



Inhalt

Prof. Dr. Strate Chefarzt der Chirurgischen Klinik	2
Etablierung der Leberchirurgie im St. Adolf-Stift: Vorstellung Oberarzt Dr. Hillert	2
Drahtmarkierte thorakoskopische Metastasektomie	3
Organerhaltende Pankreaschirurgie (Duodenum erhaltende Pankreas Kopf- resektion) bei chronischer Pankreatitis	4
Gefäßtag 2008	4
Neue Entwicklungen in der Elektrotherapie des Herzens: Cardiale Kontraktilitäts- modulationen (CCM)	5
Single-Ballon-Enteroskopie	5
Transjugulärer portosystemischer Shunt (TIPS) auch am Krankenhaus Reinbek	6
Perkutane Aortenstentgrafts bei abdominellen Aortenaneurysmata durch interventionelle Radiologie	6
Knieendoprothetik	7
Ballonkyphoplastie	7
Besseres Überleben nach Herzstillstand durch AutoPulse®	8

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Neues aus dem Stift“ – mit dieser Zeitschrift werden wir Sie, unsere geschätzten Kolleginnen und Kollegen aus dem niedergelassenen Bereich, zweimal jährlich über personelle und apparative Neuerungen in unserem Krankenhaus informieren. Wir beschränken uns ganz bewusst auf Methoden, die bereits in unserem Hause soweit etabliert und evaluiert wurden, dass sie aus voller Überzeugung angeboten werden können. Verfahren, die erst geplant oder sich noch in der Erprobung befinden, bleiben unerwähnt.

Dieses Jahr war bestimmt durch den Wechsel des Chefarztes der Chirurgischen Klinik. Mit Herrn Prof. Eggert verließ uns ein außergewöhnlich fähiger Chirurg, hervorragender Arzt und vor allen hoch geschätzter Kollege in den wohlverdienten Ruhestand. Nachfolger wurde unser Wunschkandidat Herr Prof. Strate, der als Experte für die laparoskopische aber auch „große“ Tumorchirurgie weit überregional einen exzellenten Ruf genießt. Erwartungsgemäß konnte schon innerhalb weniger Monate das Spektrum der Chirurgie erweitert und, wie in 2 Beiträgen erwähnt, die Pankreaschirurgie und minimal invasive Lungenchirurgie ausgebaut werden.

Seit dem 01. Januar 2009 wurde das Team der Chirurgischen Klinik durch den renommierten Leberchirurgen Dr. Hillert verstärkt, so dass auch die Leber ganz in den Mittelpunkt des Interesses rückt.

Wir danken Ihnen für die gute Zusammenarbeit und wünschen uns, mit dieser Zeitschrift den Dialog zu vertiefen. Anregungen und Kritik sind jederzeit willkommen.

Mit kollegialen Grüßen

*Prof. Dr. S. Jäckle
Arztlicher Direktor*

Prof. Dr. Strate Chefarzt der Chirurgischen Klinik



*Prof. Dr. med. Tim Strate,
Chefarzt der Chirurgischen Klinik,
St. Adolf Stift*

Herr Professor Dr. Tim Strate hat seit dem 1. August 2008 meine Nachfolge als Chefarzt der Chirurgischen Klinik angetreten. Er übernimmt die Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie.

Herr Professor Strate war zuletzt mehrere Jahre als Oberarzt am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf tätig. Sein Spezialgebiet ist die Minimal-Invasive Chirurgie: „Im Bauch kennt er sich aus“. Er ist ein ausgewiesener Fachmann in der onkologischen Chirurgie insbesondere bei Erkrankungen des Gallensystems, Speiseröhre, Magen, Pankreas, Colon und Rektum. Er besitzt die Zusatzbezeichnungen „Viszeralchirurgie“ und „Thoraxchirurgie“ und erweitert das bisherige Spektrum durch thoraxchirurgische Eingriffe (z. B. thorakoskopische Metastasenresektion, formelle Laparenresektionen und Thymektomie), sowie durch organerhaltende, auf den Patienten maßgeschneiderte Resektionsverfahren bei chronischer

Pankreatitis (z. B. Duodenum-erhaltende Pankreaskopfresektion). Ansonsten wird er die Klinik mit dem bekannten Spektrum – Hernienzentrum Reinbek, Schilddrüsenchirurgie, Proktologie, usw. – so weiterführen und weiter entwickeln, wie wir es in den letzten 2 Jahrzehnten durch die gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Ihnen als niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen konnten.

Ich freue mich sehr, einen fachlich und menschlich so hervorragenden Kollegen als Nachfolger zu haben.

Professor Dr. med. Albrecht Eggert

Etablierung der Leberchirurgie im St. Adolf-Stift: Vorstellung Oberarzt Dr. Hillert



*Dr. med. Christian Hillert,
Oberarzt der Chirurgischen Klinik,
St. Adolf Stift*

Herr Dr. Christian Hillert ist seit dem 1. Januar 2009 neuer Oberarzt in der Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie. Der renommierte Leberchirurg war zuletzt mehrere Jahre Oberarzt in der Klinik für Hepatobiliäre Chirurgie und Viszerale Transplantation am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Sein Spezialgebiet ist die Chirurgie der Leber und der Gallenwege. Er ist ein ausgewiesener Fachmann insbesondere in der onkologischen Chirurgie von Lebermetastasen und primären Lebertumoren wie dem Hepatocellulärem Carcinom und Cholangio-Carcinom. Er beherrscht alle Techniken der modernen Leberchirurgie inklusive der laparoskopischen Leberresektion und der Radiofrequenzablation, so dass auch große Lebereingriffe sicher durchgeführt werden können. Er besitzt zudem die Zusatzbezeichnung „Viszeralchirurgie“ und verfügt über ein breites Spektrum an allgemeinchirurgischen Operationen.

Herr Dr. Christian Hillert ist seit dem 1. Januar 2009 neuer Oberarzt in der Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie. Der renommierte Leberchirurg war zuletzt mehrere Jahre Oberarzt in der Klinik für Hepatobiliäre Chirurgie und Viszerale Transplantation am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Sein Spezialgebiet ist die Chirurgie der Leber und der Gallenwege. Er ist ein ausgewiesener Fachmann insbesondere in der onkologischen Chirurgie von Lebermetastasen und primären Lebertumoren wie dem Hepatocellulärem Carcinom und Cholangio-Carcinom. Er beherrscht alle Techniken der modernen Leberchirurgie inklusive der laparoskopischen Leberresektion und der Radiofrequenzablation, so dass auch große Lebereingriffe sicher durchgeführt werden können. Er besitzt zudem die Zusatzbezeichnung „Viszeralchirurgie“ und verfügt über ein breites Spektrum an allgemeinchirurgischen Operationen.



*CUSA Leberparenchydissektionsgerät
(Neuanschaffung am 1. Januar 2009)*

Herr Dr. Hillert wird mit seiner Expertise das Feld der großen onkologischen Chirurgie abrunden und die Leberchirurgie in Reinbek etablieren.

Dazu wurden die modernsten Geräte zur schonenden und sicheren Leberoperation angeschafft (siehe Abbildung) und eine spezielle Sprechstunde eingerichtet (montags 15.00 Uhr-17.00 Uhr). Unterstützt wird er durch die hervorragenden radiologischen Interventi-

onsfähigkeiten von Herrn Professor Krupski-Berdien sowie die enge Zusammenarbeit mit der endoskopischen Abteilung von Herrn Professor Jäckle.

Ich freue mich sehr, diesen versierten Kollegen für meine Abteilung gewonnen zu haben.

Professor Dr. med. Tim Strate

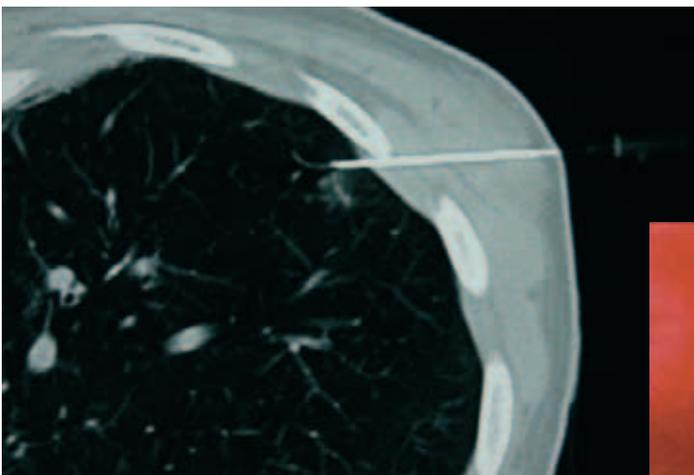
Drahtmarkierte thorakoskopische Metastasektomie

Erstmals sind im St. Adolf Stift 3 minimal-invasive Metastasektomien der Lunge vorgenommen worden. Bislang war die Thorakoskopie bei Metastasen dadurch limitiert, dass kleine Lungenherde während der Thorakoskopie nicht sichtbar waren, wenn sie nicht unmittelbar an der Oberfläche gelegen waren. Durch ein Hybridverfahren, welches Herr Professor Strate mit Herrn Professor Krupski-Berdien in unserem Hause etabliert hat, ist es nun mög-

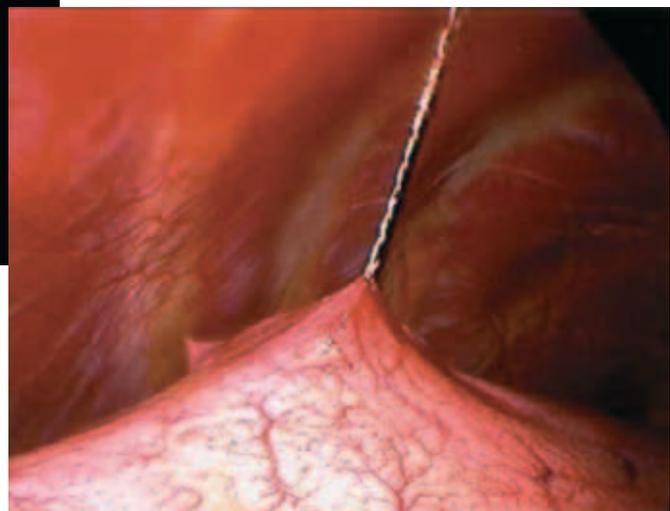
lich, den betreffenden Herd unmittelbar vor der Operation während der Computertomographie durch einen feinen Draht zu markieren. Dieser Draht ist bei der nachfolgenden Thorakoskopie bei zusammengefallener Lunge sichtbar, so dass der Chirurg dann drahtgesteuert den Tumorherd „blind“ durch Setzen von Klammernähten entfernen kann.

Der Patient hat in der Regel für 24 Stunden 2 Thoraxdrainagen liegen,

die dann am ersten postoperativen Tag gezogen werden können, sofern kein Luftleck vorhanden ist. Anschließend geht der Patient nach 2-3 Tagen mit 3 kleinen Inzisionen an der Thoraxwand (ca. 1 cm im Durchmesser) schmerzarm nach Hause und ggf. in die ambulante onkologische Weiterbehandlung. Dadurch kann eine komplette Eröffnung der Thoraxhöhle durch Thorakotomie auch bei kleinen Befunden vermieden werden.



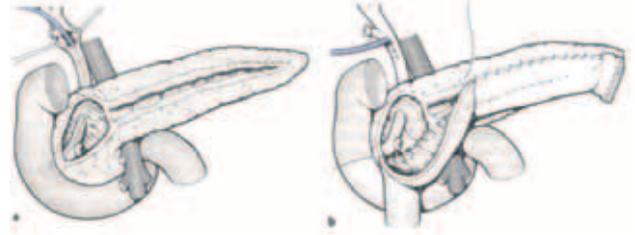
CT gesteuerte Drahtmarkierung eines subpleuralen Lungenrundherdes



Thorakoskopischer Blick auf die Drahtmarkierung vor der Resektion

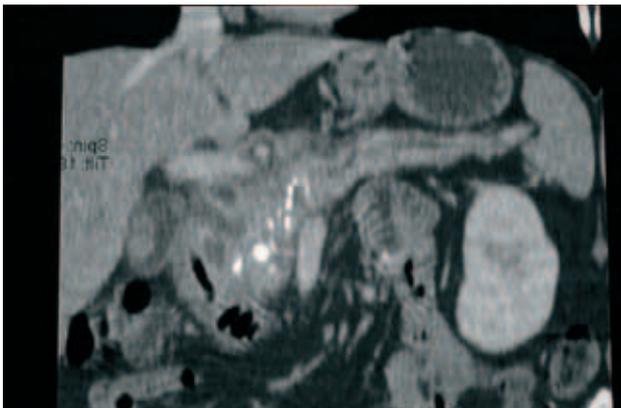
Organerhaltende Pankreaschirurgie (Duodenum erhaltende Pankreaskopfresektion) bei chronischer Pankreatitis

Ebenfalls neu im St. Adolf Stift sind organerhaltende Pankreasresektionsverfahren bei Patienten mit chronischer Pankreatitis. Hierbei wird der Pankreaskopf, der als Schrittmacher der Erkrankung gilt, ausgeschält und je nach vorliegender Pathologie zusätzlich eine Gangschlitzung im verbleibenden Corpus/Cauda Bereich vorgenommen. Zur Anwendung kam diese Methode bislang bei 4 Patienten, die unter einer langjährigen chronischen Pankreatitis litten, welche in 3 Fällen mit einer Choledochusstenose einherging. Wichtigste Indikation zur OP ist neben der Choledochusstenose aber der lang andauernde Verlauf der Erkrankung und die begleitenden chronischen Schmerzen. Durch dieses



- a. Duodenum erhaltende Resektion und Pankreasgängeröffnung, Freilegung des intrapankreatischen Gallenganges zur Dekompression bei Choledochusstenose
- b. Rekonstruktion mittels latero-lateraler Pankreato-Jejunostomie

Aus Praxis der Viszeralchirurgie: Gastroenterologische Chirurgie (Siewert, Harder, Rothmund) Springer 2002: Seite 835



CT mit Verkalkungen im Pankreaskopf-Corpus

schonende Operationsverfahren können die Patienten in der Regel in ca. 80% dauerhaft von den Schmerzen befreit werden. Gleichzeitig gelingt auch eine Kontrolle der extrapankreatischen Komplikationen wie Duodenalstenose und Choledochusstenose. Die Vorteile liegen auf der Hand: Als alleinige Alternative kommt die Whipple'sche Operation in Frage, welche die Mitnahme der Gallenwege und zumindest des Duodenum (evtl. auch Magenteil) beinhaltet und dadurch mittelfristig durch eine geringere Lebensqualität gekennzeichnet ist.

Literatur: Strate et al., Gastroenterology, 2008, 134: 1406

Gefäßtag 2008

Im Rahmen des Gefäßtages wurde am 04. Oktober 2008 offiziell das Gefäßzentrum des Krankenhauses eröffnet.

In einer wöchentlich stattfindenden Gefäßsprechstunde, an der Gefäßchirurgen, interventionell tätige Radiologen und Internisten/Kardiologen teilnehmen, werden alle gefäßmedizinischen Probleme interdisziplinär erörtert.



Das OP-Team der Gefäßchirurgischen Abteilung (Chefarzt Dr. Schimmel)

Neue Entwicklungen in der Elektrotherapie des Herzens: Cardiale Kontraktilitätsmodulationen (CCM)

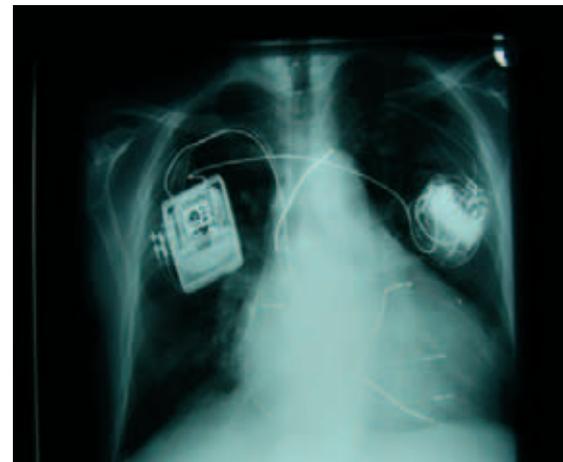
Cardiale Kontraktilitätsmodulatoren (CCM)

Das CCM-System kann bei Herzinsuffizienz eingesetzt werden, wenn alle anderen Verfahren keinen Erfolg bringen. Durch Einbringung dieser speziellen Stimulationsysteme kann eine Steigerung der Pumpkraft des Herzens erzielt werden. Es werden energiereiche Signale an der Herzscheidewand appliziert, welche den Stoffwechsel des Herzmuskels anregen können.

Im Reinbeker St. Adolf-Stift wurden im Jahr 2008 zwanzig so genannte CCM-Systeme durch PD Dr. Nägele implantiert. Das Adolf-Stift ist das einzige Zentrum in Norddeutschland, welches dieses Verfahren anwendet.

Die Ergebnisse dieser Methode wurde bereits mehrfach auf internationalen Kongressen vorgestellt.

Literatur: Nägele, Behrens, Eisermann (2008) Cardiac contractility modulation in nonresponders to cardiac resynchronization therapy. Europace Sep



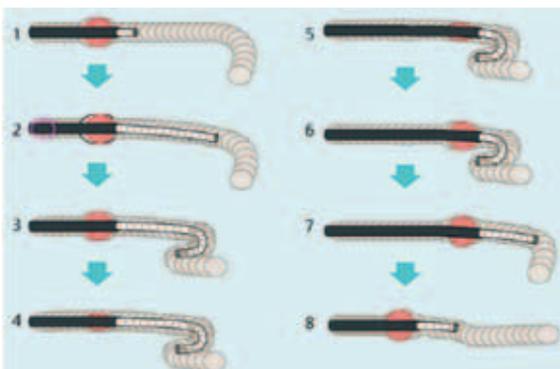
links CCM-Stimulator, rechts biventrikulärer Defibrillator

Single-Ballon-Enteroskopie

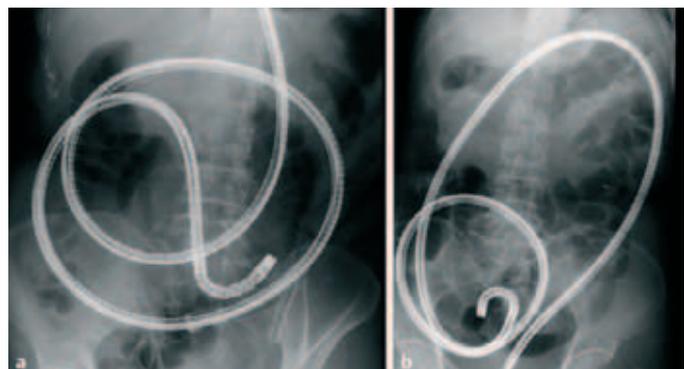
Diagnose und Behandlungen von Erkrankungen des Dünndarms gehören zu den größten Herausforderungen der modernen Endoskopie. Seitdem die Kapselendoskopie es ermöglicht, den gesamten Dünndarm einzusehen, liegt das Bestreben darin, die detektierten Läsionen zu diagnostizieren und zu behandeln. Die Kapselendoskopie als kosten- und zeitintensive Methode hat sich bei uns mit mehr als 100 durchgeführten Untersuchungen als ein etabliertes diagnostisches Verfahren bei Erkrankungen des Dünndarms bewährt. Als Verfahren der Wahl zur histologischen Sicherung von Erkrankungen, die mittels der Kap-

selendoskopie gesehen wurden, und zur möglichen Therapie (z. B. Polypenabtragung, Argon Beamer Koagulation oder Bougierung) steht jetzt die Single-Ballon-Enteroskopie zur Verfügung. Das System der Single-Ballon-Enteroskopie setzt sich aus einem hochauflösendem Videodoskop, welches den Durchmesser eines konventionellen Gastroskops und eine Länge von 200 cm hat, und einem Übertubus mit Ballon und einer Länge von 140 cm zusammen. Wie bei anderen endoskopischen Eingriffen wird die Untersuchung unter Sedierung z.B. mit Dormicum und Propofol und nicht unter Vollnarkose durchge-

führt. Wie schematisch dargestellt wird das Endoskop soweit wie möglich in den Dünndarm vorgeschoben. Das distale Ende des Endoskops wird anguliert und dadurch an der Stelle im Dünndarm gehalten. Der Ballon des danach vorgeschobenen Übertubus wird gefüllt und findet ebenfalls Halt im Dünndarm. Daraufhin wird der Übertubus zurückgezogen und die proximal des Ballon liegenden Dünndarmanteile werden zieharmonikaartig zusammengezogen. Gleichzeitig kann das Endoskop vorgeschoben werden, um weiter distal liegende Abschnitte zu erreichen.



Single-Ballon-Enteroskopie: Schema

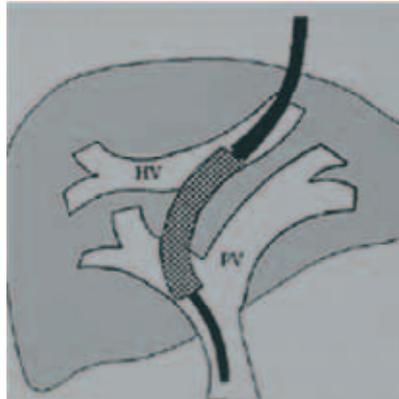


Single-Ballon-Enteroskopie: Abdomen-Röntgen

Transjugulärer portosystemischer Shunt (TIPS) auch am Krankenhaus Reinbek

Zu den häufigeren Komplikationen einer portalen Hypertension (bei z.B. Leberzirrhose) zählt neben der ösophagoastralen Varikosis die Aszitesbildung und das hepatorenale Syndrom. Beide können, wenn sie einer konservativ-medikamentösen Therapie gegenüber refraktär sind, durch die Anlage eines portosystemischen Shunts gut behandelt werden. Methode der Wahl ist heute eine interventionell-radiologische TIPS-Anlage.

Auch am Krankenhaus Reinbek wird dieser Eingriff inzwischen routinemäßig von Prof. Krupski-Berdi und Mitarbeitern durchgeführt.



Schematische und „in situ“-Darstellung eines TIPS

Perkutane Aortenstentgrafts bei abdominellen Aortenaneurysmata durch interventionelle Radiologie

Die Behandlung von abdominellen Aortenaneurysmata umfasst heute sowohl die offenen Operation mit Protheseneinlage als auch die minimal-invasive Ausschaltung mittels endovaskulärem Stentgraft. Letzte-

rer wurde bislang nach operativer Freilegung in den Leisten und meist in Vollnarkose eingebracht. Zur weiteren Reduktion der Invasivität des Eingriffs bei den oft älteren und multimorbiden Patienten werden

Aorten-Stentgrafts zunehmend rein perkutan und u.U. nur in Lokalanästhesie implantiert. Hierbei erfolgt zunächst eine Punktion in die Arteria femoralis analog zur Angiographie mit Aufdehnung des Zuganges. Nach der Applikation des Stentgrafts wird dann der Zugang mittels kleiner Gefäßnaht via Spezialkatheter verschlossen. Spätestens am Folgetag kann der Patient dann mobilisiert werden.



a) Angiographische Darstellung des Aneurysmas und b) Nachdilatation des perkutan implantierten Stentgrafts



Situs nach beidseitigem Zugang i.R. der perkutanen Stentgraft-Einlage

Knieendoprothetik

Das Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift hat auch im Jahre 2008 die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemäß der Mindestmengenvereinbarung des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erforderliche Mindestmenge in der Knie-Endoprothetik mehr als erfüllt. Auch im Jahre 2009 kann die Abteilung

Unfallchirurgie/Orthopädie (Chefarzt Dr. Gienapp) Gelenkersatzoperationen mit einem hochwertigen, differenzierten Implantate-Angebot (Schlittenprothese, ungekoppelte oder gekoppelte Endoprothese, modulare Revisionsprothese für Wechseloperationen mit Knochensubstanzdefekten) nach den individuellen Patientenbedürfnissen durchführen. Eine spezielle postoperative Schmerztherapie, intensive Physiotherapie und Nutzung des Bewegungsbades gewährleisten einen hohen postoperativen Behandlungsstandard.



Fortgeschrittene Gonarthrose



Ungekoppelte Oberflächen-Endoprothese



Ballonkyphoplastie

Zur minimal-invasiven Therapie der behandlungsbedürftigen Wirbelfrakturen des älteren Patienten stehen zwei Methoden der internen Stabilisierung mittels Knochenzement zur Verfügung. Bei der Vertebroplastie wird relativ niedrig viskoses Knochenzement transpediculär ohne Vorbereitung einer präformierten Höhle in den Wirbelkörper eingedrückt. Bei der Ballonkyphoplastie wird durch einen im Wirbelkörper entfalteten Ballon eine signifi-

kante Verbesserung der Wirbelkörperdeformierung erzielt. Der präformierte Hohlraum wird nachfolgend mit hoch viskösem Knochenzement ausgefüllt.

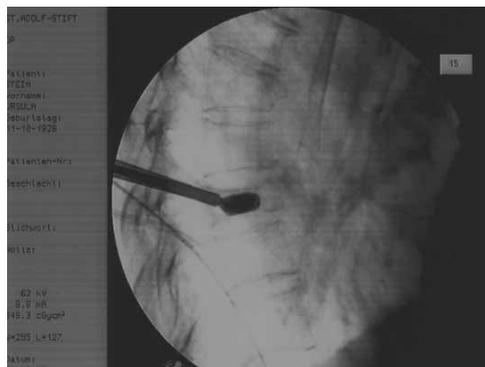
Im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift wird die **Ballonkyphoplastie** favorisiert. Unter den Aspekten der signifikanten Wiederherstellung der Wirbelkörperhöhe, Verringerung der kyphotischen Fehlstellung, anhaltende Funktionsverbesserung des Patienten und langfristige Wie-

derherstellung der Wirbelkörperhöhe sowie einer verringerten Komplikationsrate wurden tendenziell bessere Behandlungsergebnisse als bei der Vertebroplastie erzielt. Es wurden bislang 25 Ballonkyphoplastien durchgeführt. Die Komplikationsrate lag bei 0 %.

Die Patienten können am ersten postoperativen Tag beschwerdearm das Bett verlassen und ihre Wirbelsäule voll belasten.



Kompressionsbruch eines Wirbelkörpers



Intraoperative Kontrolle der Zementfüllung



Aufgerichteter, stabilisierter Wirbelkörper

Besseres Überleben nach Herzstillstand durch AutoPulse®

Der plötzliche Herzstillstand ist eine gefürchtete Komplikation bei Patienten mit Erkrankungen des Herz-Kreislauf Systems. Ein modernes Gerät zur mechanischen Unterstützung der Herz-Druckmassage (AutoPuls®) wurde durch die freundliche finanzielle Förderung des Vereins der Freude und Förderer des

Krankenhauses Reinbek St. Adolf-Stift im Sommer 2008 auf der Intensivstation in Betrieb genommen. Durch dessen Einsatz ist es nun möglich, sowohl die Überlebenschancen als auch die Lebensqualität von Patienten nach einem plötzlichen Herzstillstand deutlich zu verbessern.



Impressum

Herausgeber: Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift
Hamburger Straße 41 · 21465 Reinbek · Tel. 040/7280-0
Internet: www.krankenhaus-reinbek.de
Verantwortlich: Prof. Dr. S. Jäckle, Prof. Dr. T. Strate

