechter Knochenqualität. Man spricht deshalb von sogenannten Beckenringinsuffizienzfrakturen oder im Englischen von «Fragility fractures». Diese Altersfrakturen werden ihrer Form nach beurteilt und je nach Stabilität konservativ mit Entlastung oder operativ therapiert.

DIAGNOSTIK UND EINTEILUNG VON BECKENRINGINSUFFIZIENZFRAKTUREN IM ALTER

Bei der Therapiewahl ist die Beschreibung des Frakturverlaufs wegweisend. Anatomisch wird zwischen dem vorderen und dem hinteren Beckenring unterschieden: Vorne sind die oberen und unteren Schambeinäste über die Schambeinfuge (Symphyse) straff verbunden. Die zwei Beckenschaukeln mit den Hüftgelenken sind am hinteren Beckenring über die bei alten Menschen meist steifen Iliosakralgelenke mit dem zentral liegenden Kreuzbein (Sakrum) verbunden, das das Ende der Wirbelsäule bildet.

Eine konventionelle Röntgenuntersuchung des Beckens reicht für die Diagnosestellung bei der Erstuntersuchung häufig nicht aus, da die Dislokation der Fraktur bei alten Patienten meist gering ist und eine Fraktur im hinteren Beckenring aufgrund der schlechten Knochenqualität des Kreuzbeins bei Osteoporose im normalen Röntgenbild häufig verpasst wird (Abb. 1a). Deshalb sollte nach einem Sturz mit Schmerzen in der Leiste und/oder am Rücken in der Kreuzbeingegend zusätzlich eine CT-Untersuchung des Beckens durchgeführt werden. Falls auch dann keine

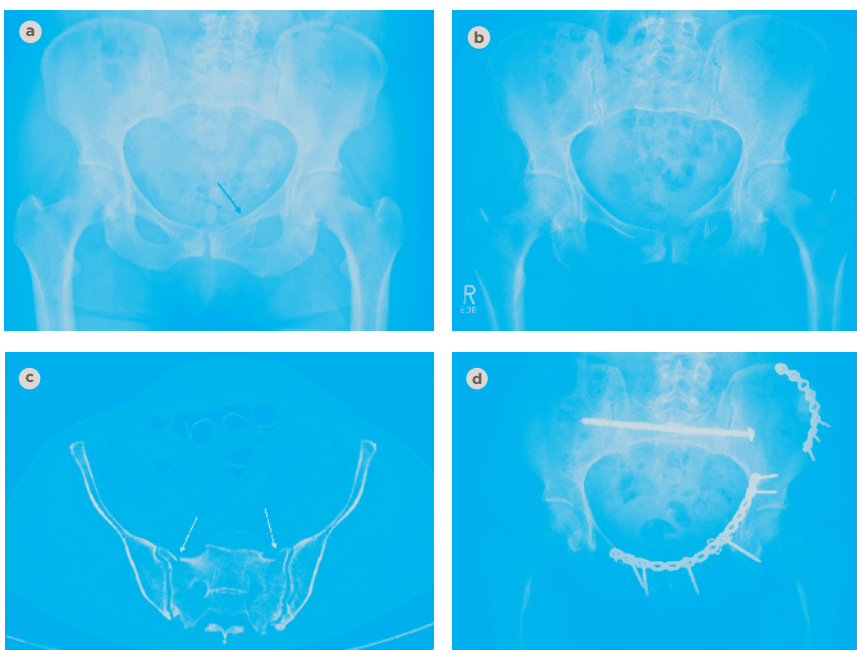


Abb. 1
Bei einer 70-jährigen Patientin wurde bei wenig dislozierter Schambeinastfraktur links (Pfeil) auf der Beckenübersichtsaufnahme (Unfallbild) eine konservative Therapie mit Teilbelastung des linken Beines eingeleitet (a) - jedoch ohne vorgängige CT-Untersuchung. Nach einem Monat zeigt sich eine deutliche Dislokation am vorderen Beckenring mit grossem Knochendefekt auf der Beckenübersichtsaufnahme (b), und im CT werden beidseitige Sakrumfrakturen sichtbar (Pfeile) (c). Die Beckenübersichtsaufnahme 3 Monate nach der operativen Versorgung mittels perkutaner iliosakraler Schraube im hinteren Beckenring und Platte über den vorderen Beckenring zeigt eine stabile Ausheilung der Frakturen, wobei ein am Becken entnommener Knochenblock im Defekt am Schambeinast und an der Entnahmestelle eine Platte mit Zement zur Sicherung des Beckenkamms eingesetzt wurden (d).

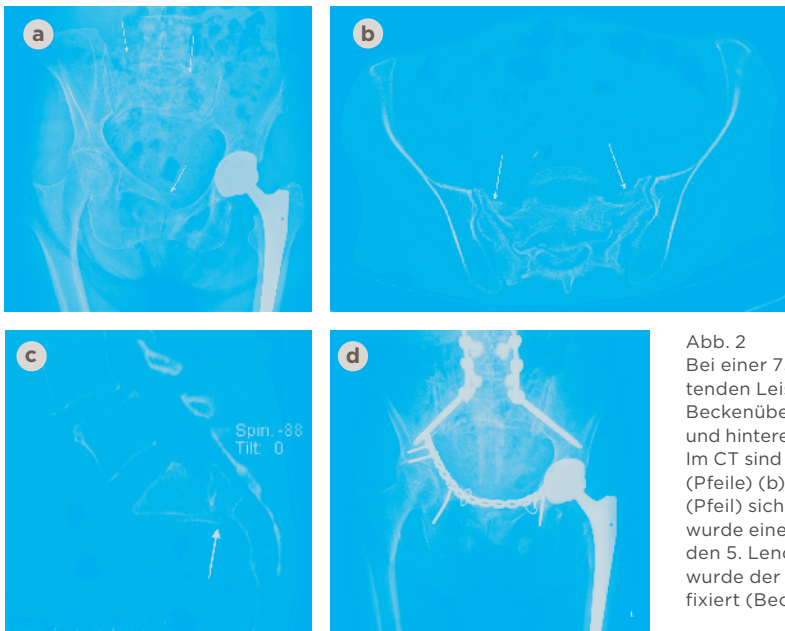


Abb. 2

Bei einer 75-jährigen, zunehmend immobilen Patientin mit anhaltenden Leisten- und Kreuzschmerzen über einige Wochen zeigt die Beckenübersichtsaufnahme eine deutliche Dislokation des vorderen und hinteren Beckenrings (Pfeile) bei liegender Hüftprothese links (a). Im CT sind im queren Schnittbild die beidseitigen Sakrumfrakturen (Pfeile) (b) und im seitlichen Schnittbild die quere Sakrumfraktur (Pfeil) sichtbar (c). Bei dieser U-förmigen spinopelvinen Dissoziation wurde eine perkutane, Zement-verstärkte Stabilisierung vom 4. auf den 5. Lendenwirbel bis aufs Becken durchgeführt. Ausserdem wurde der vordere Beckenring über die Symphyse mit einer Platte fixiert (Beckenübersichtsaufnahme 6 Monate nach Operation; d).

Fraktur sichtbar ist, sollte spätestens nach einer Woche eine MRI-Untersuchung veranlasst werden, um eine unverschobene Fraktur im Sakrum zu entdecken. Denn in fast 80 Prozent der Beckenfrakturen bei alten Patienten sind sowohl der vordere wie auch der hintere Beckenring betroffen, und nur in circa 20 Prozent der Fälle zeigen sich isolierte Frakturen im vorderen Beckenring, d.h. in den Schambeinästen ein- oder beidseitig.

«IN FAST 80 PROZENT DER BECKENFRAKTUREN BEI ALTEN PATIENTEN SIND SOWOHL DER VORDERE WIE AUCH DER HINTERE BECKENRING BETROFFEN.»

Am hinteren Beckenring können das Sakrum, die Iliosakralgelenke oder die Beckenschaufeln ein- oder beidseitig betroffen sein. Die häufigste Frakturform am hinteren Beckenring ist die unverschobene Sakrumfraktur (Abb. 1c). Diese kann sich aber bei verpasster Diagnose oder zu langer konservativer Therapie in eine beidseitige Sakrumfraktur, nicht selten kombiniert mit einer Querkomponente, weiterentwickeln (Abb. 2a). Diese sehr instabile H- oder U-förmige Fraktur stellt eine Ausbruchfraktur der Wirbelsäule aus dem Becken dar, die sogenannte spinopelvine Dissoziation. Bei zunehmender Dislokation kann es zur Verlegung des Wirbelsäulenkanals im Sakrum mit Lähmung der Kreuzbein- bzw. Sakralnerven kommen, was eine Blasen- und Darminkontinenz zur Folge hat.

GUTE ERGEBNISSE NACH OPERATIVER VERSORGUNG

Grundsätzlich sollte bei der operativen Versorgung von Beckenringfrakturen bei alten Patienten sowohl der vordere wie auch der hintere Beckenring angegangen werden, um eine hohe Stabilität zu erreichen. Am vorderen Beckenring kommen einerseits minimalinvasive Verfahren zum Einsatz wie ein äusserer Fixateur oder eine perkutane (d.h. durch einen kurzen Hautschnitt eingebrachte) Schraube im oberen Schambeinast. Andererseits gibt es auch innere Fixationsmethoden wie die Plattenosteosynthese, bei welcher der Knochenbruch mit einer Metallplatte versorgt wird. Der Goldstandard am hinteren Beckenring ist die perkutane, allenfalls mit Knochenzement verstärkte, iliosakrale Schraube. Sie verschraubt die Beckenschaufel (Ilium) mit dem Kreuzbein (Sakrum). Bei spinopelvinen Dissoziationen wird eine offene oder zunehmend auch perkutane Stabilisation von der Lendenwirbelsäule aufs Becken durchgeführt. In einem

eigenen Patientenkollektiv konnten durchschnittlich drei Jahre nach der Operation auch bei betagten Patienten in 80 Prozent der Fälle exzellente oder gute Ergebnisse beobachtet werden.¹

¹ Eur. J. Trauma 2016, Okt.;42(5):645-650

KONTAKT



PROF. DR. MED. MARIUS J. B. KEEL

Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Chirurgie, spez. Allgemeinchirurgie und Traumatologie
Belegarzt Klinik Hirslanden
mkeel@traumazentrum.ch

Traumazentrum Hirslanden
spine-pelvis AG
Witellikerstrasse 40
CH-8032 Zürich
T +41 44 387 37 34
www.traumazentrum.ch

Weitere Ärzte am Zentrum:
Dr. med. Markus G. Amgwerd
Dr. med. Werner Jaeck
PD Dr. med. Kurt B. Brühlhart
Prof. Dr. med. Michael Heinzlmann

GLOSSAR

- **FRAKTUR:** Knochenbruch
- **OSTEOPOROSE:** Knochenschwund mit Abnahme der Knochendichte aufgrund eines erhöhten Abbaus der Spongiosa (schwammartiges System aus feinen Knochenbälkchen)
- **SAKRUM:** Kreuzbein, das das Ende der Wirbelsäule darstellt und über die Iliosakralgelenke mit den Beckenschaufeln verbunden ist
- **SPINOPELVINE DISSOZIATION:** Ausbruchfraktur der Wirbelsäule aus dem Becken
- **FRAKTURDISLOKATION:** Verschiebung des Knochenbruchs
- **MINIMALINVASIV:** verkürzter Hautschnitt (perkutan) und geringere Ablösung von Muskelgewebe, verbunden mit geringerem Blutverlust und reduzierten Schmerzen nach der Operation im Vergleich zu herkömmlichen offenen Standardverfahren

INTERVIEW MIT PROF. DR. MED. MARIUS J. B. KEEL UND DR. MED. HEINZ O. HOFER

BEI EINER OSTEOPOROSE KOMMT ES DURCH DEN ABBAU DER KNOCHENDICHTE UND DER KNOCHENMASSE ZU EINEM ERHÖHTEN KNOCHENBRUCHRISIKO. WAS SIND DIE URSACHEN DIESER CHRONISCHEN ERKRANKUNG, UND WIE LÄSST SICH IHR VORBEUGEN?

Dr. Hofer: Osteoporose ist kein zwangsläufiges Resultat des Alterwerdens, auch wenn nach Jahren des Knochenaufbaus und der Knochen-erhaltung ab dem mittleren Alter ein natürlicher Knochenabbau einsetzt. Eine Osteoporose liegt dann vor, wenn dieser Abbau beschleunigt verläuft und zu einer Veränderung der Knochenstruktur führt. Jede dritte Frau und jeder fünfte Mann ab 50 ist davon betroffen. Begünstigt wird die Erkrankung durch einen Mangel an dem, was in jedem Alter für gesunde Knochen zentral ist: Bewegung und eine ausgewogene Ernährung mit Proteinen, Vitamin D und Kalzium. Weitere Risikofaktoren sind übermässiger Alkoholkonsum und Rauchen. Eine Osteoporose hervorgerufen können allerdings auch Stoffwechsel- und Tumorerkrankungen sowie bestimmte Medikamente, häufig etwa Kortison.

EIN KNOCHENSCHWUND VERURSACHT FÜR SICH GENOMMEN KEINE BESCHWERDEN. GIBT ES DENNOCH ANZEICHEN, DIE AUF EINE OSTEOPOROSE HINWEISEN?

Dr. Hofer: Oft sind neuartige Schmerzen, die auch im Liegen nicht verschwinden, ein Hinweis auf erste, kleine Knochenbrüche. Für die Diagnosestellung entscheidend ist jedoch die Tatsache, dass es keinen isolierten Knochenschwund gibt. Er ist immer in einem Gesamtkontext zu sehen, zu dem neben den erwähnten Risikofaktoren beispielsweise auch die familiäre Vorbelastung gehört.

EINE OSTEOPOROSE SCHREITET SCHLEICHEND VORAN. AB WANN IST NEBEN KÖRPERLICHEM TRAINING UND AUSGEWOGENER ERNÄHRUNG AUCH EINE MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG ANGEZEIGT?

Dr. Hofer: Ein wichtiger Faktor bei der Therapieplanung ist das Frakturrisiko. In seine Abschätzung fliessen neben den Umständen, die eine

Osteoporose begünstigen, auch die gemessene Knochendichte und bereits erfolgte Brüche ein. Eine Behandlung mit Medikamenten, die entweder den Knochenaufbau fördern oder den Knochenabbau hemmen, ist bei bereits erlittenen Frakturen, bei hohem Frakturrisiko oder bei einer deutlich verminderten Knochendichte unbedingt angezeigt. So oder so erfordert die Osteoporose, einmal festgestellt, ein lebenslanges Therapieprogramm, wozu auch regelmässige Verlaufsuntersuchungen zählen.

BEI EINER OSTEOPOROSE KANN BEREITS EIN BANALER STURZ ZU EINEM SCHWEREN KNOCHENBRUCH FÜHREN. WIE LÄSST SICH DAS STURZRISIKO MINIMIEREN?

Dr. Hofer: Wichtig ist zum einen die systematische Beseitigung von Gefahrenquellen, was viel Achtsamkeit erfordert. Dazu zählen etwa Stolperfallen wie Kabel oder eine unzureichende Beleuchtung, da alte Augen mehr Licht brauchen. Zum anderen empfiehlt es sich, neben einer ausgewogenen Ernährung frühzeitig und mit Freude einem körperlichen Training nachzugehen, um die Kraft und Koordination zu erhalten.

KOMMT ES ZU EINEM BECKENBRUCH, IST ZU ENTSCHEIDEN, OB ER KONSERVATIV BEHANDELT ODER OPERATIV VERSORGT WIRD. WAS GIBT DEN AUSSCHLAG BEI DER THERAPIEWahl?

Prof. Keel: Ein unverschobener Kreuzbeinbruch am hinteren Beckenring bei gleichzeitig vorliegender Schambeinastfraktur am vorderen wird primär konservativ behandelt, durch Entlasten und eine Schmerztherapie. Gerade bei alten Patienten ist allerdings zu bedenken, dass Schmerzmittel auch das Sturzrisiko erhöhen, da sie oft zu Benommenheit und Gleichgewichtsstörungen führen. Halten bei einer konservativen Therapie die Beschwerden an, so ist nach ein bis zwei Wochen eine Verschraubung des hinteren Beckenrings angezeigt. Um sicherzustellen, dass die Schraube hält, wird sie fallweise mit Zement verstärkt. Gleichzeitig wird zur Erhöhung der Stabilität auch die Fraktur des vorderen Beckenrings operativ versorgt.

WERDEN DIE EINGESETZTEN SCHRAUBEN WIEDER ENTFERNT?

Prof. Keel: Wenn sie nicht stören und keine Komplikationen auftreten, lässt man sie bei alten Patienten drin. Bei jungen Patienten wird die Verschraubung des Kreuzbeins mit der Beckenschaufel wieder entfernt, damit die gelenkige Verbindung zwischen diesen beiden Knochen, das Iliosakralgelenk, wieder beweglich wird.

WO LIEGEN DIE HERAUSFORDERUNGEN BEI DER MINIMALINVASIVEN VERSORGUNG VON BECKENBRÜCHEN?

Prof. Keel: Anspruchsvoll ist die korrekte Platzierung der Schrauben, weshalb während des Eingriffs manchmal die Computertomographie zur Navigation eingesetzt wird. Eine weitere Schwierigkeit kann darin bestehen, dass die Kreuzbeinform eines Patienten anatomisch keinen Korridor zulässt, durch den die Schraube gesetzt werden kann. Das betrifft rund 20 Prozent der Patienten und ist bei der Operationsplanung mittels CT abzuklären. In solchen Fällen kommen alternative Verfahren zum Einsatz. So wird die Schraube weiter unten am Kreuzbein gesetzt oder eine Platte über das Kreuzbein eingeschoben und fixiert.

WIE SIEHT DIE NACHSORGE AUS?

Prof. Keel: In Abhängigkeit des chirurgischen Stabilisationsverfahrens ist zu entscheiden, ob eine Teilbelastung mit Gehstützen während vier bis sechs Wochen oder eine Vollbelastung möglich ist. Ist eine Teilbelastung ausgeschlossen, ist der Patient für vier bis sechs Wochen auf den Rollstuhl angewiesen. Anschliessend gilt es, mit einer Gangschulung die Mobilität wiederzuerlangen. So ist es in vielen Fällen möglich, dass betagte Patienten nach einem Pflegeaufenthalt wieder zu Hause wohnen können.

Dr. med. Heinz O. Hofer
ist Facharzt für Physikalische
Medizin und Rehabilitation
sowie für Rheumatologie am
RheumaZentrum Hirslanden.

MAGEN-DARM-KREBS MIT METASTASEN – GROSSE FORTSCHRITTE DANK MODERNER TEAMANSÄTZE

Von **PROF. DR. MED. JAN SCHMIDT**, Facharzt für Chirurgie, speziell Gefässchirurgie und Viszeralchirurgie, und **DR. MED. DANIEL HELBLING**, Facharzt für Medizinische Onkologie und Allgemeine Innere Medizin

PATIENTEN MIT EINEM BÖSARTIGEN TUMORLEIDEN WERDEN SCHON LANGE NICHT MEHR VON NUR EINEM SPEZIALISTEN BEHANDELT, SONDERN VON EINER VIELZAHL HOCHSPEZIALISierter ÄRZTE. DIES ERFORDERT EIN GENAUES ZUSAMMENSPIEL, WELCHES NUR IN EINER GUTEN TEAMKULTUR ERFOLGEN KANN.

Bei vielen Krebserkrankungen hat sich die Prognose in den vergangenen Jahren deutlich verbessert: Immer mehr Patienten können geheilt oder zumindest so wirkungsvoll behandelt werden, dass sie bei guter Lebensqualität länger überleben. Zu diesem Fortschritt wesentlich beigetragen haben die sogenannten multimodalen Therapien. Darunter versteht man Behandlungen, bei denen mehrere Therapieansätze miteinander kombiniert werden. Geplant und koordiniert werden multimodale Therapien an interdisziplinären Tumorboards. Das sind wöchentlich stattfindende Sitzungen, an denen Spezialisten aller involvierten Fachrichtungen teilnehmen. Bei Magen-Darm-Tumoren sind das Gastroenterologie, Radiologie (inkl. interventionelle Radiologie), Nuklearmedizin, Radioonkologie, Pathologie, Viszeralchirurgie, Thoraxchirurgie und Medizinische Onkologie.

Am Beispiel einer 54-jährigen Patientin, die an einem Dickdarmkrebs mit Lebermetastasen erkrankt war, wollen wir den fachübergreifenden Abklärungs- und Behandlungsweg aufzeigen. Die Patientin wurde von Spezialisten des gastrointestinalen Tumorzentrums Zürich (GITZ) behandelt.



DIAGNOSE UND UMGEBUNGSABKLÄRUNG

Die Patientin bemerkte seit März 2016 einen Gewichtsverlust und litt unter vermehrter Müdigkeit. Der Gastroenterologe entdeckte bei der durch den Hausarzt veranlassten Dickdarmspiegelung einen 5 cm langen Tumor im absteigenden Teil des Dickdarms. Dieser Befund gab Anlass zu weiteren Untersuchungen. Leider entdeckte der Radiologe mittels Computertomographie des Brustkorbes und Bauches Ableger (Metastasen) in beiden Leberlappen (Abb. 1). Um die Situation in der Leber noch genauer analysieren zu können, wurde zusätzlich eine MRI-Untersuchung der Leber durchgeführt.

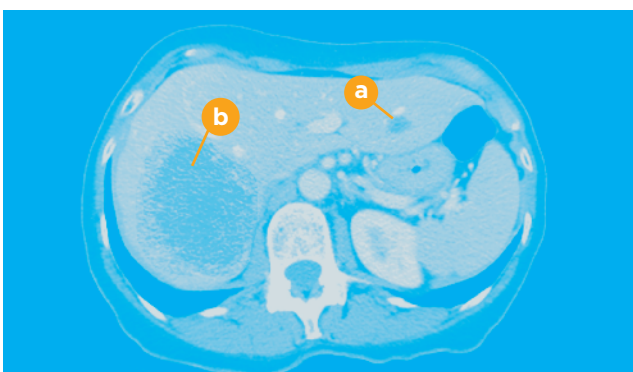


Abb. 1: Das CT der Leber zeigt eine kleine Metastase in der Nähe eines Blutgefässes links (a) und eine grosse rechts (b).



TUMORBOARDBESPRECHUNG GITZ: FESTLEGUNG DER BEHANDLUNGSSTRATEGIE

Um für einen solchen Fall den besten Behandlungspfad festzulegen, muss er unbedingt am Tumorboard aus der Sicht aller relevanten Fachrichtungen besprochen werden. Für diese Patientin stellte der Gastroenterologe den Fall vor, und der Radiologe präsentierte die CT- und MRI-Bilder. Die Pathologin erläuterte das Ergebnis der Gewebsuntersuchung. Danach

wurde der Fall intensiv diskutiert (unter Beizug aktueller wissenschaftlicher Literatur). Schliesslich einigten sich die Spezialisten auf ein kombiniertes Behandlungskonzept.



INTENSIVE CHEMOTHERAPIE ÜBER DREI MONATE

Die Patientin wurde unter der Führung des medizinischen Onkologen mittels intensiver Chemotherapie über drei Monate behandelt. Das Ziel war es, dadurch das Blut von Tumorzellen zu säubern und so die Entstehung von weiteren Metastasen zu verhindern. Gleichzeitig wurde im Rahmen einer klinischen Studie ein intensiviertes Sportprogramm verschrieben, weil damit unter Umständen die Prognose und die Therapieerträglichkeit verbessert werden können.



TUMORBOARDBESPRECHUNG GITZ: HAT DIE BISHERIGE BEHANDLUNG GUT ANGESCHLAGEN?

Nach jeder Behandlungsphase wurde die Patientin erneut am Tumorboard besprochen, denn nur wenn das jeweils erwartete Behandlungsergebnis eintritt, kann zum nächsten Schritt übergegangen werden. Bei unserer Patientin waren die Metastasen in der Leber deutlich kleiner geworden, und es waren keine neuen Metastasen hinzugekommen. So konnte im nächsten Schritt der Tumorchirurg die Behandlung übernehmen.

GLOSSAR

- **VISZERALCHIRURGIE:** Spezialgebiet der Chirurgie, das jene Erkrankungen und Fehlbildungen der Eingeweide (Viszera) umfasst, die sich durch eine Operation behandeln lassen
- **PRIMÄRTUMOR:** Bezeichnung für den ursprünglichen bösartigen Tumor, von dem aus Ableger (Metastasen) ausgegangen sind
- **IRREVERSIBLE ELEKTROPORATION (IRE):** relativ neue minimal-invasive Behandlungsmethode, bei der mittels ultrakurzen, starken Stromstössen Tumorzellen zerstört werden



ENTFERNUNG DES PRIMÄRTUMORS UND DER METASTASEN IN DER LINKEN LEBERHÄLFTE

Der Tumorchirurg entfernte den Primärtumor und die Lebermetastasen in der linken Leberhälfte. Hierfür zerstörte er eine zentrale Lebermetastase, welche nahe an den Gefässen lag, mittels Strom (IRE bzw. Irreversible Elektroporation) (Abb. 2). Zudem verminderte er den Blutfluss in die rechte Leber und erhöhte ihn dafür in die linke. Dadurch wuchs die linke Leberhälfte, die nach Entfernung der Metastasen etwas kleiner geworden war.



Abb. 2
Leberoperation Eingriff 1: Links liegt eine Metastase an den Gefässen, die mit IRE behandelt wird. Gleichzeitig erfolgt eine Unterbindung der rechten Pfortader.



ENTFERNUNG DER RECHTEN LEBERHÄLFTE

Nach vier Wochen war die linke Leberhälfte genügend stark gewachsen, dass nun die ganze rechte Leberhälfte entfernt werden konnte (Abb. 3). Die gewachsene linke Leberhälfte übernahm von nun an die gesamte Leberfunktion.

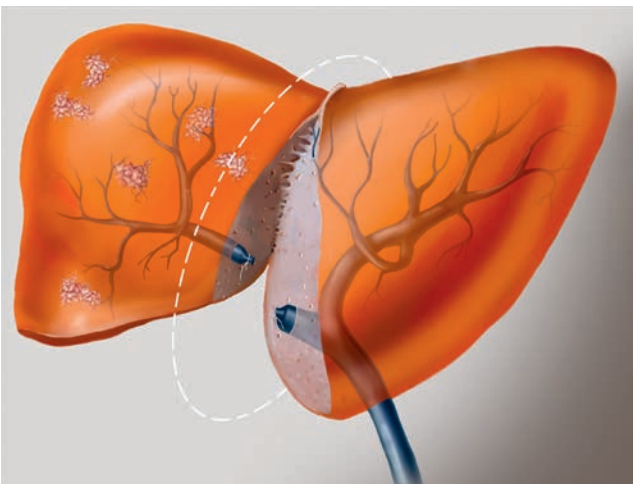


Abb. 3
Leberoperation Eingriff 2: Nach vierwöchigem Wachstum der linken Leber wird die rechte Leber entfernt.



TUMORBOARDBESPRECHUNG GITZ: BRAUCHT ES EINE WEITERE THERAPIE?

Die Entfernung aller Tumormanifestationen war bei dieser Patientin soweit gut geglückt. Es war kein Tumor mehr sichtbar. Nun diskutierten die Spezialisten am Tumorboard, wie gross die Gefahr eines Rückfalls einzuschätzen sei und in welchem Organ weitere Metastasen auftauchen könnten. Weil sie das Risiko als erheblich einstufen, empfahlen sie eine Fortführung der Chemotherapie über weitere drei Monate, wobei die Zusammensetzung der Chemotherapie angepasst wurde.



THERAPIEABSCHLUSS UND BEGINN DER NACHBEHANDLUNG

Nach weiteren drei Monaten Therapie konnte die Patientin die Behandlung nach insgesamt acht Monaten abschliessen. Nun begannen die vorerst dreimonatlichen Nachkontrollen. Die Gefahr, dass es zu weiteren Ablegern insbesondere in der Restleber kommt, ist bei dieser Patientin nach wie vor erhöht. Es gäbe jedoch auch dann noch Möglichkeiten, solche Ableger abzutöten. Bis heute ist die Patientin zum Glück davon verschont geblieben.

KONTAKT



PROF. DR. MED. JAN SCHMIDT

Vorstandsmitglied und Vetreter Chirurgie des GITZ

Facharzt für Chirurgie, speziell Gefässchirurgie und Viszeralchirurgie

Belegarzt Kliniken Im Park/Hirslanden
jan.schmidt@hirslanden.ch

Chirurgisches Zentrum Zürich
Standort Klinik Im Park
Kappelstrasse 7, CH-8002 Zürich
+41 44 387 37 00



DR. MED. DANIEL HELBLING

Präsident und Vetreter Medizinische Onkologie des GITZ

Facharzt für Medizinische Onkologie und Allgemeine Innere Medizin

Belegarzt Kliniken Im Park/Hirslanden
daniel.helbling@gitz.ch

Gastrointestinales
Tumorzentrum Zürich (GITZ)
Seestrasse 259, CH-8038 Zürich
+41 43 344 33 33

Weitere Ärzte an den Zentren:
Siehe www.chirurgischeszentrum.ch
www.gitz.ch

NEWS

WECHSEL AN DER SPITZE DER KLINIK HIRSLANDEN

Die Klinik Hirslanden erhält mit PD Dr. med. Dietmar Maurer per 1. August 2017 einen neuen Direktor. Der Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin ist seit 2012 Leiter Medizinisches System an der Klinik Hirslanden und tritt die Nachfolge von Dr. med. Conrad E. Müller an, der als ausgebildeter Kinderchirurg zu seinen beruflichen Wurzeln zurückkehrt. Dietmar Mauer verfügt über verschiedene Weiterbildungen in Management und ist sowohl zertifizierter OP- als auch Qualitäts-Manager, seit 2006 zudem interner Auditor der Deutschen Gesellschaft für Qualität. Seine Lehrtätigkeit als Privatdozent übt er an der Universität des Saarlandes aus.

SCHILDDRÜSENZENTRUM HIRSLANDEN

Die moderne Schilddrüsenmedizin beruht auf der engen Zusammenarbeit verschiedener Fachgebiete. Vor diesem Hintergrund wurde das neue Schilddrüsenzentrum an der Klinik Hirslanden ins Leben gerufen. Es vereinigt renommierte Spezialisten aus den Gebieten Endokrinologie, Nuklearmedizin/Radiologie, endokrine Chirurgie, Pathologie, Onkologie und Hals-Nasen-Ohren-Chirurgie (ORL). Zusammen decken sie das gesamte Spektrum der Schilddrüsenmedizin ab, von der Diagnostik bis zur Therapie auf der Basis der neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse (vgl. dazu den Beitrag auf Seite 12).

www.schilddruesenzentrumhirslanden.ch

10-JÄHRIGES JUBILÄUM DES INSTITUTS FÜR RADIOTHERAPIE ZÜRICH

2007 wurde im damals neuen Gartentrakt der Klinik Hirslanden das Institut für Radiotherapie Zürich eröffnet. Seither wurden gegen 10 000 Patienten behandelt. Parallel dazu hat sich das Institut stetig fortentwickelt: Die Linearbeschleuniger wurden erweitert und auf den neusten Stand der Technik gebracht. Ferner erfuhr das Therapiespektrum mit dem Cyberknife-System für die Radiochirurgie und mit der intraoperativen Radiotherapie bei Brustkrebs wichtige Ergänzungen. 2014 nahm in Männedorf ein zusätzlicher Linearbeschleuniger seinen Betrieb auf, der den Patienten vom rechten Zürichseeufer in Wohnortnähe eine Therapie in familiärer Atmosphäre ermöglicht. Das Radiotherapie-Team bedankt sich bei allen Patienten und Zuweisern für die vertrauensvolle Zusammenarbeit und freut sich auf die nächsten zehn Jahre.

ERÖFFNUNG DER KINDERARZTPRAXIS «KINDERMEDIZIN» AN DER KLINIK HIRSLANDEN

Per Mitte August 2017 übernimmt Dr. med. Katrin Fasnacht an der Klinik Hirslanden die Praxis von Dr. med. Mohammad Schams und erweitert gleichzeitig unter dem neuen Namen «kindermedizin» das Angebot. Dr. Fasnacht ist Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Kinderchirurgie. Sie kümmert sich als Belegärztin bereits heute um die Neugeborenen und ihre Familien nach der Geburt und während des Wochenbettes. Künftig wird sie in ihrer Praxis diese Kinder auch nach der Neugeborenenperiode betreuen können. Aufgrund ihrer breiten medizinischen Ausbildung bietet sie eine ganzheitliche Betreuung der Kinder und Familien an. Die kindliche Notfallversorgung ist ihr Schwerpunkt, sodass künftig nebst akuten Infektionen beispielsweise auch Knochenbrüche und Wunden versorgt werden können. Zu einem späteren Zeitpunkt sollen weitere Kinderärztinnen zum Team stossen.

OPERATIONSZENTRUM BELLARIA AN DER KLINIK IM PARK

Immer mehr Krankheiten können heute nicht-invasiv oder minimal-invasiv behandelt werden. Zu den wichtigsten Folgen dieser Entwicklung gehört, dass sich viele Eingriffe auch ambulant oder kurzstationär durchführen lassen. Die Klinik Im Park hat auf diesen Trend reagiert und ihre bisherige Tagesklinik rundum erneuert und zum Operationszentrum Bellaria erweitert. Seit dem 20. April 2017 steht das Operationszentrum mit seinen beiden erneuerten OPs und acht Kojen wieder für ambulante Eingriffe offen. Anfang August 2017 nimmt die kurzstationäre Pflegeabteilung für Eingriffe mit einer Übernachtung ihren Betrieb auf. Die neue Abteilung umfasst acht Betten in vier Patientenzimmern.



KLINIK IM PARK VERSTÄRKT MIT PROF. DR. MED. BEATRICE AMANN-VESTI DIE KOMPETENZ IN DER ANGIOLOGIE

Wir freuen uns, am 1. August 2017 Prof. Dr. med. Beatrice Amann-Vesti als neues Mitglied des HerzGefässZentrums an der Klinik Im Park begrüßen zu können. Prof. Amann ist Fachärztin für Angiologie (Gefässmedizin) und leitete seit 2005 als Direktorin die Klinik für Angiologie am Universitätsspital Zürich. Sie ist Trägerin mehrerer nationaler und internationaler Auszeichnungen und Vorstandsmitglied verschiedener Fachgesellschaften im In- und Ausland. Ihre klinische Tätigkeit umfasst alle modernen diagnostischen Verfahren der Angiologie sowie die interventionelle Behandlung von Gefässkrankheiten.

ERÖFFNUNG DES NEUROZENTRUMS ENGE AN DER KLINIK IM PARK

An der Klinik Im Park hat Mitte Jahr das Neurozentrum Enge seine Tätigkeit aufgenommen. Das neurologisch-neurochirurgische Kompetenzzentrum wird von anerkannten und klinisch erfahrenen Spezialisten geführt. Die ärztliche Verantwortung tragen KD Dr. med. Miroslava Bjeljic, Prof. Dr. med. Adam Czaplinski und Prof. Dr. med. Aminadav Mendelowitsch. In der ruhigen, freundlichen Atmosphäre der Villa Hofmann an der Kappelstrasse 35 in Zürich nehmen sich unsere Ärzte Zeit für Sie, Ihre Wünsche und Beschwerden.

NEUE PRAXISRÄUME NEUROSPINEZÜRICH AN DER KLINIK IM PARK

NeuroSpineZürich bezieht Mitte August 2017 neue moderne Praxisräume an der Seestrasse 315 direkt beim Bahnhof Zürich-Wollishofen. NeuroSpineZürich ist eine interdisziplinäre Gruppe von Spezialisten an der Klinik Im Park mit dem Schwerpunkt Wirbelsäulen-Erkrankungen. Zum Leistungsspektrum gehören die Abklärung, die konservative Behandlung sowie die neurochirurgisch-neuroorthopädische Versorgung der Wirbelsäule. NeuroSpineZürich besteht aus Prof. Dr. med. Urs D. Schmid, Neurochirurgie, sowie den ärztlichen Mitarbeitern Dr. med. Susanne Valentin und Dr. med. Peter Kremer, Rheumatologie, Dr. med. Gisela Pfister, Allgemeine Innere Medizin, sowie Dr. med. Massimo Leonardi, Neurochirurgie. Der Praxiswechsel wurde erforderlich wegen stetig wachsender Patientenströme und entsprechend vermehrten Raumbedarfs dieser seit 1997 in wechselnder Zusammensetzung in der Klinik Im Park ansässigen Praxis von Prof. Dr. med. Urs D. Schmid.

NEUE BELEGÄRZTE

ANGIOLOGIE

Prof. Dr. med. Beatrice Amann-Vesti

Fachärztin für Angiologie sowie für Allgemeine Innere Medizin
HerzGefässZentrum Zürich
Klinik Im Park (ab 1.8.2017)

GASTROENTEROLOGIE

PD Dr. med. Jean-Pierre Gutzwiller

Facharzt für Gastroenterologie sowie für Allgemeine Innere Medizin
Klinik Im Park (seit 1.4.2017)

GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

Dr. med. Visnja Korda

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe
Klinik Hirslanden (seit 1.7.2017)

NEONATOLOGIE UND INTENSIVMEDIZIN

Dr. med. Maja Isabel Hug Brennwald

Fachärztin für Pädiatrie, speziell Neonatologie, sowie für Intensivmedizin
Klinik Hirslanden (seit 1.7.2017)

NEUROCHIRURGIE

Dr. med. Christoph M. Woernle

Facharzt für Neurochirurgie
Neurochirurgie Hirslanden Zürich
Klinik Hirslanden (seit 1.7.2017)

OPHTHALMOLOGIE

Dr. med. Konrad Jost

Facharzt für Ophthalmologie, speziell Augenchirurgie
Klinik Im Park (seit 1.4.2017)

PLASTISCHE, REKONSTRUKTIVE UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE

Dr. med. Colette C. Camenisch

Fachärztin für plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie sowie für Allgemein Chirurgie
Klinik Im Park (seit 1.4.2017)

PATIENTENZUFRIEDENHEIT – UNSER HÖCHSTES GUT

BEI DER PRIVATKLINIKGRUPPE HIRSLANDEN STEHT DER PATIENT STETS IM ZENTRUM. DAHER IST ES FÜR UNS WICHTIG, DIE ZUFRIEDENHEIT UNSERER PATIENTEN ZU KENNEN UND ZU WISSEN, WO WIR UNS VERBESSERN KÖNNEN. MIT EINER NEUEN PATIENTENBEFRAGUNG, DIE IM APRIL 2017 GRUPPENWEIT EINGEFÜHRT WURDE, KÖNNEN WIR DIE PATIENTENZUFRIEDENHEIT KONTINUIERLICH MESSEN UND STETIG ERHÖHEN. DR. MED. CHRISTIAN WESTERHOFF, CHIEF CLINICAL OFFICER, UND ULRIKE SOLLMANN, LEITERIN QUALITÄTSMANAGEMENT VON HIRSLANDEN, GEBEN AUSKUNFT ZUR NEUEN BEFRAGUNG.

DR. WESTERHOFF, FRAU SOLLMANN, WIESO HAT HIRSLANDEN EINE NEUE PATIENTENBEFRAGUNG EINGEFÜHRT?

Dr. Christian Westerhoff: Die neue Patientenbefragung mit dem Anbieter Press Ganey (Infos siehe Kasten) verfolgt einen sehr praxisnahen Ansatz. Das ermöglicht es den Kliniken, unmittelbar Verbesserungspotenziale festzustellen. Gleichzeitig haben wir Zugang zu Best-Practice-Beispielen, um diese Verbesserungen zu erzielen. Ich weiss also zeitnah, wo ich noch mehr erreichen kann, und erhalte eine Anleitung, wie ich das am besten mache.

«WIR SETZEN DEN FOKUS AUF DEN PATIENTEN – MIT DER NEUEN BEFRAGUNG WISSEN WIR AUCH, WIE GUT WIR DAS MACHEN.»

Ulrike Sollmann: Im Gegensatz zur bisherigen Methode befragen wir neu alle Patienten über das ganze Jahr hinweg. So sieht man Entwicklungen und auch, ob die Verbesserungsmaßnahmen fruchten. Wir setzen den Fokus auf den Patienten – mit der neuen Befragung wissen wir auch, wie gut wir das machen.

ERFOLGT DIE PATIENTENBEFRAGUNG GLEICH IN DER KLINIK?

Ulrike Sollmann: Nein, die Patienten erhalten die Befragung rund 48 Stunden nach ihrem Austritt, entweder per E-Mail oder wenn keine E-Mail-Adresse vorhanden ist auch per Post in Papierform. Man kann den Fragebogen also in aller Ruhe daheim ausfüllen, mit dem Stift oder digital.

WIE VIELE FRAGEN UMFASST DER FRAGEBOGEN?

Ulrike Sollmann: Der Fragebogen umfasst rund 80 Fragen.

DAS HÖRT SICH ABER NACH GANZ SCHÖN VIEL AN, ODER?

Dr. Christian Westerhoff: 80 Fragen sind sicher nicht wenig, wir bewegen uns dabei aber etwa im Durchschnitt klassischer Zufriedenheitsbefragungen in Spitälern. Für uns ist es natürlich sehr hilfreich, viele Informationen zur Zufriedenheit der Patienten zu erhalten, damit wir tiefgehende Analysen durchführen können.

Ulrike Sollmann: Zudem ist zu bedenken, dass im Fragebogen zwei verschiedene Arten von Fragen enthalten sind. Ein Set der Fragen dreht sich darum, wie oft ein Patient ein Erlebnis gehabt hat. In einem zweiten Frageset geht es darum, wie der Patient diese Situation erlebt hat.

PRESS GANEY IST EIN US-AMERIKANISCHES UNTERNEHMEN – MUSSTE MAN BEIM DATENSCHUTZ ALS SCHWEIZER UNTERNEHMEN ETWAS BESONDERS BEACHTEN?

Christian Westerhoff: Ja, das schweizerische Datenschutzgesetz verbietet es uns, Daten von Patienten unverschlüsselt in die USA zu schicken. Unsere Daten gehen aus diesem Grund zuerst zu einem Institut in der Schweiz, das die Daten anonymisiert. Erst dann werden die Informationen in die USA geschickt. Wir halten somit alle Datenschutzbestimmungen der Schweiz strikt ein und die Anonymität der Patientendaten ist jederzeit gewährleistet.

DIE NEUE BEFRAGUNG WURDE IM APRIL 2017 EINGEFÜHRT – GESCHAH DAS IN ALLEN 16 KLINIKEN DER GRUPPE AUF EINMAL?

Christian Westerhoff: Nein, wir haben die Patientenbefragung gestaffelt eingeführt. Im Januar 2017 starteten wir zunächst mit einem Pilotversuch in der Klinik Im Park in Zürich, den wir Ende März erfolgreich abgeschlossen haben. Danach erfolgte ab April eine gestaffelte Einführung in den restlichen Kliniken. Mittlerweile ist die neue Befragung in all unseren Kliniken im Einsatz.

«DIE PATIENTEN STEHEN IM ZENTRUM ALL UNSERES SCHAFFENS UND ENTSPRECHEND IST DIE PATIENTENZUFRIEDENHEIT UNSER HÖCHSTES GUT.»

GIBT ES SCHON ERSTE ERGEBNISSE?

Ulrike Sollmann: Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, müssen wir die Befragung zuerst ein paar Monate schweizweit laufen lassen. Aus dem Pilotversuch in der Klinik Im Park haben wir aber bereits sehr zufriedenstellende Rücklaufquoten und eine hohe Wiederempfehlungsrate. Das freut uns sehr.



WAS MÖCHTEN SIE DEN PATIENTINNEN UND PATIENTEN MITGEBEN, DIE NACH IHREM AUSTRITT DIE BEFRAGUNG PER E-MAIL ODER POST ERHALTEN?

Christian Westerhoff: Ich möchte die Patienten dazu anhalten, die Befragung auszufüllen und ein ehrliches Feedback zum Aufenthalt in der Klinik zu geben. Nur mit vielen und auch kritischen Rückmeldungen gelingt es uns, uns stetig zu verbessern und den Aufenthalt in den Kliniken noch angenehmer zu gestalten. Die Patienten stehen im Zentrum all unseres Schaffens und entsprechend ist die Patientenzufriedenheit unser höchstes Gut.

Ulrike Sollmann: Die neue Patientenbefragung mit Press Ganey bringt uns in eine ganz neue Dimension der Patientenzufriedenheitsmessung. Wir erhalten sowohl breite als auch tiefe Informationen über das Erlebnis unserer Patienten und wir freuen uns, diese Informationen so im Klinikalltag umzusetzen, dass unsere Patienten immer zufriedener werden mit unseren Leistungen.

KONTAKT



DR. MED. CHRISTIAN WESTERHOFF
Chief Clinical Officer
Privatklinikgruppe Hirslanden
Mitglied der Konzernleitung



ULRIKE SOLLMANN
Leiterin Qualitätsmanagement
Privatklinikgruppe Hirslanden



**PATIENT
EXPERIENCE INDEX**

PATIENTENBEFRAGUNG MIT PRESS GANEY (PATIENT EXPERIENCE INDEX)

Die Privatklinikgruppe Hirslanden hat im April 2017 die gruppenweite Patientenbefragung des US-amerikanischen Unternehmens Press Ganey eingeführt. Die Befragung wird seit 2013 vom Mutterkonzern Mediclinic auf den Plattformen Südafrika und Vereinigte Arabische Emirate erfolgreich angewendet. Die Befragung mit Press Ganey ergänzt die nationale Patientenbefragung des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), an welcher alle Kliniken der Privatklinikgruppe Hirslanden seit 2011 teilnehmen. Alle anderen Messungen zur Patientenzufriedenheit, die Hirslanden in der Vergangenheit anwendete, kommen nicht weiter zum Einsatz.

VERNETZTE SPEZIALISTEN FÜR SCHILDDRÜSEN-PATIENTEN

ERKRANKUNGEN DER SCHILDDRÜSE SIND HÄUFIG UND LASSEN SICH IN DER REGEL GUT BEHANDELN. VOR-AUSSETZUNG DAFÜR IST DIE INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT ERFAHRENER SPEZIALISTEN BEI DER DIAGNOSTIK, DER THERAPIEPLANUNG UND DER THERAPIE SELBST.

Die Schilddrüse ist ein kleines, schmetterlingsförmiges Organ, das unterhalb des Kehlkopfs vor der Luftröhre liegt (vgl. Abb. 1). Ihre Hauptaufgabe besteht darin, zwei Hormone zu produzieren, zu speichern und bedarfsabhängig in das Blut abzugeben. Die beiden Schilddrüsenhormone heissen fT4 und fT3 und spielen bei der Regulation nahezu aller Stoffwechselfvorgänge eine zentrale Rolle. Gesteuert wird die Aktivität der Schilddrüse durch die Hirnanhangdrüse, die dazu das schilddrüsenstimulierende Hormon TSH ausschüttet.

Erkrankungen der Schilddrüse sind vielgestaltig. Grundsätzlich unterscheidet man Funktionsstörungen wie eine Über- oder Unterfunktion von Formveränderungen wie einer Vergrößerung oder Knotenbildung. In vielen Fällen gehen die beiden Befunde allerdings miteinander einher. Bei einer Überfunktion (Hyperthyreose) produziert die Schilddrüse eine grössere Hormonmenge, als der Körper benötigt. Die Folge ist eine Beschleunigung sämtlicher Stoffwechselfvorgänge. Bei der Unterfunktion (Hypothyreose) ist es genau umgekehrt. In beiden Fällen können zahlreiche körperliche und psychische Beschwerden auftreten. Ein knotige oder gleichmässige Vergrößerung der Schilddrüse (Struma bzw. Kropf) ist meistens gutartig und sehr häufig: Sie findet sich bei jedem zweiten Erwachsenen über 50 Jahren. Zu den möglichen Beschwerden zählen beispielsweise Schluckstörungen, Atemnot und Hustenreiz.

Dank moderner diagnostischer und therapeutischer Verfahren lassen sich Schilddrüsenerkrankungen meist gut behandeln, selbst bösartige. Entscheidend für den Therapieerfolg ist die Zusammenarbeit von Spezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen. Dazu gehören Endokrinologie, Radiologie/Nuklearmedizin, endokrine Chirurgie, Pathologie und ORL. Bei Krebsverdacht kommt noch die Onkologie hinzu. Koordiniert wird die Zusammenarbeit an regelmässig stattfindenden Schilddrüsen-Boards, wo die Vertreter aller relevanten Disziplinen für jeden Patienten gemeinsam den besten Behandlungspfad festlegen.

DANK MODERNER DIAGNOSTISCHER UND THERAPEUTISCHER VERFAHREN LASSEN SICH SCHILDDRÜSENERKRANKUNGEN MEIST GUT BEHANDELN, SELBST BÖSARTIGE.

DIAGNOSESTELLUNG

Patienten mit Verdacht auf eine Schilddrüsenerkrankung werden zunächst von einem Endokrinologen untersucht. Die Diagnose einer Schilddrüsenvergrößerung kann er bereits durch das Abtasten des Halses stellen. Zur Ausmessung der Schilddrüse und zum Erkennen von Knoten erfolgt anschliessend eine Ultraschalluntersuchung. Die Bestimmung der Schilddrüsenwerte im Blut dient dem

Nachweis oder Ausschluss einer Über- oder Unterfunktion.

Liegt eine Über- oder Unterfunktion vor, lässt sich mit einer weiteren Blutuntersuchung abklären, ob als Ursache eine von zwei Autoimmunkrankheiten in Frage kommt. Bei einer Autoimmunkrankheit werden Antikörper gegen eigenes Gewebe gebildet. Bei der Basedowschen Krankheit stimulieren solche Antikörper die Hormonproduktion der Schilddrüse, sodass es zu einer Überfunktion kommt. Mitunter rufen sie auch eine Entzündung der Augenmuskeln hervor, was zu einem Hervortreten der Augäpfel führt. Bei der Hashimoto-Erkrankung sind andere Antikörper im Spiel. Sie zerstören gesunde Schilddrüsenzellen, worauf die Hormonproduktion abnimmt und schliesslich eine Unterfunktion eintritt.

Neben der Basedowschen Krankheit können auch einer oder mehrere gutartige Knoten eine Überfunktion hervorrufen. Solche Knoten entziehen sich der Steuerung durch die Hirnanhangdrüse und produzieren so unkontrolliert Hormone. Man spricht deshalb von einer Schilddrüsenautonomie. Nachweisen lassen sich solche «heissen Knoten» durch eine nuklearmedizinische Untersuchung: die Szintigrafie. Dabei werden dem Patienten radioaktiv markierte Teilchen verabreicht, die sich in den heissen Knoten anreichern. Die Strahlung wird durch eine Gamma-kamera erfasst und zu einem Bild zusammengesetzt (Szintigramm). Sichtbar sind auf diesem Bild auch «kalte Knoten», die keine Hormone mehr produzieren. Meistens handelt es sich um gutartige Veränderungen wie Zysten oder Gewebenarben. Hinter rund 5 Prozent der kalten Knoten kann sich allerdings ein bösartiger Tumor verbergen. Besteht ein Verdacht auf Bösartigkeit, wird der Knoten mit einer Feinnadel punktiert und die Gewebeprobe von einem Pathologen untersucht.

MEDIKAMENTÖSE THERAPIEN UND RADIOJODTHERAPIE

Bei einer Unterfunktion der Schilddrüse erfolgt die Therapie medikamentös, indem ein Hormonersatz in Tablettenform verabreicht wird – meist lebenslang. Auch die Überfunktion bei der Basedowschen Krankheit wird zunächst medikamentös behandelt, und zwar mit sogenannten Thyreostatika, welche die Hormonproduktion hemmen. Tritt die Überfunktion nach einem Absetzversuch erneut auf, ist eine von zwei definitiven Therapien ins Auge zu fassen: die Inaktivierung der Schilddrüse durch eine Radiojodtherapie oder ihre operative Entfernung. Welche Option für einen bestimmten Patienten die bessere ist, wird am Schilddrüsen-Board erörtert.

Bei einer Schilddrüsenautonomie müsste die Thyreostatika-Therapie lebenslang fortgesetzt werden. Für jüngere Patienten empfiehlt sich deshalb eine der beiden definitiven

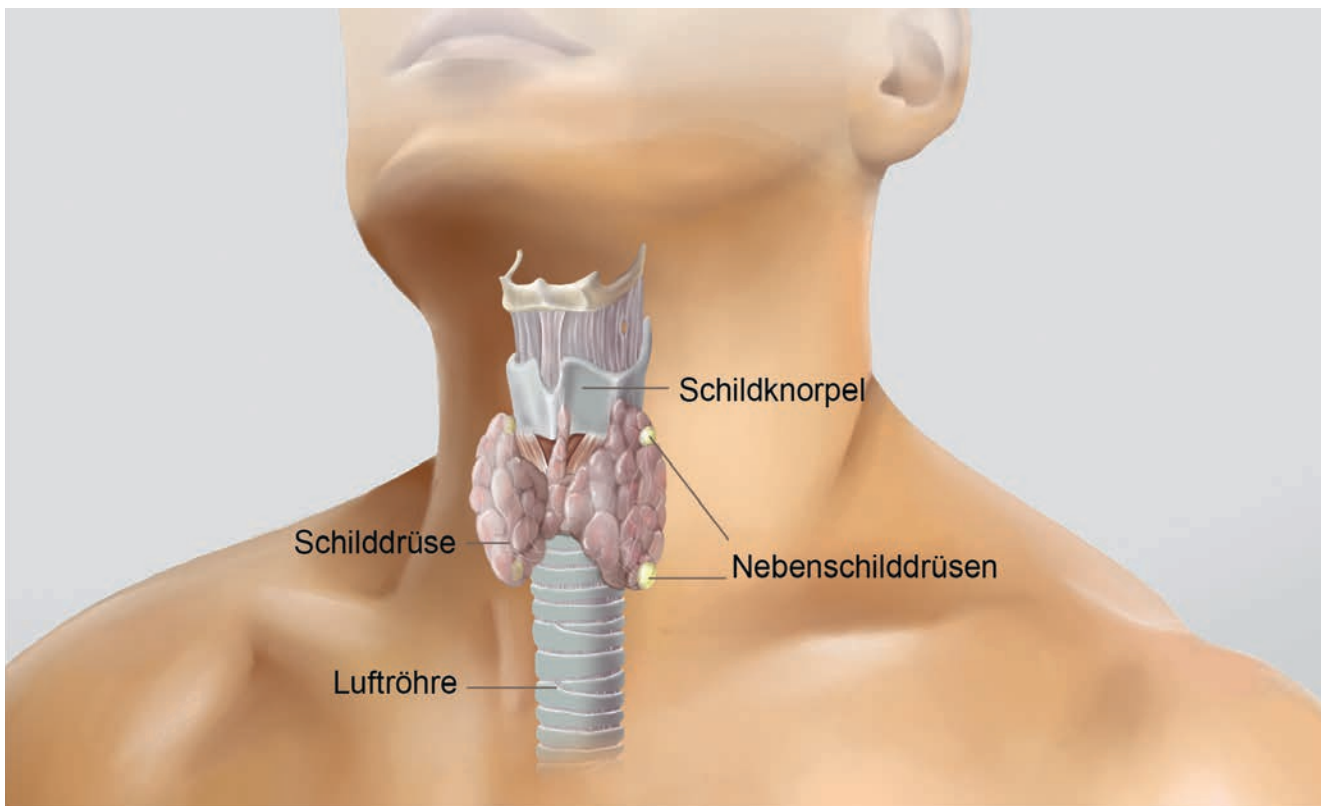


Abb. 1

Schätzungsweise 15 bis 20 Prozent aller Menschen in der Schweiz haben einen krankhaften Befund an der Schilddrüse.

Therapien. Bei einer Radiojodtherapie, die ein Nuklearmediziner durchführt, werden die hormonproduzierenden Zellen durch die Strahlung eines radioaktiven Jods zerstört, das als Kapsel eingenommen wird. Danach brauchen die meisten Patienten lebenslang einen Hormonersatz. Kalte Knoten, die keine Hormone produzieren, erfordern oft keine Therapie, sondern müssen nur regelmässig kontrolliert werden. Ein grosser Kropf, der die Luft- und Speiseröhre einengt, muss hingegen operativ entfernt werden.

OPERATION

Schilddrüsenoperationen zählen heute zu den spezialisierten Operationen und erfordern nicht nur viel Erfahrung, sondern auch modernste Technologien wie minimal-invasives Verfahren, Ultraschallskalpell und Neuromonitoring. Letzteres dient der Überwachung der Stimmbandnerven, auf deren Schonung grösster Wert zu legen ist. Dasselbe gilt für die Nebenschilddrüsen.

Bei einem bösartigen Tumor ist die komplette operative Entfernung der Schilddrüse die einzige Therapieoption. Eine Heilung ist dadurch in den meisten Fällen möglich. Der endokrine Chirurg operiert dabei idealerweise zusammen mit einem Halschirurgen. Gemeinsam besprechen sie direkt am Operationstisch das optimale Vorgehen, nicht zuletzt auch in ästhetischer Hinsicht. Je nach Befund kann der Halschirurg ausserdem alle umgebenden

Lymphknoten entfernen. Unterstützt werden die beiden Chirurgen von einem Pathologen, der das entnommene Gewebe sofort untersucht. Entdeckt er ein Mikrokarzinom von unter 1 cm, wird dieses ebenfalls entfernt. Der grosse Vorteil dieser interdisziplinären Zusammenarbeit liegt darin, dass dem Patienten ein zweiter und meist heiklerer Eingriff erspart bleibt.

KONTAKT

SCHILDDRÜSENZENTRUM HIRSLANDEN

Klinik Hirslanden
Witellikerstrasse 40
CH-8032 Zürich

T +41 44 387 30 88

schilddruesen.hirslanden@hirslanden.ch

www.schilddruesenzentrumhirslanden.ch

GLOSSAR

- **ft4 UND ft3:** Abkürzungen für die beiden Schilddrüsenhormone freies Thyroxin und freies Trijodthyronin
- **HIRNANHANGDRÜSE (HYPOPHYSE):** zentrales Steuerorgan für viele hormonelle Funktionen im Körper
- **ENDOKRINOLOGIE:** Teilgebiet der Inneren Medizin, das sich mit Hormonen befasst

RHEUMATOIDE ARTHRITIS MIT FRÜHDIAGNOSE UND MODERNSTER THERAPIE ZUM STILLSTAND BRINGEN

Von **DR. MED. NICOLE EGLOFF** und **DR. MED. PIOTR URBANIAK**, Fachärzte für Rheumatologie

ÜBER VIELE JAHRE WAR DIE RHEUMATOIDE ARTHRITIS (RA, FRÜHER AUCH «CHRONISCHE POLYARTHROSIS») EINE KRANKHEIT, DIE OFT ERST BEI AUSGEPRÄGTEN DEFORMITÄTEN DER GELENKE DIAGNOSTIZIERT WURDE. HEUTE KANN SIE DANK NEUEN, FEINEREN DIAGNOSEKRITERIEN UND UNTER ZUHILFENAHME DER MODERNEN BILDGEBUNG IN DER REGEL BEREITS IN EINEM FRÜHSTADIUM DIAGNOSTIZIERT UND THERAPIERT WERDEN. ZUM EINSATZ KOMMEN DABEI AUCH NEU ENTWICKELTE «BIOLOGIKA», MIT DENEN SELBST AGGRESSIVERE FORMEN DER RA BEI EINEM GROSSTEIL DER PATIENTEN ZUM STILLSTAND GEBRACHT WERDEN KÖNNEN.

Die Rheumatoide Arthritis ist die häufigste entzündliche Gelenkerkrankung und betrifft rund ein Prozent der Bevölkerung. Frauen sind dreimal so häufig tangiert wie Männer, wobei die Krankheit meist im Alter zwischen 35 und 55 Jahren auftritt. Es gibt jedoch auch Neuerkrankungen im höheren Lebensalter («Late Onset Rheumatoide Arthritis»), die wir heute aufgrund der Alterung der Bevölkerung immer öfter sehen.

KLINIK

Charakteristisch sind Schmerzen und Schwellungen in den kleinen Gelenken der Hände und Füße mit einer morgendlichen Steifigkeit in den befallenen Gelenken (während mehr als einer Stunde). Prinzipiell können jedoch fast alle Gelenke des Körpers erkranken (so auch häufig z.B. die Knie, die Sprunggelenke, die Hüftgelenke sowie die Schulter- oder Ellbogengelenke). An der Wirbelsäule kommt es bei maximal einem Drittel der Patienten zu einem Befall der Halswirbelsäule; im Übrigen wird der Rücken bei der RA typischerweise nicht befallen. Gelegentlich verursacht die RA hingegen auch Entzündungen ausserhalb der Gelenke, so etwa an den Augen, an den Tränen- und Speicheldrüsen, an der Lunge oder am Herz.

«MIT DER EINFÜHRUNG DER BIOLOGIKA BRACH VOR RUND 15 JAHREN EIN NEUES ZEITALTER IN DER BEHANDLUNG DER RHEUMATOIDEN ARTHRITIS AN.»

KRANKHEITSENTSTEHUNG

Die Rheumatoide Arthritis ist gekennzeichnet durch eine chronische Entzündung der Gelenke, die durch eine Fehlsteuerung des Immunsystems verursacht wird. Wieso es bei den Betroffenen dazu kommt, ist unklar. Sicher ist nur, dass die erbliche Veranlagung eine Rolle spielt. So ist das Risiko, eine RA zu entwickeln, bei Kindern oder Geschwistern von Betroffenen rund dreifach erhöht. Bei den Umgebungsfaktoren ist das Rauchen als Auslöser bekannt; diskutiert werden zudem virale und bakterielle Infekte.

Da wir in den letzten zehn Jahren jedoch enorm viel über die einzelnen Schritte dieser Fehlreaktion des Immunsystems herausgefunden haben, ist es dank intensiver Forschung gelungen, sehr zielgerichtete Immuntherapien zu entwickeln, die heute in der modernen Therapie der Rheumatoiden Arthritis eingesetzt werden. Die entspre-

chenden Medikamente heissen Biologika. Dabei handelt es sich um gentechnisch hergestellte Eiweisse, die körpereigenen Substanzen sehr ähnlich sind. Biologika greifen an verschiedenen Stellen in das Immunsystem ein und vermögen so gezielt die Entzündungsreaktionen zu stoppen. Mit der Einführung der Biologika brach vor rund 15 Jahren ein neues Zeitalter in der Behandlung der Rheumatoiden Arthritis an. Zuvor standen nur wenige Medikamente – Kortison, Gold und Methotrexat – zur Verfügung, die in einigen, aber nicht allen Fällen die Krankheit eindämmen konnten.

DIAGNOSE

Es wurden Diagnosekriterien definiert, welche die Diagnosestellung erleichtern. So ist beispielsweise bei einer Symptombdauer von über sechs Wochen, bei einem Befall vieler kleiner Gelenke sowie bei erhöhten Entzündungswerten und nachweisbaren spezifischen Antikörpern im Blut mit hoher Sicherheit von einer RA auszugehen. In frühen Stadien sollte eine Bildgebung mittels Ultraschall oder Magnetresonanztomografie (MRI) erfolgen, um die

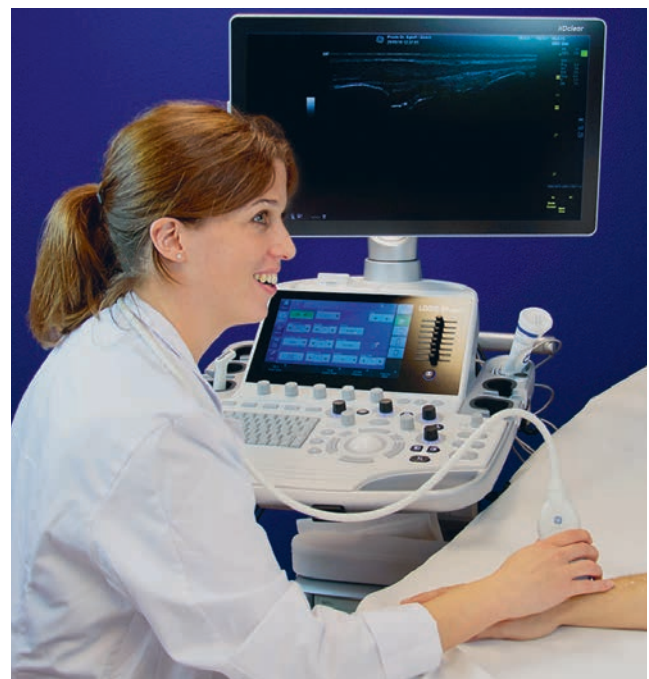


Abb. 1
Der hochauflösende Ultraschall mit modernsten Geräten ermöglicht – zusammen mit einer genauen Befragung (Anamnese) und klinischen Untersuchung – eine frühzeitige Diagnose bei Rheumatoider Arthritis.

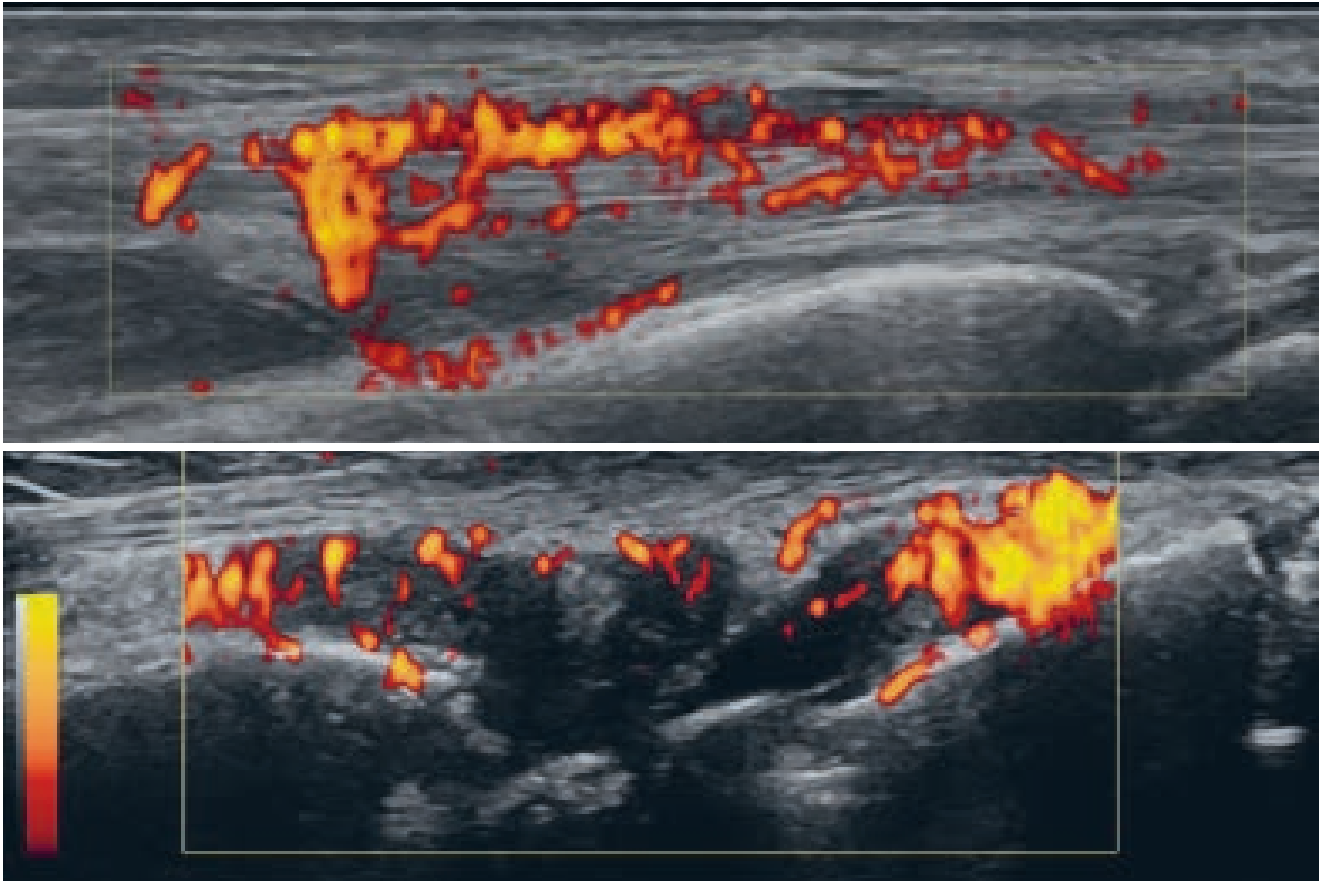


Abb. 2 und 3
Darstellung der Entzündungsaktivität bei Rheumatoider Arthritis im Handgelenk mit modernster Ultraschalltechnik inkl. Power-Doppler zur Darstellung kleinster Blutgefäße.

Diagnose zu sichern, da eine frühe Therapieeinleitung spätere Gelenkschädigungen verhindern kann. Die Vorteile des Ultraschalls sind die rasche Verfügbarkeit, die tiefen Kosten und die fehlende Strahlenbelastung (vgl. Abb. 1-3).

THERAPIE

Zu Beginn kommen schnell wirksame entzündungshemmende Medikamente wie Kortison und Antirheumatika zum Einsatz. Kombiniert werden sie mit sogenannten Basistherapeutika, deren Wirkungseintritt allerdings erst nach mehreren Wochen zu erwarten ist. Basistherapeutika hemmen verschiedene Entzündungsmechanismen und können so die Erkrankung eindämmen. Lässt sich mit den klassischen Basistherapeutika kein ausreichender Behandlungserfolg erzielen, werden zusätzlich Biologika verabreicht. Da heute viele Wirkstoffe zur Verfügung stehen, kann die Therapie auf jeden Patienten individuell zugeschnitten werden. So lässt sich mit einem oder mehreren Medikamenten in Kombination (Tabletten, Infusionen oder Spritzen) in den allermeisten Fällen eine sehr gute Lebensqualität ohne Behinderung im Alltag erreichen. Ergänzt werden kann die Behandlung durch ergotherapeutische Massnahmen und Hilfsmittel zum Schutz der Gelenke wie beispielsweise orthopädische Schuhe. Orthopädische Operationen zur Behebung von Gelenkschäden aufgrund der chronischen Entzündung durch eine RA werden immer noch mit gutem Erfolg durchgeführt, sind aber dank der sehr viel besseren Therapiemöglichkeiten nur noch selten notwendig.

KONTAKT



DR. MED. NICOLE EGLOFF
Fachärztin für Rheumatologie
Belegärztin Klinik Im Park
sekretariategloff@rheumazentrum.ch



DR. MED. PIOTR URBANIAK
Facharzt für Rheumatologie
Belegarzt Klinik Im Park
sekretariaturbaniak@rheumazentrum.ch

Zentrum für Rheuma und
Knochenerkrankungen
Haus Bellaria
Bellariastrasse 38
CH-8038 Zürich
T +41 44 209 24 11/20

Weitere Ärzte am Zentrum:
Dr. med. Milos Antic
Dr. med. Thomas A. Gerber
Prof. Dr. med. HansJörg Häuselmann
Dr. med. Martin Toniolo

GLOSSAR

- **ANTIRHEUMATIKA:** Schmerzmittel, die auch entzündungshemmend wirken, aber keinen Einfluss auf die Weiterentwicklung der Entzündungskrankheit haben
- **BASISTHERAPEUTIKA:** Oberbegriff für verschiedene Wirkstoffe, welche die Entzündungsmechanismen bei Rheumatoider Arthritis unterdrücken. Das am häufigsten eingesetzte klassische Basistherapeutikum ist Methotrexat.
- **BIOLOGIKA:** neue Art von gentechnisch hergestellten Medikamenten, die an verschiedenen Stellen in das überreagierende Immunsystem eingreifen und so die Entzündungsprozesse unterbinden

VERANSTALTUNGEN AUGUST BIS DEZEMBER 2017

Die Teilnahme an den Vorträgen ist – wo nichts anderes vermerkt – kostenlos. Wir bitten um Voranmeldung bis 1 Tag vor dem Anlass. Die Teilnehmerzahl ist bei allen Vorträgen beschränkt. Weitere Vorträge aller Hirsländen-Kliniken finden Sie auf www.hirslanden.ch/veranstaltungen

KLINIK IM PARK

Anmeldung: 044 209 21 11 oder www.hirslanden.ch/impark

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

Mi, 23.8.2017 18.30–20.00 Uhr	DEM KREBS AN DEN KRAGEN – VIELVERSPRECHENDE NEUE THERAPIEN FÜR TUMORERKRANKUNGEN DES MAGENDARM-TRAKTES	DR. MED. DANIEL HELBLING DR. MED. MARCO BERNARDI DR. MED. ANDREAS HUNSICKER-SCHNEIDER
Mi, 13.9.2017 18.30–20.00 Uhr	UNSIHERHEIT BEIM GEHEN – IST DIE WIRBELSÄULE DIE URSACHE?	PROF. DR. MED. KAN MIN DR. MED. GERTRAUT LINDEMANN
Do, 28.9.2017 18.30–20.00 Uhr	KNIE-ARTHROSE: MASSGESCHNEIDERTE KNIETOTALPROTHESE AUS DEM 3D-DRUCKER, FUNKTIONIERT DAS?	DR. MED. DIETER RÄBER
Mi, 4.10.2017 18.30–20.00 Uhr	BRUSTKREBSFRÜHERKENNUNG: ALLES ÜBER DEN ZEITPUNKT, DIE DIAGNOSE UND DAS VORGEHEN BEI EINEM BEFUND	DR. MED. STEFANIE HOSCH
Mi, 25.10.2017 18.30–20.00 Uhr	KREBS IM VERDAUUNGSTRAKT: WAS GIBT ES NEUES?	PROF. DR. MED. JAN SCHMIDT
Mi, 8.11.2017 18.30–20.00 Uhr	FRAU UND HERZ: NEUE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN	PROF. DR. MED. CHRISTINE ATTENHOFER JOST DR. MED. GABRIELLA DE PASQUALE MEYER
Mi, 6.12.2017 18.30–20.00 Uhr	DEMENZ IM ALTER: WANN WIRD DAS VERGESSEN ZUM MEDIZINISCHEN PROBLEM?	PROF. DR. MED. HENNING MAST PROF. DR. MED. STEFAN HECKL

KLINIK HIRSLANDEN

Anmeldung: 0848 333 999 oder www.hirslanden.ch/anmeldung

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

Sa, 26.8.2017 9.30–12.30 Uhr	GESUNDHEITS-MATINÉE: RUND UM DEN BRUSTKREBS: ERKENNEN, THERAPIEREN, BEGLEITEN	DR. MED. URS BREITENSTEIN, DR. MED. MARKUS BÜRGE, PROF. DR. MED. JIAN FARHADI, DR. MED. FEDERICA FIORENZA CHIESA, DR. MED. MARCO GEBBERS, PD DR. MED. GÜNTHER GRUBER, PD DR. MED. CHRISTOPH TAUSCH
Di, 5.9.2017 18.30–20.00 Uhr	PSYCHISCHE BELASTUNGEN IN SCHWANGERSCHAFT UND WOCHENBETT	KD DR. MED. BARBARA BASS
Di, 5.9.2017 17.00–21.00 Uhr	GROSSELTERNKURS KOSTEN: CHF 120.- FÜR PAARE, CHF 90.- FÜR EINZELPERSONEN	PFLEGEFACHPERSONAL WOCHENBETT
Di, 26.9.2017 18.30–20.00 Uhr	MINIMALINVASIVE ABLATIONEN BEI VORHOFFLIMMERN	PROF. DR. MED. SACHA P. SALZBERG
Sa, 28.10.2017 9.30–12.30 Uhr	GESUNDHEITS-MATINÉE: SCHLAGANFALL - JEDE MINUTE ZÄHLT	ÄRZTE DES STROKE CENTERS
Di, 24.10.2017 18.30–20.00 Uhr	BRUSTKREBS - VORSORGE, FRÜHERKENNUNG UND BEHANDLUNG	PD DR. MED. CHRISTOPH TAUSCH
Di, 21.11.2017 18.30–20.00 Uhr	HIRSLANDENHEALTH: GESUND AUF REISEN	DR. MED. HENRY PERSCHAK und weitere Referenten
Di, 21.11.2017 17.00–21.00 Uhr	GROSSELTERNKURS KOSTEN: CHF 120.- FÜR PAARE, CHF 90.- FÜR EINZELPERSONEN	PFLEGEFACHPERSONAL WOCHENBETT
Do, 23.11.2017 16.30–18.30 Uhr	MOVEMBER - RUND UM DIE PROSTATA	DR. MED. STEPHAN BAUER
Di, 12.12.2017 18.30–20.00 Uhr	WISSENSWERTES ÜBER DIE LUNGE: FRÜHERKENNUNG VON LUNGENKREBS	DR. MED. KARL KLINGLER

REBALANCE GROUP UND KLINIK HIRSLANDEN

Anmeldung für Vorträge der Rebalance Group: christine.heger@rebalance-group.ch oder 044 210 33 22.

Die Vorträge finden in den Sitzungszimmern auf der Ebene 4 der Klinik Hirsländen statt.

Do, 24.8.2017 19.30–20.30 Uhr	NACHHALTIGE GEWICHTSREDUKTION – KURSVORSTELLUNG	DR. MED. SILVIA PUGLIA, WILLY BISCHOFBERGER
Mi, 6.9.2017 19.30–20.30 Uhr	NACHHALTIGE GEWICHTSREDUKTION – KURSVORSTELLUNG	DR. MED. SILVIA PUGLIA, WILLY BISCHOFBERGER

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.

