



# Neues aus dem Stift

Informationen für niedergelassene Ärzte

## INHALT

- |   |   |   |    |
|---|---|---|----|
| ■ Vorwort .....   | 2 | ■ Pankreaserhaltende Duodenektomie .....                                | 6  |
| ■ Porträt: Dr. Korff Krause,<br>Leiter des Herzkatheterlabors ..... | 2 | ■ Revisionsendoprothetik<br>des Hüftgelenks .....                       | 7  |
| ■ Chest Pain Unit .....   | 3 | ■ Arterielle Rekonstruktion<br>bei beidseitigem Carotisverschluss ..... | 8  |
| ■ Wissenschaftliche Studien<br>im Bereich Kardiologie .....         | 3 | ■ Minimal-invasive Hysterektomie .....                                  | 9  |
| ■ Lungenfunktionsdiagnostik<br>am Krankenbett .....                 | 4 | ■ Ambulante radiologische Behandlung .....                              | 9  |
| ■ ERCP nach Vor-OPs<br>des oberen GI-Traktes .....                  | 5 | ■ PTA bei Stenosen der Viszeralarterien .....                           | 10 |
| ■ Neurostimulationsgerät<br>für die Schilddrüsenchirurgie .....     | 5 | ■ Implantierbare<br>Medikamentenpumpen .....                            | 11 |
|   |   | ■ Selbsthilfegruppen am Krankenhaus .....                               | 12 |

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir können auch in der vierten Ausgabe von „Neues aus dem Stift“ über Neuerungen aus allen Bereichen des KRANKENHAUSES REINBEK berichten, durch die Patienten sicherer, schonender und erfolgreicher behandelt werden können.

Das Führungsteam der Medizinischen Klinik wurde durch Dr. Krause verstärkt, der als Oberarzt das vom Asklepios-Krankenhaus St. Georg (Chefarzt der Kardiologie: Prof. Kuck) betriebene Herzkatheterlabor leitet und seit Anfang dieses Jahres jeweils eine halbe Oberarztstelle in unserem Krankenhaus und der Kardiologischen Abteilung des AK St. Georg begleitet. Diese Regelung sichert eine tägliche Präsenz eines interventionell tätigen Kardiologen in Reinbek und hat die Kooperation beider Krankenhäuser mit neuem Leben erfüllt.

Durch die Einrichtung einer Chest Pain Unit konnte die Notfallversorgung und Überwachung von Patient mit akuten kardiopulmonalen Erkrankungen beschleunigt und verbessert werden.

Neue operative Verfahren wie die Pankreas-erhaltende Duodenektomie, die minimal-invasive Hysterektomie und bestimmte Techniken der Revisionsendoprothetik wurden

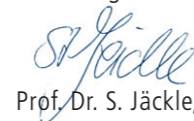
eingeführt und validiert. Die interventionelle Endoskopie und Radiologie konnte weitere Lücken schließen. Auch nach komplexen Voroperationen gelingt durch die Verwendung der Enteroskope in aller Regel eine ERCP selbst nach Roux-Y oder Whipple-OP. Gefäßstenosen auch im viszeralem Bereich können erfolgreich interventionell therapiert werden.

Ein Hauptanliegen bleibt das „schmerzfreie Krankenhaus“. Mit implantierbaren Schmerzpumpen nähern wir uns zunehmend diesem Ziel.

„Neues aus dem Stift“ erscheint mit dieser Ausgabe in einem neuen Gewand – passend zum modernisierten Layout, das Sie zukünftig in allen Online- und Print-Dokumenten des ST. ADOLF-STIFTES wiederfinden werden.

Wir wünschen Ihnen viel Freude bei der Lektüre von „Neues aus dem Stift“ und danken Ihnen für die gute Zusammenarbeit zum Wohle der Patienten.

Mit kollegialen Grüßen



Prof. Dr. S. Jäckle, Ärztlicher Direktor

## Dr. Korff Krause, Leiter des Herzkatheterlabors

P  
O  
R  
T  
R  
Ä  
T



Dr. Korff Krause

Seit 2009 ist Dr. Korff Krause, Oberarzt der Asklepios Klinik St. Georg, Leiter des Herzkatheterlabors des KRANKENHAUSES REINBEK ST. ADOLF-STIFT. Dr. Krause begleitet neben seiner Tätigkeit im AK St. Georg eine Oberarztstelle im Krankenhaus Reinbek, wo er täglich elektive Coronarinterventionen durchführt. Die seit 2001 bestehende Kooperation mit der Kardiologie der Asklepios Klinik St. Georg unter der Leitung von Prof. Dr. Kuck wurde daher durch die tägliche Besetzung über die 24-Stunden-Rufbereitschaft hinaus erweitert.

Dr. Krause absolvierte seine Ausbildung zum Internisten und Kardiologen in der Asklepios Klinik St. Georg unter Prof. Dr. Kuck. Er verfügt u. a. über langjährige Erfahrungen insbesondere in der interventionellen Kardiologie und kardiologischen Notfallversorgung. Wissenschaftlich beschäftigt er sich mit Mapping-Techniken der linken Herzkammer und der Anwendung regenerativer Medizin (u. a. Stammzellen) in der Kardiologie.

Am KRANKENHAUSE REINBEK wird er das Herzkatheterlabor weiter ausbauen.

## Chest Pain Unit

Seit diesem Jahr ist im KRANKENHAUSE REINBEK ST. ADOLF-STIFT eine Chest Pain Unit (CPU) aufgebaut worden. Diese Einheit soll bei akut oder neu aufgetretenem Thoraxschmerz zu einer raschen und zielgerichteten Abklärung und Therapie führen. Dabei wurden Standards entwickelt, die sich nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie richten. Unter anderem wurden Behandlungspfade für ST-Streckenhebungsinfarkte (STEMI), instabile Angina pectoris, hypertensive Entgleisung, akute Lungenembolie, akutes Aortensyndrom, kardiogenen Schock und Reanimation erstellt.

Unabhängigbar für die CPU ist eine ständige Verfügbarkeit eines Herzkatheterlabors mit ständiger Bereitschaft für eine Akut-Intervention (365 Tage über 24 Stunden). Diese ist schon seit 2004 hier im KRANKENHAUSE REINBEK ST. ADOLF-STIFT in Kooperation mit der Asklepios Klinik St. Georg gegeben und wurde daher schon lange umgesetzt, so dass alle Patienten mit STEMI innerhalb von 60 Minu-



Abb. 1: Dr. K. Krause im Herzkatheterlabor

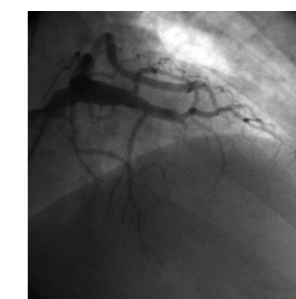


Abb. 2: LAD-Verschluss

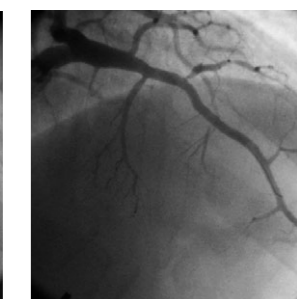


Abb. 3: Rekanalisierte LAD

ten versorgt werden können, einschließlich der Wiedereröffnung des Infarktgefäßes (Abb. 1 und 2).

Die CPU ist mit 8 Überwachungsplätzen und mit einem Zentralmonitoring ausgestattet, die räumlich auf der Station 4 (Aufnahmestation) aufgestellt sind. Unabhängigbar für einen diagnostischen Algorithmus sind 12-Kanal-EKG (innerhalb 10 Minuten nach Aufnahme des Patienten), Monitoranlage mit Rhythmusüberwachung sowie regelmäßige Laborkontrollen und ggf. weiterführende Diagnostik wie Herzechokardiografie, Linksherzkatheter, CT und Oberbauchsonografie. Wichtig ist dabei auch die Kooperation mit den niedergelassenen Kollegen und Notärzten, um eine rasche Diagnostik von der CPU aus einzuleiten. In der Regel wird jetzt schon durch telefonische Ankündigung das Herzkatheter-Team im Vorwege informiert.

Im Rahmen der Etablierung der CPU und dessen Zertifizierung werden auch regelmäßige Schulungen wie Reanimationstraining und Fallkonferenzen durchgeführt.

Dr. K. Krause, Prof. Dr. S. Jäckle

## Wissenschaftliche Studien im Bereich Kardiologie

Fortschritte in der Medizin waren und sind nur möglich durch sorgfältige Prüfung neuer Behandlungsverfahren im Vergleich zu etablierten Methoden (randomisierte Studien). Auch das KRANKENHAUSE REINBEK beteiligt sich an solchen Untersuchungen. Alle Studien, die in unserem Krankenhaus durchgeführt werden, sind von den zuständigen Behörden geprüft, offiziell zugelassen und werden am Patienten erst nach deren sorgfältiger Aufklärung und schriftlichem Einverständnis durchgeführt. In regelmäßi-

gen Abständen werden wir extern kontrolliert und auditiert. Da es absolut notwendig ist, dass diese Tätigkeiten kompetent und sachgerecht durchgeführt werden, steht mit Frau Wagner als Studien-Ärztin und Herrn Schnapp als so genannte „Study-Nurse“ ein eigenes Team nur für diese Forschungstätigkeiten zur Verfügung.

Vorteile der Studien sind nicht nur ein Erkenntnisgewinn für die Allgemeinheit, auch werden Patienten, die →

an Studien teilnehmen, engmaschiger kontrolliert und erhalten Leistungen, die sonst nicht ohne weiteres problemlos zugänglich sind. Ein sofortiger telefonischer oder persönlicher Kontakt zu den untersuchenden Ärzten oder dem zuständigen Oberarzt ist zum Beispiel jederzeit möglich. Außerdem werden unsere Ärzte durch regelmäßige Studientreffen mit der aktuellen Wissenslage konfrontiert und sind auch dadurch stets auf dem neusten Stand.

Auf dem diesjährigen Kongress der amerikanischen Herzrhythmusgesellschaft (Heart Rhythm Society) in Denver/Colorado vom 12.-15. Mai 2010 wurden gleich zwei Studien veröffentlicht, bei denen das **ST. ADOLF-STIFT** federführend beteiligt war.

Es handelt sich zum einen um den Einsatz von Vernakalant, einem Medikament gegen akut aufgetretenes Vorhofflimmern (so genannte AVRO-Studie). Es zeigte sich, dass dieses Medikament akut intravenös verabreicht wirkungsvoller als der bisherigen Standard Amiodaron ist. Die Firma Merck hat daraufhin die Zulassung der Substanz beantragt. Möglicherweise können durch Vernakalant Elektroschockbehandlungen zukünftig vermieden, oder doch wenigstens reduziert werden.

Die zweite in Denver vorgestellte Studie mit Reinbeker Beteiligung ist die CLEAR-Studie (die meisten Patienten, nämlich 21 wurden im **ST. ADOLF-STIFT** eingeschlossen). Ein hämodynamischer Sensor integriert in einem biventrikulären Herzschrittmacher wurde untersucht. Dieser so genannte PEA-Sensor kann die Kontraktionskraft des Herzens messen und daran angepasst den Herzschrittmacher selbstständig individuell hinsichtlich der Überleitungszeiten umprogrammieren.

Die Studie ergab, dass Patienten, deren Herzschrittmacher über diesen Sensor gesteuert wurde, seltener wegen Herzschwäche ins Krankenhaus mussten als die Vergleichsgruppe mit Standard-Programmierung. Die Firma Sorin hat daraufhin ebenfalls die offizielle Zulassung dieses Verfahrens beantragt. Weitere Untersuchungen mit diesem viel versprechenden Prinzip und andere Studien, wie z. B. zu Atemstörungen bei Patienten mit Herzinsuffizienz (SERVE-HF-Studie) in Zusammenarbeit mit Herrn Dr. Hein werden in unserem Hause durchgeführt.

Prof. Dr. H. Nägele

## Lungenfunktionsdiagnostik am Krankenbett



Abb. 1: Lungenfunktionsmessung am Patientenbett

Durch die Neuschaffung dieses tragbaren Lungenfunktionsgerätes werden jetzt auch bei schwerkranken Patienten, die das Bett nicht verlassen können, sowie bei Patienten mit Platzangst problemlos einige wichtige Parameter der Lungenfunktion bestimmbar.

Unter anderem kann sehr genau die FEV1 als Hinweis für die Verengung der Bronchien gemessen und ggf. therapeutisch darauf reagiert werden.

Ein weiterer Vorteil dieses Gerätes ist die Messung der Atemarbeit mit einem Ultraschall-Strömungssensors,

über den der Patient widerstandslos frei atmen kann. Somit tritt weniger Hustenreiz auf und die Untersuchung ist weniger belastend für den Patienten.

L. Schirrow, Prof. Dr. S. Jäckle



Abb. 2: Lungenfunktionsmessung

## ERCP nach Vor-OPs des oberen GI-Traktes

Voroperationen im Bereich des oberen Gastrointestinaltraktes können die Durchführung einer ERCP deutlich erschweren oder sogar gänzlich unmöglich machen. So gelingt nach einer Roux-Y-Rekonstruktion nach Magenteilresektion oder totaler Gastrektomie und nach einer Whipple-OP das Erreichen der Papille nur bei weniger als der Hälfte der Patienten. Auch nach einer Billroth II-Rekonstruktion ist die ERCP i.d.R. deutlich erschwert.

Die Entwicklung neuer Enteroskope, mit deren Hilfe der gesamte Dünndarm untersucht werden kann, erlaubt es jetzt in aller Regel auch bei voroperierten Patienten die Papille zu erreichen und erfolgreich eine ERCP durchzuführen. Über das Prinzip der Ballon-Enteroskopie haben wir in der Ausgabe 1/2009 von „Neues aus dem Stift“

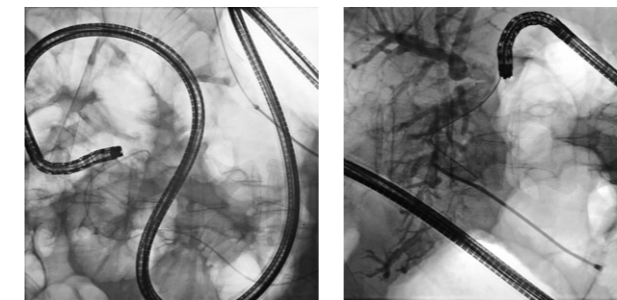


Abb. 1: Passage mit dem Ballonenteroskop durch die gastrojejünale Anastomose bis zur biliodigestiven Anastomose

Abb. 2: ERC mit Hilfe des Ballonenteroskopes

bereits berichtet. Inzwischen ist das Instrumentarium verfügbar, um durch die deutlich längeren Ballon-Enteroskope therapeutische Eingriffe im Bereich des Gallen- und Pankreasgangsystems durchzuführen.

Exemplarisch soll dies anhand einer ERC gezeigt werden, die bei einem 65-jährigen Patienten durchgeführt wurde. Der Patient musste sich 6 Monate vor der ERC wegen eines Pankreaskarzinoms einer palliativen Gastroenterostomie mit Anlage einer biliodigestiven Anastomose unterziehen. Kompliziert war die Anatomie durch eine Fußpunktanastomose. Wie die Abb. 1 zeigt mussten mit dem Ballonenteroskop mehrere lange Schleifen des Jejunum passiert werden, bevor die Papille erreicht wurde. Es gelang dann die ERC (Abb. 2) und schließlich die Therapie der biliodigestiven Anastomosenstenose.

Diese Methode wird seit Anfang dieses Jahres in Reinbek mit Erfolg durchgeführt. Wenn keine hochgradigen Jejunalanstenosen oder fixierten Abknickungen, die z. B. durch eine Peritonealkarzinose oder Adhäsionen verursacht werden können, vorliegen, kann die Papille bei fast 100% aller Patienten erreicht und auch bei schwieriger Anatomie eine ERCP durchgeführt werden.

Dr. J. Stahmer, Dr. C. Duschek, Prof. Dr. S. Jäckle

## Neurostimulationsgerät für die Schilddrüsenchirurgie

Seit ca. 10 Jahren führen wir bei den Schilddrüsenoperationen die Neurostimulation des Nervus recurrens durch. Während das **KRANKENHAUS REINBEK** bei der Einführung des Gerätes noch das erste im norddeutschen Raum war (nach Angabe der Firma), hat diese Methode in der Schilddrüsenchirurgie mittlerweile breite Anerkennung gefunden.

Das Prinzip der Neurostimulation in der Schilddrüsenchirurgie dient der Sicherung des Nervus recurrens, auch der Nervus laryngeus superior kann darüber identifiziert werden. Über eine in der Regel am Tubus platzierte Elektrode wird mittels Elektrostimulation des Nervus vagus oder des Nervus recurrens ein EMG der Stimmbandmuskulatur durchgeführt. So ist es möglich, nicht nur den Nervus re-

currens bzw. den Nervus laryngeus superior zu identifizieren, sondern auch am Ende der Operation zu sichern, ob der Erregungskreislauf bei Stimulation des Nervus vagus über den Nervus recurrens die Stimmbandmuskulatur erreicht und damit die Intaktheit des Nervus recurrens bewiesen ist.

Jetzt verfügen wir über ein neues Gerät, das auch die Gefäßchirurgen bei der Carotisoperation benutzen. Wir können jetzt nicht nur ein entsprechendes akustisches Signal erhalten, sondern die charakteristische Sinuskurve als Zeichen der Erregung der Muskulatur auch schriftlich dokumentieren. Dabei erhalten wir eine bessere Qualität der Dokumentation. ➔

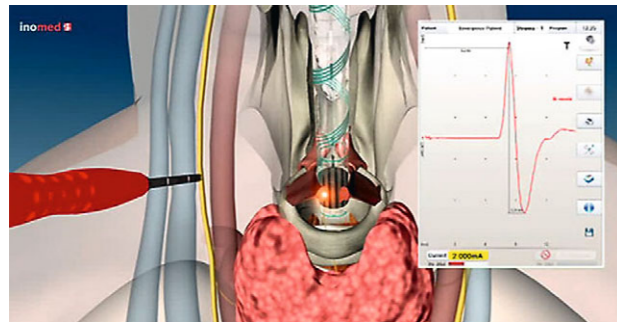


Abb.: Die Funktion des Nervus recurrens wird hier über Elektrostimulation des Nervus vagus getestet. Bei intakten Nerven wird ein EMG der Kehlkopfmuskulatur ausgelöst und durch eine Sinuskurve dargestellt.

Die Darstellung des Nervus recurrens wird in der Schilddrüsenchirurgie immer wichtiger, da vermehrt radikale Eingriffe durchgeführt werden.

Wir haben in den letzten 10 Jahren bei über 1.600 Patienten Schilddrüsenresektionen durchgeführt, wobei wir um ein Mehrfaches über der geforderten Menge für ein Schilddrüsenzentrüm liegen. Dabei haben wir die Neurostimulation regelhaft benutzt. In den letzten 4-5 Jahren hat es eine deutliche Verschiebung von den subtotalen Resektionen zu den radikalen Eingriffen nämlich den Thyreoidektomien und den Hemithyreoidektomien gegeben. War vor 10 Jahren noch die Thyreoidektomie eher die Ausnahme, so ist es jetzt der Regeleingriff.

In den letzten Jahren handelte es sich bei 50 % der Eingriffe um Thyreoidektomien, bei 30 % um Hemithyreoidektomien und nur bei 20 % um andere Verfahren.

Bei allen Eingriffen, bei denen das hintere Blatt der Schilddrüsenfascie eröffnet wird, ist die Darstellung des Nervus recurrens obligat. Mit der Neurostimulation hat man somit ein hervorragendes Mittel zur exakten Identifikation des Nerven. Wir haben damit auch die Rate an bleibenden Recurrensläsionen erfreulich niedrig halten können. Bei einer Nachuntersuchung von 300 Patienten lag die Rate pro „Nerve at risk“ bei unter 1 %.

Eine weitere Besserung der Ergebnisse ist durch die Änderung der chirurgischen Technik zu erreichen. Seit wir Ultraschallscheren und ähnliche Blutstillungsverfahren einsetzen, geht die Rate der Nachblutung gegen Null. Die letzte Nachblutung hatten wir vor 2 Jahren.

Unser besonderer Service: Durch die beiden verantwortlichen Schilddrüsenchirurgen Frau Dr. Bornbusch und Frau Dr. Pawliska werden alle Patienten praeoperativ in der Schilddrüsenprechstunde gesehen, praeoperativ beraten und die sonographische Diagnostik durch eine der beiden durchgeführt. Damit hat der Operateur jeweils die bestmögliche Kenntnis des zu erwartenden Situs.

Unsere Sprechstunde findet jeweils am Montagmittag ab 12.30 Uhr statt. Anmeldung bitte über die Kurzzeitchirurgie, Telefon 040 / 72 80 - 33 33.

Dr. D. Bornbusch, Prof. Dr. T. Strate

## Pankreaserhaltende Duodenektomie

Im Juni 2010 stellte sich eine 49-jährige Patientin in der chirurgischen Abteilung vor, bei der zuvor durch unsere Gastroenterologen ein gut 5 cm großes Papillenadenom (Abbildung) des Duodenums gesichert wurde, welches endoskopisch nicht abtragbar war. In den Biopsaten zeigte sich eine niedriggradige intraepitheliale Neoplasie. Die Patientin war internistisch schwer vorerkrankt und litt nebenbefund-

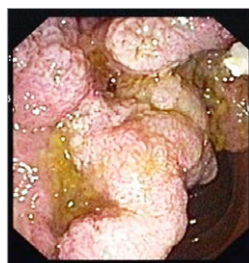


Abb.: Duodenaladenom

lich unter einem Diabetes mellitus Typ II, einem schwer einstellbaren malignen Hypertonus, einem Z. n. akutem Nierenversagen bei nephrotischen Syndrom und Dialysebehandlung, einem Z. n. rechtsführender dekompensierter Herzinsuffizienz bei MI II° und TI II°, einem Z. n. Mediain-sult (embolisch), einer Nierenbeckenabgangsstenose rechts sowie einem inkompletten Wallenberg-Syndrom.

Insgesamt war die Patientin trotz ihres beinahe jugendlichen Alters also in einem deutlich reduzierten Allgemeinzustand, die OP allerdings unumgänglich.

Wir entschlossen uns zu einem organschonenden OP-Verfahren, welches bislang in unserem Krankenhaus nicht zur Anwendung kam: einer pankreaserhaltenden Duodenektomie.

Als Alternativverfahren wäre noch eine reine Papillenresektion mit ggf. Reinsertion des Gallen- bzw. Pankreasganges infrage gekommen, was aber bei der Größe des Adenom nicht möglich war. Eine weitere Alternative wäre eine pyloruserhaltende Whipple-OP gewesen, die bei einer zum Diagnosezeitpunkt gutartigen Erkrankung eine Übertherapie dargestellt hätte.

Das Prinzip der pankreaserhaltenden Duodenektomie ist ein neues OP-Verfahren, das in den Standard-OP-Werken bislang noch keinen Einzug gehalten hat. Es beruht auf der Tatsache, dass sich das Duodenum und der Pankreas-kopf die Blutversorgung teilen, so dass man sowohl eine sehr gute Blutstillung gewährleisten muss, als auch darauf achten muss, dass die Bauchspeicheldrüse bei der Präparation keinen Schaden nimmt. Diese Operation ist erst durch moderne Ultraschalldissektionsinstrumente (z. B. Ligasure oder Ultracision) möglich, die wir beide im ST. ADOLF-STIFT vorhalten.

Die Papille inklusive des intrapankreatischen Anteils inkl. Ductus choledochus und Ductus wirsungianus wird reseziert und anschließend sowohl das postpylorische Duodenum, als auch der intrapankreatische Ductus choledochus

bzw. Ductus wirsungianus in die transmesokolisch hochgezogene erste Jejunalschlinge anastomosiert. Es resultiert eine nahezu identische Anatomie wie präoperativ mit der Möglichkeit, durch die neu geschaffene Papillenregion im Neoduodenum sowohl Gallengang, als auch Pankreasgang endoskopisch zu erreichen.

Postoperativ war der Verlauf chirurgisch unkompliziert. Die Patientin konnte zügig aufgebaut werden; Pankreas- und Gallesekretion waren ohne Beeinträchtigung. Allerdings entwickelte die Patientin einen medikamentös nur äußerst schwer zu beherrschenden malignen Hypertonus, weshalb sie nach abgeschlossenem Kostaufbau noch internistisch weiterbetreut werden musste. Sie konnte dann 4 Wochen postoperativ in die weitere ambulante Behandlung entlassen werden und musste seitdem lediglich hinsichtlich ihres Hypertonus erneut aufgenommen werden.

Indikationen zur pankreaserhaltenden Duodenektomie sind z. B. große duodenale Papillenadenome, wie bei dieser Patientin, aber auch Adenomrasen bei Patienten mit FAP. Der wesentliche Vorteil der OP-Technik ist natürlich, dass die gastrointestinale Passage inklusive der Pylorusfunktion intakt bleibt, da ja „lediglich“ das Duodenum reseziert wird und durch die erste Jejunalschlinge ersetzt wird. Nachteilig ist in erster Linie die schwierige Technik mit potentiell hoher Komplikationsrate (insbesondere Pankreas und Gallefistel).

Prof. Dr. T. Strate

## Revisionsendoprothetik des Hüftgelenks

Bei der Revisionsendoprothetik im Hüftbereich können Destruktionen des Acetabulum in unterschiedlichem Ausmaß erhebliche operationstechnische Probleme für die sichere und belastungsstabile Fixierung eines neuen Pfannenimplantates darstellen. Für diese Problemsituationen stehen Pfannenimplantate mit einer 3-dimensionalen porösen Implantatbeschichtung zur Verfügung (Trabecular Metal Revisionspfannen, Firma Zimmer). Die Kombination dieser Pfannen mit speziellen Augmentationsblöcken und Acetabulum-Schalen bietet vielfältige operative Lösungen auch bei fortgeschrittener Destruktion der Hüftpfanne.

Dr. T. Gienapp

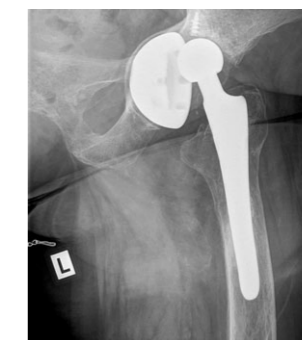


Abb. 1: Gelockerte Pfanne mit Pfannenbodenprotrusion

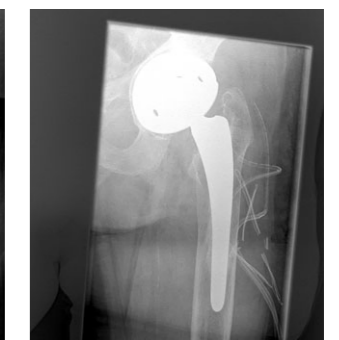


Abb. 2: Implantation einer Trabecular Metal Revisionspfanne

## Arterielle Rekonstruktion bei beidseitigem Carotisverschluss – Kasuistik

Die Thrombendarteriektomie (TEA) mit rekonstruktiver Patchplastik ist bei hochgradiger (mehr als 70 %-iger) asymptomatischer oder symptomatischer Stenose der Arteria carotis interna inzwischen eine Routineoperation geworden.

Wir haben jetzt einen Patienten operiert, der linksseitig vor Jahren bereits einen Schlaganfall erlitten hatte und sehr gut rehabilitiert war. Zusätzlich zu einem langstreckigen Verschluss der Arteria carotis communis links bestand rechtsseitig ein Verschluss der Arteria carotis interna. Vor einer Gefäßoperation in der Beckenetape sollte nun zuerst die supraaortale Minderperfusion verbessert werden.

Die Operation besteht zunächst darin, eine Seit-zu-End Anastomose zwischen Arteria subclavia und einer ringverstärkten Kunststoffprothese herzustellen. Die Prothese

wird dann subkutan nach kranial zur Carotidgabel geleitet. Für die Anastomose zwischen Gefäßprothese und Carotidgabel bestand nun die Forderung, trotz Ausklemmung eine ausreichende Perfusion des Gehirns zu sichern. Dieses haben wir dadurch erreicht, dass wir einen sog. intraluminalen Doppelballonshunt zentral in der Prothese fixiert und diesen Shunt in der Ausstrombahn der ACI platziert haben.

Um diese Konstruktion herum wurde die distale Anastomose an die Carotidgabel genäht.

Operation und Nachbehandlung verliefen ohne Besonderheiten. Der Patient konnte nach wenigen Tagen zu Fuß entlassen werden.

*Dr. G. Schimmel*



Abb. 1: Situs li Halsseite

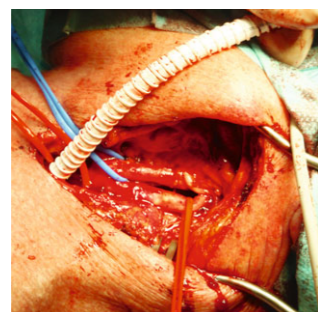


Abb. 2: Prothese an der li A.subclavia bereits angeschlossen, liegt neben der Carotidgabel

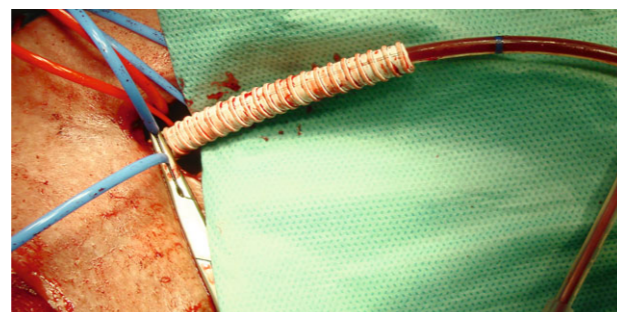


Abb. 3: In die Prothese wird nach zentral ein intraluminaler Shunt eingeführt

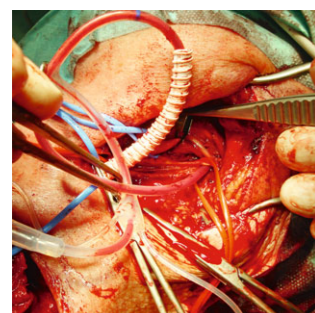


Abb. 4: Einleiten des Shunts nach peripher in die Art. carotis interna



Abb. 5: Beide Anastomosen sind fertig



Abb. 6: Situs 11 Tage postoperativ

## Minimal-invasive Hysterektomie

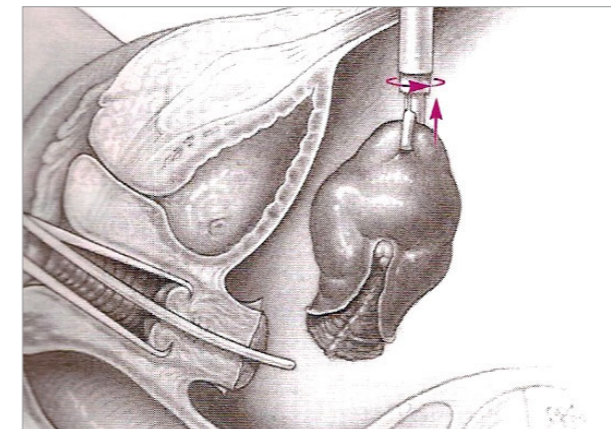


Abb.: Laparoskopische Hysterektomie nach Uteruszerkleinerung

Die Frauenklinik hat ihr operatives Spektrum erweitert. Seit Anfang des Jahres 2010 werden minimal-invasive Gebärmutterentfernungen durchgeführt. Bei der laparoskopischen supracervikalen Hysterektomie (LASH) wird der Gebärmutterkörper entfernt, der Gebärmutterhals bleibt erhalten.

Der Uterus wird im Bauchraum mit einem Morcelliergerät zerkleinert und dann durch einen Arbeitstrokare aus dem Bauchraum entfernt.

Vorteile für die Patientinnen sind die kurze Verweildauer bei geringen postoperativen Beschwerden.

Indikationen sind gutartige Tumore an der Gebärmutter wie z. B. Myome und therapieresistente Blutungsstörungen.

Die Patientin muss motiviert sein, langfristig und regelmäßig die übliche Krebsvorsorge durchführen zu lassen.

Durch eine großzügige Spende des Vereins der Freunde und Förderer des **ST. ADOLF-STIFTS** konnte das Spezial-Instrumentarium angeschafft werden.

*Dr. K. Schirmacher*

## Ambulante Operationen und vorstationäre Behandlung in der Radiologie

Die Gesetzgebung gestattet im Rahmen der §§ 115a und 115b SGB V (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, „Die gesetzliche Krankenversicherung“) die Durchführung bestimmter Untersuchungen und Behandlungen im Krankenhaus, ohne dass die Patienten stationär aufgenommen werden müssen.

Im §115a SGB-V („vor- und nachstationäre Behandlung“) ist geregelt, dass die Krankenhäuser bei Verordnung von Krankenhausbehandlung in geeigneten Fällen die Notwendigkeit einer stationären Behandlung klären oder diese vorbereiten können. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens 5 Tage vor der stationären Aufnahme begrenzt.

Im §115b SGB-V („ambulante Operationen“) ist geregelt, dass die Krankenhäuser bei Vorliegen einer Überweisung ambulante Untersuchungen und Behandlungen

durchführen können, wenn sie im „Katalog der ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Leistungen“ aufgeführt werden.

In beiden Fällen werden die Untersuchungen und Behandlungen des Krankenhauses direkt von den Krankenkassen bezahlt.

In der Radiologie kann dementsprechend vorstationäre bildgebende Diagnostik zur Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung oder zur Vorbereitung einer stationären Behandlung durchgeführt werden. Sinnvoll ist dies insbesondere bei speziellen Fragestellungen, die mit einer aufwendigen Bildanalyse einhergehen.

Zum anderen können auch Untersuchungen im Sinne des ambulanten Operierens erfolgen, genannt seien hier die direkte Angiographie und die Phlebographie. ➔

Wenn kein relevantes Komplikationsrisiko besteht, können auch Biopsien vorstationär (Knochen, Niere, Leber...) durchgeführt werden. In diesen Fällen – wie auch bei ambulanten Angiographien – erfolgt eine 4-6 stündige Überwachung und ggf. nach abschließender sonografischer Kontrolle die Entlassung.

Anmeldung und Organisation erfolgen durch das Sekretariat der Radiologie (Telefon 040 / 72 80 - 36 00). Die Pa-

tienten können für vorstationäre Fragestellungen mit einer Verordnung von Krankenhausbehandlung („Krankenhauseinweisung“), bzw. für die DSA und die Phlebografie mit einer Überweisung („ambulante Operation“) vorgestellt werden.

Dr. J. Scherlitz, Prof. Dr. G. Krupski-Berdiel, Prof. Dr. T. Strate

## Perkutane transluminale Angioplastie bei Stenosen der Viszeralarterien

Seltene Manifestationsorte einer Arterienstenose sind die Viszeralarterien. Neben der fibromuskulären Dysplasie bei jüngeren Menschen, die insbesondere an den Nierenarterien auftreten, ist die klassische Arteriosklerose Ursache der Einengungen. Prädilektionsort für symptomatische Engen ist im Abdomen die A. mesenterica superior. Diese Stenose imponiert als Claudicatio abdominalis. Einengungen des Truncus coeliacus sind selbst bei vollständigen Verschlüssen wegen der exzellenten Kollateralisation über die A. gastroduodenalis und die Bühler'sche Arcade aus dem 1. Mesenterialast klinisch fast nie bei offener AMS relevant; auch hier führt erst eine Stenose der AMS zur Symptomatik (wie im Beispielfall). Eine externe Kompression durch Raumforderungen und die sehr seltene funktionelle Einengung durch atypische Muskelzüge muss ausgeschlossen werden.

Bei Vorliegen der typischen postprandial akzentuierten abdominalen Schmerzsymptomatik und begleitender Gewichtsabnahme besteht bei Stenosen von 70 % und mehr die Indikation zur Revaskularisation. Mit dem heute ver-

fügbarem Material ist Methode der Wahl die PTA. Diese sollte bei regelhaft steilem Abgang der AMS aus der Aorta mit einem transbrachialen Zugang angestrebt werden, da von cranial kommend die AMS problemlos sondierbar und Stenosen meist sehr gut passierbar sind, wie die folgende Kasiuistik zeigt.

Eine 72-jährige Patientin klagte über krampfartige Abdominalschmerzen ca. 30 min. postprandial und anschließende Durchfälle seit mehr als einem halben Jahr. Die Patientin hatte massiv Gewicht verloren und war kachektisch. Doppelsonographisch fand sich eine Stenose der prox. AMS mit typischem Jet und Flussbeschleunigung. Wir führten eine CTA durch, die den Befund der arteriosklerotischen AMS-Stenose bestätigte. Die 70 %-ige Stenose der AMS konnte mit einem auf 18 mm ballonexpandierbaren Stent problemlos revaskularisiert werden. Die Beschwerdesymptomatik besserte sich zügig und die Patientin hat im weiteren Verlauf deutlich an Gewicht zunehmen können.

Prof. Dr. G. Krupski-Berdiel, Prof. Dr. T. Strate

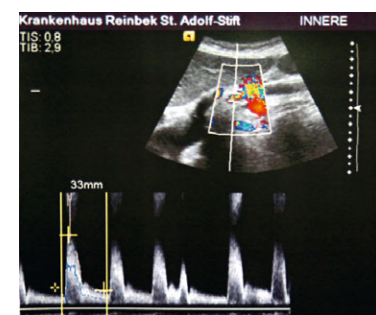


Abb. 1: Dopplersonographischer Befund der AMS-Stenose

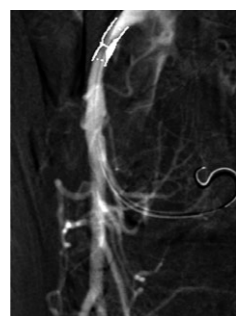


Abb. 2: Angiographische Darstellung der AMS-Stenose

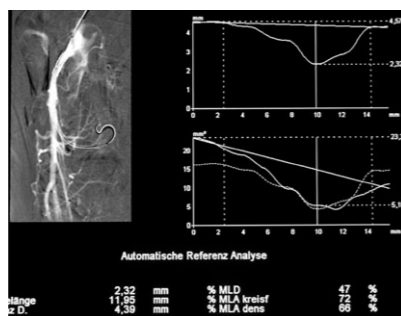


Abb. 3: Ausmessen der 70 %-igen AMS-Stenose



Abb. 4: Vollständige Revaskularisation der AMS nach Stentapplikation

## Implantierbare Medikamentenpumpen

Im Rahmen des Ausbaus der schmerztherapeutischen Angebote, bietet das KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT ein hoch spezielles Therapieverfahren aus dem Bereich der speziellen interventionellen Schmerztherapie an.

Hierbei handelt es sich um die Implantation von Pumpensystemen (s. Abb.) zur dauerhaften Verabreichung von Schmerzmitteln (Morphin) in den Intrathekalraum.

Die direkte Applikation von Opioiden in den Spinalraum (intrathekal) hat folgende Vorteile:

- Effektive Schmerzkontrolle durch hohe lokale Medikamentenkonzentration am Wirkort der Rezeptoren im Rückenmark.
- Geringere Nebenwirkungen durch Dosisreduktion im Vergleich mit der p.o., s.l. oder transdermalen Opioidapplikation.
- Obwohl mit einem kleinen Eingriff verbunden, handelt es sich um ein neuromodulatives, reversibles Verfahren. Es werden keine Nervenstrukturen zerstört und zu jeder Zeit ist, mit Entfernung des Systems, der ursprüngliche Zustand wiederherstellbar.

Dieses invasive Verfahren ist nicht als first line Therapie zu sehen. Vielmehr kommt es für ausgewählte Patienten unterschiedlicher, insbesondere muskulo-skelettaler, chroni-

scher Schmerzsyndrome in Betracht. Ein wesentlicher Indikationspunkt ist hierbei das Versagen einer konservativen Therapie und/oder begleitende unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen, die für manche Patienten nicht tolerabel sind.



©Codman

Auch extreme Tumorschmerzsyndrome, die mit der üblichen analgetischen Einstellung nicht zu beherrschen sind, kommen in Frage.

Studien belegen in vielen Indikationsbereichen eine deutliche Schmerzreduktion (> 50%), die Reduktion oder Verzicht zusätzlicher

Analgetika und eine Zunahme der Lebensqualität unserer Patienten. Bevor ein Pumpensystem implantiert wird, erfolgt eine kurze stationäre Testphase. Hierbei wird ein Katheter in den Spinalraum (intrathekal) eingebracht und für wenige Tage nach außen abgeleitet. Mit einer von außen verbundenen Pumpe kann die Wirksamkeit des Verfahrens getestet und die geeignete Dosis für die kontinuierliche Infusion ermittelt werden. Detailliertere Auskünfte oder eine Patientenvorstellung kann über die Schmerzambulanz (Oberarzt G. Lankenau) der Abteilung für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie unter der Telefonnummer 040 / 72 80 - 35 00 (Sekretariat) erfolgen.

G. Lankenau, PD Dr. T. Krause

# Selbsthilfegruppen am KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT

## Anonyme Alkoholiker

**Treffen:** jeden Dienstag, 18:30 Uhr

**Ort:** Wartezimmer Endoskopie/Kardiologie, 1. Etage  
(das Treffen findet im Rahmen eines Informations-Meeting für Patienten statt, die Fragen haben zu Möglichkeiten, wie man vom „Trinken loskommt“)

**Kontakt:** Telefon 040 / 722 78 85 (Wolfgang)  
E-Mail wolfgangreinbek@email.de  
Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e. V.  
Am Burgweg 2, 21465 Wentorf  
Telefon 040 / 720 17 24  
(montags - freitags 19:00 - 21:00 Uhr)

## Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf/Reinbek

**Treffen:** den Veranstaltungsplan entnehmen Sie bitte der Homepage: [www.schlaf-portal.de](http://www.schlaf-portal.de)

**Ort:** entnehmen Sie bitte dem Veranstaltungsplan

**Kontakt:** Ansprechpartner:  
Steffen Schumacher  
Husumer Straße 44, 21465 Reinbek  
Telefon 040 / 722 25 53  
Mobil 0176 / 48 69 02 87  
0176 / 48 69 02 88  
E-Mail [steffenschumacher@alice-dsl.de](mailto:steffenschumacher@alice-dsl.de)  
Internet [www.schlaf-portal.de](http://www.schlaf-portal.de)

## CED-Selbsthilfegruppe (Chronisch entzündliche Darmerkrankungen)

**Treffen:** jeden 1. Mittwoch im Monat, 19:30 Uhr

**Ort:** Wartezimmer Endoskopie/Kardiologie, 1. Etage

**Kontakt:** E-Mail [reinbek@shg-dccv.de](mailto:reinbek@shg-dccv.de)

## "... so fern und doch so nah" Gruppe trauernder Eltern kleiner Kinder

**Treffen:** am 2. Dienstag eines geraden Monats, 19:30 Uhr

**Ort:** in der Elternschule (2. Etage, gegenüber dem Sekretariat der Frauenklinik)

**Kontakt:** Dr. Agnes Fuhlendorf (Ltd. Oberärztin Frauenklinik)  
E-Mail [agnes.fuhlendorf@krankenhaus-reinbek.de](mailto:agnes.fuhlendorf@krankenhaus-reinbek.de)  
Sekretariat Frauenklinik  
Telefon 040 / 72 80 - 35 00

KRANKENHAUS REINBEK  
ST. ADOLF-STIFT



Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Hamburg

## Impressum

Herausgeber: KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT  
Hamburger Straße 41, 21465 Reinbek, Telefon 040 / 72 80 - 0

Verantwortlich: Prof. Dr. S. Jäckle, Prof. Dr. T. Strate

[www.krankenhaus-reinbek.de](http://www.krankenhaus-reinbek.de)