

# Kleiner Schnitt mit großer Wirkung

*Die Fortschritte  
der Schlüsselloch-  
Chirurgie*

**Hüfte, Schulter, Knie & Co**  
Orthopädische Eingriffe mittels  
Schlüsselloch-Chirurgie

**Schilddrüsen-Operationen:**  
Spitzenmediziner beantwortet  
die wichtigsten Fragen

**Aktuell: rascher genesen**  
nach Darm-OP's

**Gefäßerkrankungen:**  
Fachärzte arbeiten  
interdisziplinär zusammen



Liebe Leserin, lieber Leser!

# Inhalt



Wussten Sie, dass seit über 40 Jahren Hüften implantiert werden?

In Österreich sind es übrigens jährlich rund 15.000. Wer hätte sich das vorstellen können: seit kurzem ist es sogar möglich, bei gewissen Voraussetzungen Hüftimplantate mittels „Schlüsselloch“-Chirurgie (minimal invasive Chirurgie) einzusetzen. Die Vorteile für den Patienten liegen auf der Hand: kurzer Spitalsaufenthalt, weniger Schmerzen, schnelle Mobilisation und rasche Rückführung in den Lebensalltag. Das Evangelische Krankenhaus Wien ist mit diesem neuen OP-Verfahren wieder einmal am neuesten Stand der Chirurgie, und Vorreiter für viele andere Spitäler. Allerdings wäre es unfair in diesem Zusammenhang nur über die Orthopädie zu berichten. Diese Ausgabe bietet Ihnen einen Ausschnitt aus der medizinischen Palette an chirurgischen Eingriffen, die sich mittels der „Kleinen-Schnitte-Technik“ gut eignen. Hier erfahren Sie allerdings auch, wo die Spitzenmediziner die Grenzen sehen und wo der konventionellen Methode der Vorzug gegeben wird.

Viel Spaß beim Lesen

Claudia Pekatschek

**IMPRESSUM:**  
**Herausgeber:**  
 Evangelisches Krankenhaus Wien  
 Hans-Sachs-Gasse 10-12, 1180 Wien  
 Tel.: 01/404 22-503  
**Redaktion:** Claudia Pekatschek, Karin Hönig-Robier  
**Fotos:** Evangelisches Krankenhaus, Grösel, Siemens Medizintechnik, Plus Endoprothetik GmbH  
**Grafik:** Grösel  
**Produktion:** Druckservice Angelika Duchkowitzsch GmbH

<b>Medizinische Qualität – Wir sind die Nummer 1</b> <i>So sieht uns die Öffentlichkeit</i>	<b>3</b>
<b>Auf sanftem Weg zur neuen Hüfte</b> <i>Neu: Implantate mittels Schlüsselloch-Chirurgie</i>	<b>4-5</b>
<b>Schlüsselloch-Chirurgie: Immer noch Expertensache</b> <i>Drei Spitzenmediziner im Interview</i>	<b>6-7</b>
<b>Auf die leichte Schulter genommen?</b> <i>OA Dr. Sabine Junk-Jantsch über eine neuartige Schulterprothese</i>	<b>8</b>
<b>Schenkelhalsbruch – schnell wieder mobil!</b> <i>OA Dr. Nikolaus Pongracz unterstützt frühe Mobilitätsmaßnahmen</i>	<b>9</b>
<b>Wenn jeder Schritt im Knie schmerzt</b> <i>OA Dr. Dieter Kroppej: Hilfe bei schmerzhaften Knorpelverletzungen</i>	<b>10</b>
<b>Kein Kreuz mit dem Kreuz!</b> <i>OA Dr. Michael Nicolakis: Neue Bandscheiben-OP gegen Lähmung</i>	<b>11</b>
<b>Was tun, wenn kein Schuh mehr passt?</b> <i>OA Dr. Ronald Koppelent rät zu einer schonenden OP</i>	<b>12-13</b>
<b>Wenn Wegstrecken immer länger werden</b> <i>Gefäßverschluss was nun? Zwei Experten im Gespräch</i>	<b>14-15</b>
<b>Wer braucht schon Krampfadern?</b> <i>Neuer Laser ermöglicht schonende und erfolgreiche Behandlung</i>	<b>16-17</b>
<b>7 Fragen zur Schilddrüse</b> <i>Prof. Dr. Feil nimmt Stellung zu den wichtigsten Fragen</i>	<b>18-19</b>
<b>Wenn Narben plötzlich wieder schmerzen</b> <i>Prof. Dr. Feil über die Gefahren eines Narbenbruchs</i>	<b>20-21</b>
<b>Endometriose – Endlich wieder schmerzfrei</b> <i>Das verbreitete Frauenleiden muss rechtzeitig diagnostiziert werden</i>	<b>22-23</b>
<b>Brustkrebsverdacht – Rasche Klärung durch modernste Diagnose</b> <i>Nicht immer muss gleich operiert werden</i>	<b>24-25</b>
<b>Kreuzbandriss ohne Spätfolgen</b> <i>OA Dr. Benno Zifko stellt eine neuartige Operationstechnik vor</i>	<b>26-27</b>
<b>Rascher wieder auf die Beine!</b> <i>OA Dr. Peter Jiru über ein innovatives Operationskonzept</i>	<b>28-29</b>
<b>Abteilungs-Visite – Neues und Wissenswertes</b>	<b>30</b>
<b>Kleines Medizin ABC</b>	<b>31</b>

## Medizinische Qualität: Wir sind die Nummer 1!



### Eine aktuelle Studie reiht das Evangelische Krankenhaus vor alle anderen Wiener Privatspitäler

Ein bisschen stolz dürfen wir auf dieses Ergebnis schon sein: wie eine kürzlich vom Institut für angewandte Tiefenpsychologie (IFAT) durchgeführte Untersuchung ergab, wird dem Evangelischen Krankenhaus die höchste medizinische Qualität unter den Wiener Privatspitälern attestiert. Befragt wurden dazu rund 500 Personen in den Wiener Bezirken 1-9, 18 und 19.

#### Die wichtigsten Resultate:

- Das Evangelische Krankenhaus wird gefühlsmäßig von 62 % der Befragten im Vergleich zu anderen privaten Krankenhäusern als eher besser eingestuft, und zwar insbesondere von Frauen sowie von Personen über 60 Jahren.

- Als deutlich überlegen zeichnet uns die Studie in puncto Ansehen aus. Hier werden wir insbesondere von der Gruppe der 46-60-Jährigen, sowie bei über 60-Jährigen weit vor allen anderen Privatspitälern gereiht, und zwar unabhängig davon, ob man hier schon als Patient war.

- Qualität ist zum unbestrittenen Markenzeichen unseres Hauses geworden: die Mehrheit der Befragten verbindet den Begriff „Medizinische Qualität“ eher mit dem Evangelischen Krankenhaus als mit anderen Privatspitälern. Vor allem im Bereich der Orthopädie werden wir als weit überlegen eingestuft. Ein schönes Lob für das hoch engagierte Team rund um Univ.-Prof. Dr. Gerald Pflüger!

- Ebenfalls motivierend: Unsere Leistungen im Bereich Chirurgie und Neurologie werden von den Befragten sehr hoch eingeschätzt. Einerseits darf hierzu dem bewährten Chirurgenteam und dem seit Mai 2004 neu etablierten Abteilungsvorstand Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Feil gratuliert werden, andererseits der medizinischen Leiterin der Neurologie Univ.-Prof. Dr. Eva Maida und ihrer hoch qualifizierten Ärzte- und Pflegecrew.

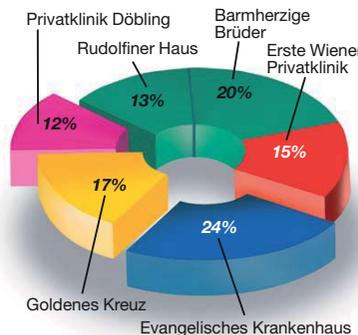
Neben den Bereichen Orthopädie, Chirurgie und Neurologie darf nicht unerwähnt bleiben, dass es durch das Top-Service des Internisten-Teams,

unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Erich Neumann erst möglich war, ein derart positives Ranking zu erzielen.

Insgesamt beweisen die Ergebnisse, dass wir als bekanntes Abteilungs- und Belegspital nicht nur mit höchst qualifizierten Ärzten kooperieren, sondern generell ein fachlich anerkanntes wie menschlich geschätztes Mitarbeiterteam rekrutiert haben.

Die Resultate dieser Studie motivieren das gesamte E.K.H.-Team, den eingeschlagenen Weg konsequent weiter zu verfolgen und die uns anvertrauten Menschen mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln bestens zu betreuen. Denn eines ist klar: wir wollen die Nummer 1 bleiben!

### Medizinische Qualität



# Auf sanftem Weg zur neuen Hüfte: Hüftgelenksprothese durchs „Schlüsselloch“ – Ja, wenn alle Voraussetzungen stimmen!



**Ein Beitrag von  
Prim. Univ.-Prof.  
Dr. Gerald Pflüger**

Kein anderes Thema hat die Orthopädie der letzten 30 Jahre stärker revolutioniert als das künstliche Gelenk. Menschen jeden Alters, denen weder Medikamente, noch physikalische Therapien oder Gelenk erhaltende Operationen helfen konnten, haben durch den Einsatz von Gelenksprothesen sehr viel an Lebensqualität wiedererlangt. Wir können heute 10-15 Jahre nach dem Einsatz von Hüft- und Kniegelenksprothesen mit einer Erfolgsquote von 95-100 % rechnen. Der Grundsatz, im Evangelischen Krankenhaus nur qualitativ höchstwertige Implantatsysteme mit langer Lebensdauer zu verwenden, hat sich in allen orthopädischen Bereichen erfolgreich bewährt.

## 4 Punkte müssen erfüllt sein:

Speziell beim Hüftgelenkersatz war es schon immer oberstes Ziel, eine bewährte, verlässliche Gelenksprothese möglichst schonend einzubringen, um dem Patienten schnell wieder seine gewohnte Mobilität zurückzugeben. Die minimal-invasive Operationstechnik, also durch kleinere Schnitte und unter größtmöglicher Schonung der Weichteile zum Gelenk vorzudringen, ist somit eine wichtige Weiterentwicklung. Allerdings sollte die Anwendung der Schlüsselloch-Chirurgie bei der Hüftgelenksprothese an vier wichtige Voraussetzungen geknüpft sein.

1. an die Verfügbarkeit hochwertiger Instrumente und Patientenlagerung
2. an die Verfügbarkeit moderner Navigationsgeräte für Problemfälle
3. an die Verfügbarkeit hochwertiger, für den minimal-invasiven Zugang geeigneter Implantatsysteme mit langer Lebensdauer, sowie
4. aufgrund des Schwierigkeitsgrades einer Hüftoperation, auch an den größtmöglichen Erfahrungsschatz des Chirurgeteams.

## Der Unterschied zur konventionellen Methode

Was bedeutet nun eigentlich minimal-invasiv und worin liegt der Unterschied zur konventionellen Operationsmethode? Wo liegt der Vorteil für mich? Dies sind die Fragen, welche sich jeder Patient berechtigterweise stellt.

Bei der seit Jahren bestens bewährten, konventionellen Operationstechnik wurde von seitlich oder rückwärts mittels mindestens 15 cm langen Schnitts zum Hüftgelenk zugegangen. Um dahin vorzudringen, haben wir so sparsam und schonend wie nur möglich Teile von Muskelansätzen gelöst. Damit erzielt man nach wie vor exzellente Ergebnisse.

Die minimal-invasive Methode setzt den in der Regel nur mehr 7-10 cm großen Schnitt idealerweise von seitlich-vorne oder von vorne an. Durch den Muskel schonenden Zugang ist die operative Traumatisierung des Patienten gering, die Weichteilheilung erfolgt schneller und die Rehabilitation wird für den Patienten einfacher. Er hat kaum Schmerzen, ist dadurch sehr rasch wieder mobilisierbar und kann üblicherweise innerhalb weniger Tage wieder hinkfrei gehen.

Auch wer nach der klassischen Methode operiert wurde bzw. wird, kann und muss sogar am ersten Tag nach der Operation wieder aufstehen. Auch hier hält sich der vorübergehende Wundschmerz in Grenzen und ist zumeist deutlich geringer als der

hartnäckige Hüftschmerz, den der Patient vor dem Eingriff erleiden musste.

## Wovon die Wahl des Zugangswegs noch abhängt

Zusätzlich zu den schon erwähnten Voraussetzungen, die jedes Kompetenzzentrum als Maßstab für die minimal-invasive Methode beherzigen sollte, hängt die Wahl des operativen Zugangswegs natürlich vom individuellen Zustand des Patienten ab:

- Das Alter hat keinen Einfluss auf die Entscheidung zur Operation oder auf die Wahl des Zugangs; auch über 90-Jährigen konnten wir schon sehr erfolgreich ein neues Hüftgelenk einsetzen.
- Ein wichtiges Thema ist nach wie vor die sofortige Belastbarkeit des operierten Gelenks. Es kann daher nur im Einzelfall entschieden werden, welcher Operationsmethode der Vortritt zu geben ist.
- Einfluss auf die Art des operativen Zugangs haben beträchtliche Fehlstellungen im Gelenksbereich, Längendifferenzen, angeborene Hüftluxationen oder extreme Fettleibigkeit. In all diesen Fällen wird man sich für die klassische Operationstechnik entscheiden.



## Entscheidend ist die Lebensqualität danach

Vertrauen Sie als Betroffener auf die Erfahrung Ihres Chirurgen: nur dieser kann im Einzelfall, nach sorgfältigem Abwägen beider Methoden gegen-



einander, einen maximalen Langzeiterfolg in puncto Lebensqualität gewährleisten. Und auf die kommt es letztlich – nicht nur bei neuen Hüftgelenken – an!

## Was bedeutet eigentlich „minimal-invasiv“?

Wörtlich übersetzt bedeutet es: „So wenig eindringend wie möglich.“ Konkret gemeint ist damit ein flächemäßig möglichst kleiner Zugangsweg zum Operationsgebiet. Das kann entweder durch einen besonders kleinen Schnitt oder durch einige winzige Öffnungen (arthroskopische oder endoskopische Operationsmethode) geschehen.

## Der Vorteil für den Patienten:

Muskeln und Sehnen können zumeist an ihrem Platz bleiben, müssen also nicht von den Ansätzen gelöst werden. Dadurch sind die post-operativen Schmerzen geringer und die Heilung verläuft insgesamt rascher. Um das Operationsgebiet optimal auszuleuchten bzw. eine ausreichende Übersicht zu haben, wurden entsprechende Instrumente und Lichtquellen entwickelt.

## Wichtig:

Minimal-invasiv ermöglicht kurzfristig eine raschere Heilung und Mobilisierung; das Endergebnis ist aber bei der

konservativen und der minimal-invasiven Methode gleich gut! Die Bezeichnung „minimal-invasiv“ bezieht sich nur auf die Zugangsweise und nicht auf den zu operierenden Körperteil selbst.

## Service-Info für Sie:

*Prim. Univ.-Prof. Dr. Gerald Pflüger  
Facharzt für Orthopädie und  
Orthopädische Chirurgie  
Leiter der Orthopädie am  
Evangelischen Krankenhaus  
Tel.: 01/40 422-4012*

*Ordination:  
Tel.: 01/47 92 979*

# Schlüsselloch-Chirurgie: Immer noch Expertensache!

2-3 Stiche am Knie für einen Meniskus ... , 4 kleine Einstiche in die Bauchhöhle, um ein Stück Darm zu entfernen ... Ein nur 7-10 cm langer Schnitt, um ein neues Knie- oder Hüftgelenk einzusetzen ...

Was vor Jahren noch utopisch anmutete, zählt heute an spezialisierten Kompetenzzentren wie dem Evangelischen Krankenhaus - Wien längst zum medizinischen Standard: Die so genannte minimal-invasive Chirurgie, im Volksmund oft als „Schlüsselloch-Chirurgie“ tituliert. Nicht ganz zu Unrecht, schließlich sind die Öffnungen, durch die sich der Operateur an die zu behandelnde Stelle herantastet, oft wirklich nicht viel größer als das zitierte Schlüsselloch. Unter Zuhilfenahme von Fernsehkameras (Chip-kameras) als auch von hoch entwickelten Instrumenten und Optiken ist z.B. in der Orthopädie diese Technik enorm weiterentwickelt worden. Das Kniegelenk ist sowohl in der Meniskus- und Knorpel-, als auch in der Bendersatzchirurgie das mit Abstand am häufigsten versorgte Gelenk.

Was so einfach nachvollziehbar klingt, bedarf allerdings zweier ganz wesentlicher Voraussetzungen: das Vorhandensein modernster Medizintechnik sowie ein Höchstmaß an fachlicher Spezialisierung. Minimal-invasive Eingriffe sind nach wie vor Expertensache und funktionieren am besten dort, wo Fachärzte verschiedener Richtungen – Chirurgen, Orthopäden und Anästhesisten – ihr gebündeltes Know-How bereichsübergreifend zum Wohl des Patienten einbringen können. Genau auf eine perfekte Kooperation dieser Art ist das Evangelische Krankenhaus-Wien spezialisiert.

Wie sieht es nun in der Praxis aus? Zahlreiche Operationen lassen sich heute schon per schonendem, minimal-invasivem Eingriff durchführen, wie die auf den Folgeseiten geschilderten Beispiele zeigen. Wo aber sind die Grenzen der „Schlüsselloch-Chirurgie?“

## Wir befragten dazu:

- **den ärztlichen Leiter:** Prim. Univ.-Prof. Dr. Gerald Pflüger (Orthopädie),
- **den Vorstand der Chirurgie:** Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Feil, sowie
- **den Vorstand der Anästhesie u. Intensivmedizin:** Prim. Dr. Franz-Xaver Neiger

## WIRUS:

**Minimal-invasive Eingriffe haben in vielen Bereichen der Orthopädie erfolgreich Einzug gehalten. Speziell bei Hüftoperationen sollte aber sehr sorgfältig zwischen der konventionellen Operationsmethode und der „Schlüsselloch-Chirurgie“ abgewogen werden. Aus welchem Grund?**

## Prim. Univ.-Prof. Dr. Pflüger:

„Der Zug der minimal-invasiven Chirurgie ist voll im Laufen und auf einem guten Weg. Das wichtigste Kriterium ist aber nach wie vor die sofortige Belastbarkeit des Hüftgelenkes. Je nach individueller Ausgangslage des Patienten prüfen wir daher sehr genau, welcher Operationsmethode der Vortritt zu geben ist.“

## WIRUS:

**Welche Rolle spielt dabei das Alter des Patienten?**

## Prim. Univ.-Prof. Dr. Pflüger:

Wie unsere Erfahrung der letzten 20 Jahre bestätigt, können Patienten jeden Alters mittels konventioneller Methode sehr erfolgreich operiert werden. Für den minimal-invasiven Zugang beim älteren Menschen spricht einerseits die damit verbundene, raschere Mobilisierungsmöglichkeit sowie das reduzierte Risiko einer Narbenentzündung. Andererseits gibt es Patienten, bei denen uns – egal, ob es sich um ein orthopädisches, chirurgisches oder

gynäkologisches Problem handelt – eine unnötige Verlängerung der Operationszeit zugunsten des minimal-invasiven Zuganges nicht gerechtfertigt erscheint.

## WIRUS:

**Wann trifft dies beispielsweise zu?**

## Prim. Univ.-Prof. Dr. Feil:

In der Chirurgie zum Beispiel bei Krebserkrankungen. Große Tumoroperationen, etwa bei Bauchspeicheldrüsenkrebs, Magen- oder Leberkrebs werden auch weiterhin über einen Bauchschnitt durchgeführt. Das sehr häufig auftretende Dickdarmkarzinom kann in vielen Fällen „durchs Schlüsselloch“ operiert werden. Besonders ältere und auch dicke Patienten profitieren von der schonenden, minimal-invasiven Methode in der Bauchchirurgie: die gerade bei älteren und dicken Patienten gefährdeten Komplikationen des großen Schnitts wie zum Beispiel bei Darmverschluss, schwere Wundinfektionen, Lungenentzündung, Lungenembolie und ein späterer Narbenbruch können vermieden werden.

## Prim. Univ.-Prof. Dr. Pflüger:

Letzteres kann auch für uns Orthopäden ein Grund sein, die konventionelle Operationsmethode zu wählen. Davon abgesehen nehmen wir vor allem bei beträchtlichen Fehlstellungen im Gelenkbereich, Längendifferenzen, oder angeborenen Hüftluxationen Abstand von einem minimal-invasiven Eingriff.

## Prim. Dr. Neiger:

Bei allgemein-chirurgischen Eingriffen ist die Vollnarkose das Verfahren der Wahl, bei orthopädischen Eingriffen der Extremitäten meist die Regionalanästhesie. Bei Patienten mit schweren Herz-/Lungenerkrankungen kann es in einzelnen Fällen zu erheblichen Belastungen kommen; unter Umständen muss der Umstieg auf eine konventionelle

OP-Methode in Betracht gezogen werden.

## WIRUS:

**Sie machen sich also die Entscheidung über die jeweilige Operationsmethode nicht leicht ...**

## Prim. Univ.-Prof. Dr. Feil:

Nein, keineswegs. Bei uns geht jeder einzelnen Operation eine profunde kritisch-abwägende Evaluierung voraus. Abgesehen davon sollten alle minimal-invasiven Eingriffe, wie etwa an Darm und Speiseröhre, nur in darauf spezialisierten Kompetenzzentren von erfahrenen Experten durchgeführt werden.

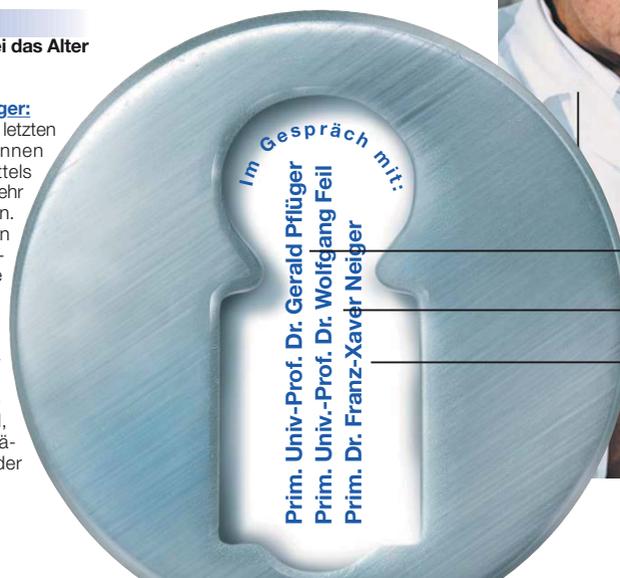
## Prim. Dr. Neiger:

Abklärung vor der Operation und die

damit verbundene Risikoabschätzung, als auch der Einsatz modernster Überwachungsgeräte und nicht zuletzt die ständige Anwesenheit des Narkosearztes während der Operation, garantieren in unserem Haus die maximale Sicherheit für den Patienten.

## Prim. Univ.-Prof. Dr. Pflüger:

Ganz entscheidend für den Erfolg minimal-invasiver Eingriffe ist die perfekte Kooperation von erfahrenen, hoch spezialisierten Fachärzten unterschiedlicher Richtungen. Eine ganz zentrale Rolle spielt dabei zweifellos der Narkosearzt. Hier, im Evangelischen Krankenhaus - Wien sind wir flexibel genug, um fachübergreifend zum Wohl der uns anvertrauten Patienten zu arbeiten.



# Auf die leichte Schulter genommen? Neue „maßgeschneiderte“ Prothese bringt wieder Freude an der Bewegung.



**Ein Beitrag von  
OA Dr. Sabine  
Junk-Jantsch**

Auch Schultern kommen in die Jahre! Schwere, mit starken Schmerzen verbundene Gelenksabnützungen können die Folge eines Unfalls oder einer rheumatischen Erkrankung sein. In vielen Fällen ist die Ursache nicht mehr nachvollziehbar.

Während die Implantation einer künstlichen Hüfte schon längst keiner außergewöhnlichen Entschlusskraft seitens des Patienten bedarf, ist dies beim künstlichen Schultergelenk bei weitem nicht so. Einer der Gründe liegt darin, dass vom Hüftgelenk ausgehende Schmerzen, die praktisch bei jedem Schritt spürbar werden, einfach belastender sind als Schulterschmerzen. Gehen müssen wir, schmerzende Armbewegungen können wir jedoch vermeiden.

## **Eingriff mit Langzeitlösung**

Natürlich können Bewegungs- und Belastungsschmerzen im Schultergelenk sowie spätere Ruheschmerzen durch Medikamente, Injektionen und physikalische Therapien vorerst gelindert werden; leider nicht auf Dauer. Eine effiziente Langzeit-Lösung erzielen wir mit einer neuen, anatomisch passenden Schulterprothese, die von österreichischen Orthopäden gemeinsam mit einer Schweizer, einer amerikanischen und einer Klinik in Großbritannien entwickelt wurde. Da federführend bei der Mitentwicklung, verfügen wir im Evangelischen Krankenhaus daher bereits über ausreichende Erfahrungen im optimalen Anpassen der Prothese.

Die Implantation einer Schulterprothese ist grundsätzlich ein relativ kurzer und wenig belastender Eingriff. Die Operation wird unter Vollnarkose durchgeführt, der Aufenthalt im Spital beträgt 4-10 Tage. Eine wochenlange Ruhigstellung des Armes und mühsame Nachbehandlungen (postoperative Therapien) erübrigen sich, wenn rechtzeitig operiert wird.

## **Neue Prothese: Funktioniert wie die eigene Schulter**

Das so genannte PROMOS Schulter-system ermöglicht erstmals ein exaktes Nachvollziehen der tatsächlich vorgegebenen Gelenksituation. Basierend auf unserer jahrzehntelangen Erfahrung mit Hüftprothesen wurde für den Schaft aus Titan dasselbe Verankerungsprinzip gewählt und durch das Anpassen der Köpfe an die ursprüngliche Anatomie des Gelenks wird eine ungestörte Roll-Gleit-Bewegung erreicht. Das Ergebnis ist damit einzigartig und innovativ: der Patient erhält eine seiner Anatomie optimal angepasste Schulterprothese. Damit lassen sich nicht nur viele Bewegungen des Alltags wieder schmerzfrei und entspannt durchführen, auch schlaflose Nächte mit stechenden Schulterschmerzen gehören der Vergangenheit an. Viele Patienten sind geradezu verblüfft, was sie alles wieder mit ihrem Arm anfangen können!

## **Wichtig: Rechtzeitig implantieren!**

Vorraussetzung für den Erfolg ist, dass der Eingriff rechtzeitig vorgenommen wird!

Die beste Prothese kann keine optimale Leistung erbringen, wenn Muskeln und Sehnen bereits weitgehend geschädigt sind und so das Implantat nicht mehr führen und bewegen können. Aber auch in diesem fortgeschrittenen Stadium können wir helfen: Für solche Fälle stehen Implantate zur Verfügung, die zwar eine Verringerung der Schmerzen und eine Verbesserung der Beweglichkeit ermöglichen, jedoch den Kraftverlust nicht mehr ausgleichen können.

## **Service-Info für Sie:**

**OA Dr. Junk-Jantsch**

**Ordination:  
Tel.: 01/50 53 581**

# Schenkelhalsbruch: Schnell wieder mobil!



**Ein Beitrag von  
OA Dr. Nikolaus  
Pongracz**

Auch heute noch gilt er als Schreckgespenst: Der allseits bekannte, sogenannte Schenkelhalsbruch. Unbestrittene Tatsache ist, dass es sich dabei um eine durchaus ernste Verletzung handelt, vor allem wenn der betroffene Patient über 75 Jahre alt ist. Zumeist passiert's in den eigenen vier Wänden: Man stürzt und es ist niemand vorhanden, der für sofortige Hilfe und Einlieferung in ein Krankenhaus sorgt. Die Folgen: Flüssigkeitsverlust, Austrocknung und Verminderung des Blutflusses mit allen gefährlichen Folgezuständen wie Thrombosen und Embolien.

Aus diesem Grund sollte der gestürzte Patient, selbst wenn noch keine sichere Diagnose möglich ist, auf kürzestem Weg durch die Rettung in ein Krankenhaus gebracht werden, wo die entsprechende Behandlung des Kreislaufes mittels Infusionen, Flüssigkeitszufuhr und Schmerzlinderung erfolgt. Meist wird der Patient von der Rettung in eine Unfallabteilung eingeliefert. Das Evangelische Krankenhaus ist auf Hüftchirurgie spezialisiert, sodaß auch hüftnahe Brüche nach Rücksprache mit dem diensthabenden Oberarzt versorgt werden können.

## **Schonender Eingriff – rasche Mobilisierung**

Heutzutage steht eine Vielzahl von Methoden zur Stabilisierung einer Schenkelhalsfraktur zur Verfügung. Dabei können sowohl Schrauben, Nägel, Teilprothesen oder Vollprothesen des Gelenkes Verwendung finden. Der operative Eingriff wird auf möglichst gewebeschonende Art vorgenommen und die Narbe so klein wie möglich gehalten, um spätere Risiken wie Narbenentzündungen weitgehend zu reduzieren.

Im Evangelischen Krankenhaus legen wir besonders großen Wert auf eine möglichst schnelle Mobilität des Patienten. Die rasche Bewegungsaufnahme, natürlich mit Unterstützung von Krankenpflegepersonal und Therapeuten, bringt nicht nur Kreislauf und Darmtätigkeit in Schwung, sondern beugt auch Thrombosen und Embolien vor. Die Dauer des Spitalsaufenthaltes variiert von einer Woche bis zu 14 Tagen, wobei in vielen Fällen eine anschließende Rehabilitationsbehandlung in einer Kuranstalt nötig und angebracht ist.



## **Service-Info für Sie:**

**OA Dr. Nikolaus Pongracz**

**Ordination:  
Tel.: 01/31 02 533**

# Wenn jeder Schritt im Knie schmerzt ... kann ein Knorpelschaden vorliegen.



Ein Beitrag von **OA Dr. Dieter Kropej**

Bei unfallbedingten Knieverletzungen prominenter Sportler/innen wird üblicherweise in aller Ausführlichkeit über Bänderrisse und deren Rekonstruktion berichtet. Die viel schwerer wiegenden Blessuren, nämlich Verletzungen an den Knorpeln, bleiben leider oft unerwähnt.

Gerade Knorpelverletzungen, aber auch degenerative, sprich: durch Abnutzung bedingte Veränderungen des Knorpels, verursachen besonders intensive Schmerzen, die zu einer ständigen, starken Beeinträchtigung des Gehvermögens führen können. Häufig sind wir in der Orthopädie auch mit älteren Knorpelverletzungen konfrontiert, die man bei fehlgeschlagener konservativer Therapie – z.B. Knorpel-aufbaukuren – einer operativen Sanierung zuführen muss.

Grundsätzlich sollte man zunehmende Schmerzen im Kniegelenk absolut ernst nehmen und den Orthopäden aufsuchen. Vor allem dann, wenn die Beschwerden trotz Einnahme von Schmerzmitteln weiter bestehen. Sehr häufig finden sich bei Schmerzzuständen Ödeme, d.h. Schwellungen des Knochens als Ursache dieser Beschwerden. Eine rechtzeitige Diagnoseerhebung und Therapie ermöglicht in vielen Fällen sehr wohl eine komplette Heilung. Bei diesen so genannten Ödemen, die sich durch Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie bzw. MRT) sehr gut feststellen lassen, kann eine sofortige Therapie

eingeleitet werden.

## Eine Alternative zur Kniegelenksprothese

In anderen Fällen wird ein operativer Eingriff nötig sein. Bei großflächigen Knorpeldefekten, die zumeist als Folge fortgeschrittener Arthrose (Abnutzung) des Kniegelenkes auftreten, können wir unseren Patienten mit günstigen Ausgangs-Voraussetzungen heute schon oft eine gute Alternative zur Kniegelenksprothese bieten. Insbesondere dann, wenn durch den arthrosebedingten Schwund des Gelenksknorpels Achsenfehlstellungen wie O-Bein oder X-Bein entstehen. Hier behandeln wir erfolgreich, indem wir eine Korrektur der Beinachse vornehmen. Ziel ist es, durch die Korrektur der Beinachsen an Ober- und Unterschenkel die Belastung des Kniegelenkes auf jene Bereiche zu steuern, wo noch gute Gelenksknorpel vorhanden sind.

Dieser Eingriff ist leider nicht bei allen abgenutzten Kniegelenken möglich! Allerdings besteht damit die Möglichkeit, sich eine Knieprothese zu ersparen bzw. eine Implantation hinaus zu zögern. Trotz Verbesserung der Materialien unterliegen Knieprothesen ja auch einem gewissen Verschleiß.

Gehbeeinträchtigungen, die durch Knieschmerzen verursacht werden, muss heute niemand mehr schicksalhaft hinnehmen. Denn die vielfältigen Behandlungsmethoden, derer wir uns heute bedienen, ermöglichen – altersunabhängig – die Rückgewinnung eines großen Stücks an Lebensqualität.



## Service-Info für Sie:

OA Dr. Dieter Kropej

Tel.: 01/40 422-4800

Ordination:  
Tel.: 01/71 56 318



# Kein Kreuz mit dem Kreuz! Bei Rückenproblemen sollte niemand mehr über Gebühr leiden müssen!



Ein Beitrag von **OA Dr. Michael Nicolakis**

Fast jeder von uns hat schon einmal Erfahrung damit gemacht: Unerträgliche Rückenschmerzen, zum Teil mit Ausstrahlung ins Bein, bis hin zu Lähmungserscheinungen ...

Wirbelsäulenbeschwerden sind in unserer modernen Zivilisationsgesellschaft die Volkskrankheit Nr. 1. Als häufigste Ursachen gelten chronischer Bewegungsmangel und überwiegend sitzende Berufstätigkeit. Umso erfreulicher sind die Fortschritte der medizinischen Technologie und der modernen Wirbelsäulenchirurgie. Ihnen ist zu verdanken, dass die Zeit, in der Patienten ihre Rückenbeschwerden noch als schicksalhaft hinnahmen, endgültig der Vergangenheit angehören sollte. Heutzutage muss niemand mehr langfristig leiden!

Das Behandlungsspektrum umfasst schon seit Jahren eine Vielzahl konservativer und operativer Therapieformen. Wenn erstere nach wiederholtem Versuch nicht den gewünschten Erfolg bringen, ist ein operativer Eingriff in Erwägung zu ziehen. Und davor braucht sich niemand mehr zu fürchten! Zum einen, weil das Spektrum an Eingriffen in letzter Zeit durch „minimal-invasive und weniger invasive“ Operationstechniken – die Chirurgie der kleinen Schnitte – zum Vorteil des Patienten erheblich erweitert werden konnte. Zum anderen, weil es heute durch ein neuartiges, spezielles Nervenüberwachungssystem möglich ist, auch bei schwierigsten Operationen die Ergebnisqualität zu optimieren.

## Dazu drei aktuelle Beispiele:

### Der Bandscheibenersatz:

Hier wird die verschlissene Bandscheibe durch eine Zwischenwirbel-Prothese ersetzt, wodurch die Stabilität erhöht und die Beweglichkeit in diesem Abschnitt aufrecht erhalten werden kann. Die so genannte Bandscheiben-Endoprothese kommt bei schweren inneren Bandscheibenschäden im unteren Lendenwirbelsäulenbereich sowie auch im Halswirbelsäulenbereich zur Anwendung. Um sicherzustellen, dass die Bandscheiben-Prothese gut und dauerhaft verankert ist, wird sie derzeit bei Patienten bis zum 60. Lebensjahr, welche eine normale Knochendichte aufweisen, eingesetzt. Der Eingriff selbst ist minimal-invasiv: die Prothese wird durch einen nur 5-6 cm langen Schnitt am Unterbauch bzw. seitlich am Hals eingesetzt.



### Das Spreizkissen:

Bei der Wirbelkanalverengung, die zumeist bei alten Menschen auftritt und die zu einer schmerzbedingten erheblichen Einschränkung der Gehstrecke führt, kann der Wirbelkanal operativ erweitert werden. Dies geschieht in vielen Fällen durch das Einsetzen eines Spreizkissens zwischen den so genannten Dornfortsätzen. Dadurch wird eine Dehnung der Bänder und somit eine Erweiterung des Wirbelkanals erreicht, was zu einer spürbaren Erleichterung beim Gehen führt.

### Die Kyphoplastik:

Ein weiteres minimal-invasives Verfahren stellt die Kyphoplastik dar. Sie wird bei

hochgradigen, schmerzhaften Wirbelkörperbrüchen – bedingt durch schwere Osteoporose, Knochentumore oder Metastasen vorgenommen. Dabei wird der eingebrochene Wirbelkörper mit Hilfe zweier kleiner Ballons wieder in die ursprüngliche Form gebracht und anschließend mit einem Spezialknochenzement aufgefüllt und so stabilisiert. Damit lässt sich eine sofortige Beschwerdefreiheit und volle Belastbarkeit erzielen und auch der dadurch bedingte, runde Rücken nimmt wieder eine geradere Haltung an.

Alle erwähnten Wirbelsäuleneingriffe lassen sich vom darauf spezialisierten Fachmann mit minimal-invasivem Zugang, also durch besonders kleinen Schnitt bewerkstelligen.

Die Vorteile für den Patienten sind überzeugend: raschere Mobilisation, weniger Schmerzen, kleinere Narben und vor allem eine wesentlich verkürzte Rehabilitationszeit.

## Service-Info für Sie:

OA Dr. Michael Nicolakis

Ordination:  
Tel.: 01/27 06 480



# Was tun, wenn kein Schuh mehr passt?

## Frostballen kann man mit schonenden Operation smethoden entfernen.



### Ein Beitrag von OA Dr. Ronald Koppelent

Schmerzen am Fußballen, Stechen beim Auftreten und die zunehmende Schwierigkeit, Schuhe zu finden, die einen nicht drücken. Kennen Sie das? Wenn ja, leiden Sie – wie übrigens Hunderttausende andere auch – sehr wahrscheinlich am so genannten „Hallux Valgus“. Darunter versteht man eine Fehlstellung der Großzehe, bedingt durch einen Funktionsverlust des Abduktoren Muskels im Vorfußballen. Als unangenehme Begleiterscheinung des Hallux Valgus (volkstümlich: Frostballen) kommt es im weiteren Verlauf oft zu einer Krümmung der zweiten Zehe, zur so genannten „Hammerzehe“.

Warum entstehen Fußfehlstellungen wie Spreizfuß oder Frostballen und was kann man dagegen tun?

### Das Tragen falscher Schuhe rächt sich

Da sind zunächst einmal die genetisch bedingten Ursachen wie zu weiches Bindegewebe oder eine hormonell bedingte Überbeweglichkeit der Bänder. Dazu kommen noch zahlreiche „hausgemachte“ Fehler: Zu wenig Gehen, Wandern oder fuß- bzw. beinkräftigende Gymnastik. Und natürlich das falsche Schuhwerk: Zu hartes Leder oder gar Kunststoff sowie spitze, enge und hochhackige Schuhe führen mit der Zeit nicht selten auch zu schmerzhaften Problemen mit Hüftgelenk und Wirbelsäule!

Schließlich müssen unsere Füße bei jedem Schritt mit dem Dreifachen (!) des Körpergewichts fertig werden,

was einer Belastung von rund 1.000 Tonnen pro Tag entspricht. Treffen die oben genannten Voraussetzungen zu, so darf man sich nicht wundern, wenn eines Tages auch kurze oder mittlere Wegstrecken zur Qual werden.

In manchen Fällen lassen sich die schmerzhaften Beschwerden noch konservativ, also mit einer geeigneten Einlagenversorgung oder mit orthopädischen Schuhzurichtungen bzw. orthopädischen Bequemschuhen beheben oder lindern. Sollte dies nicht mehr möglich sein, ist eine operative Sanierung angezeigt.

Die Chirurgie der kleinen Schnitte ist in vielen Bereichen der Orthopädie längst Standard geworden. Dies trifft natürlich auch auf die operative Behandlung von Frostballen zu. Entscheidend für die Wahl der geeigneten Operationsmethode ist jedoch der Grad der Deformität, die jeweilige Knochenqualität (Osteoporose), der Abnützungsgrad des Großzehengrundgelenkes und nicht die Größe des Hautschnittes. Nur so kann ein dauerhafter Erfolg des Eingriffes und die Zufriedenheit des Patienten erzielt werden.

### Fuß ist nach Operation sofort belastbar

Der Goldene Standard der Halluxoperation, den wir im Evangelischen Krankenhaus sehr häufig anwenden, ist die Operation nach AUSTIN. Hier wird nicht nur eine Korrektur an den Knochen vorgenommen, sondern es werden auch die Weichteilstrukturen (Sehnen und Gelenkkapsel) genau ausbalanciert. Das V-förmige Durchtrennen des Knochens knapp hinter dem Mittelfußköpfchens, ermöglicht eine exakte Korrektur und gewährleistet eine sehr gute Stabilität. Dadurch kann der Fuß sofort belastet werden, außerdem ist die Beweglichkeit des Großzehengrundgelenkes nicht behindert. Um dies optimal zu bewerkstelligen, muss der Zugangsschnitt zum Operationsgebiet naturgemäß etwas größer ausfallen. Die vorher

geschilderten Patientenvorteile wiegen die etwas größere Narbe jedoch auf.

### Viele Vorteile für den Patienten

Der Eingriff selbst ist für den Patienten wenig belastend: Sämtliche Vorfußoperationen können in Lokalanästhesie, also mit örtlicher Anästhesie, durchgeführt werden. Das heißt unter anderem, dass der Eingriff auch am Aufnahmetag möglich ist.

In der Regel ist ein stationärer Aufenthalt von 2-3 Tagen sinnvoll, um eine adäquate Schmerztherapie verabreichen zu können bzw. um den Verband bei Bedarf mehrmals zu wechseln.

Spezialschuhe, die eine Entlastung des Operationsgebietes gewährleisten, ermöglichen sofort die eigenständige Mobilität des Patienten (z.B. Gang auf die Toilette). Das Wichtigste aber ist, dass durch diese Operationsmethode sowie durch einen langfristigen Umstieg auf anatomisch gerechteres Schuhwerk das Problem mit dem Hallux Valgus nachhaltig in den Griff gebracht werden kann.



### Service-Info für Sie:

OA Dr. Ronald Koppelent

Ordination:  
Tel.: 01/50 34 100

# Wenn Wegstrecken immer länger werden ...

## Warum Durchblutungsstörungen unbedingt erkannt und behandelt werden müssen.

Wer schon nach kurzen Wegstrecken, also alle 200-300 Meter, eine Rast einlegen muss, weil ihn Wadenkrämpfe plagen, sollte dies als ernstes Warnsignal betrachten. Denn mit hoher Wahrscheinlichkeit leidet man in dem Fall an der so genannten „Schaufensterkrankheit“. Damit gemeint ist aber nicht übergroßes Kaufinteresse, sondern ein drohender oder bereits bestehender Gefäßverschluss im Bein. Von derartigen Blutgefäßkrankungen sind allerdings nicht nur Diabetiker betroffen. Risikofaktoren sind neben übermäßigem Nikotingenuss auch Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen sowie permanenter Bewegungsmangel.

### Warum Gefäßverschlüsse so gefährlich sind

Ein nicht behandelter Gefäßverschluss kann im Extremfall zum Absterben der unterversorgten Extremität, also des Fußes oder gar des Beines führen und eine Amputation der betroffenen Gliedmaßen erforderlich machen. Erstzunehmende Gefäßkrankungen treten nicht nur in den Beinarterien auf, sondern auch in den Herz- oder Hirnarterien. Nur – dort erkennt man die drohende Gefahr, und das ist das Tückische daran, nicht so leicht wie bei den krampfartigen Beschwerden im Bein. Die drohenden Spätfolgen bei Nichterkennung: Herzinfarkt oder Schlaganfall. Speziell, aber nicht ausschließlich bei Diabetikern, kommt es oft auch zu einem Verschluss der Nierenarterien oder der fein verästelten Netzhautarterien. Letzteres kann durch die Mangel durchblutung des Auges zu schweren Sehstörungen oder zur Erblindung führen.

### Warum verschließen sich Arterien?

Unser Blutdruck wird im Wesentlichen von der Kraft der Herzpumpfunktion bestimmt und ist somit abhängig vom „Röhrensystem“, in das hinein gepumpt wird. Mit anderen Worten: Von den Arterien. Diese verlieren mit zunehmendem Alter an Elastizität und sind dem steigenden Blutdruck immer wehrloser ausgesetzt. Sie verhärten und verengen sich und lassen immer weniger Blut durchfließen, wodurch es zu einer immer stärkeren Unterversorgung bestimmter Körperbereiche kommt. Bei Zuckerkranken kann dies schon in mittleren Jahren auftreten, da diese leider zu einer frühzeitigen Verhärtung der Blutgefäße neigen.



**Im Gespräch mit Prim. Dr. Thomas Maca**



**Im Gespräch mit OA Dr. Gerhard Zier**



### Gefäßverschluss, was nun?

Rechtzeitige Diagnose ist (fast) alles. Aber was dann?

#### Wir befragten dazu:

#### Unsere zwei Experten im Evangelischen Krankenhaus,

- Prim. Dr. Thomas Maca (Internist/Angiologe) und
- OA Dr. Gerhard Zier (Röntgenologe)

#### WIRUS:

#### Wie kann man einen Gefäßverschluss eindeutig erkennen?

#### OA Dr. Zier:

Erste Hinweise gibt die Messung der Arteriendrucke zusammen mit einer Ultraschall-Doppler-Untersuchung. Ein schmerzfreier, sicherer und genauer Befund kann dann mit Hilfe der neuen MR-Angiographie, wie wir sie hier im Haus bereits anwenden, erstellt werden.

#### WIRUS:

#### Welche Vorteile hat die MR-Angiographie gegenüber der herkömmlichen Angiographie?

#### OA Dr. Zier:

Die MR-Angiographie bietet eine besonders hohe Genauigkeit, womit sich eine Einengung oder ein Verschluss auch in kleinsten Gefäßen exakt lokalisieren und bewerten lässt. Für den Patienten ist die Untersuchung schmerzfrei. Bei Untersuchungen der Beinarterien bedarf es etwa lediglich einer Armveneninjektion und keines „Leistenstiches“. Die Kontrastmittelmenge ist gering, wir benötigen keine Röntgenstrahlung. Die Untersuchungsdauer beträgt nur etwa 20 Minuten. Die Patienten brauchen keine Nachbeobachtung und keine Bettruhe, sie können unmittelbar nach Verlassen des Untersuchungsraumes ihr Tagesprogramm wieder aufnehmen.

Die exakte Diagnosestellung mittels

MR-Angiographie ist für den Gefäßpatienten ein großer Gewinn, denn im Laufe der Jahre sind immer wieder Kontrolluntersuchungen erforderlich.

#### WIRUS:

#### Stichwort Beinarterie: was ist im Fall eines Gefäßverschlusses zu tun?

#### Prim. Dr. Maca:

Alein schon ein gezieltes Gehtraining reicht häufig aus, die Beindurchblutung selbst bei Engstellen oder gar Beingefäßverschlüssen so weit zu verbessern, dass die beschwerdefreie Gehstrecke extrem verlängert wird. Gelingt dies nicht, so kann eine Gefäßdehnung der Beinarterien die Schlagader wieder durchgängig machen.

#### WIRUS:

#### Was geschieht bei der Gefäßdehnung?

#### Prim. Dr. Maca:

Die arterielle Gefäßdehnung, im Fachjargon PTA genannt, erfolgt nach Vereisung mit einem Stich durch die Haut in den Hohlraum des Gefäßes, um dieses plastisch zu verformen und durchlässiger zu machen. Seit den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts ist dieser für den Patienten kleine, aber Erfahrung und Präzision erfordernde Eingriff zum festen Bestandteil des gefäßmedizinischen Repertoires geworden. Um die Schlagader noch länger und besser offen zu halten, bringen wir in letzter Zeit zunehmend so genannte Stents, damit sind röhrenförmige Netzgitter gemeint, in die frisch aufgedehnte Arterie ein. Jährlich werden tausende Patienten in ganz Österreich auf diese Weise operiert und können wieder besser gehen.

#### WIRUS:

#### Wird diese Methode ausschließlich bei Beindurchblutungsstörungen angewandt?

#### Prim. Dr. Maca:

Mittels PTA können auch Herzkranz-

gefäße, Nierenarterien sowie auch Engstellen an den hirnversorgenden Halsschlagadern aufgedehnt werden.

#### WIRUS:

#### Wie kann man Gefäß-erkrankungen vorbeugen?

#### Prim. Dr. Maca:

Für den Diabetiker sollte eine zumindest jährliche Kontrollmessung der Beinarteriendrucke beim Gefäßmediziner sowie eine augenärztliche Kontrolle Pflicht sein. Wenn beim Gehen wieder Wadenkrämpfe oder Schmerzen im Ruhezustand auftreten, ist eine sofortige Kontrolluntersuchung anzuraten. Es sollte jedoch der Entstehung von Gefäßkrankungen bereits im Vorfeld, durch einen bewegungsreichen Lebensstil, entgegengewirkt werden. Jede Ausdauersportart ist gut, wenn man sie regelmäßig ausübt: Radfahren, Schwimmen oder ganz einfach: Gehen, Gehen, Gehen. Und diesen Appell richtet ich bei weitem nicht nur an Diabetiker ...



#### Service-Info für Sie:

*Prim. Dr. Thomas Maca  
Vorstand der Internen Abteilung III  
Facharzt für Innere Medizin und Angiologie*

*Ordination:  
Tel.: 01/53 31 439  
www.dr-maca.at*

*OA Dr. Gerhard Zier  
Facharzt für Röntgenologie*

*Ordination:  
Univ.-Prof. Dr. Bernhard Schwaighofer  
Tel.: 01/40 422-633*

# Wer braucht schon Krampfadern?

## Auch bei Venenproblemen hat sich die minimal-invasive Laserchirurgie bewährt!



### Ein Beitrag von OA Dr. Thomas Filipitsch

Wer kennt sie nicht, die unschönen Schlangenlinien an den Beinen? Krampfadern verraten nicht nur untrüglich das Alter einer Frau und machen sie zur „Hosenträgerin“, sondern sind in erster Linie eine ernst zu nehmende Venenerkrankung. Statistisch gesehen sind jede zweite Frau und jeder vierte Mann in der zweiten Lebenshälfte davon betroffen.

#### Wie sie entstehen

Konkret versteht man unter Krampfadern erweiterte, bisweilen auch knotig aufgedehnte Venen, deren Klappen verschlissen sind. Durch die geschädigten Venenklappen kommt es zu einem „Rezirkulationskreislauf“. Das heißt, das Blut fließt über die oberflächlichen Krampfadern wieder nach unten ins Bein zurück. Dies führt zu den typischen Beschwerden wie Schweregefühl, abendliche Schwellneigung der Beine sowie Juckreiz und Wadenkrämpfe.

#### Warum Frauen besonders betroffen sind

Verursacht werden Krampfadern üblicherweise durch eine – zumeist angeborene – Bindegewebschwäche, wie man sie bei Frauen häufig findet. Weiters begünstigen Schwangerschaft, Hormonersatztherapie während des Klimakteriums, ein stehender Beruf, aber auch Übergewicht und Bewegungsmangel die Entstehung dieses Venenproblems.

#### Der Arzt unterscheidet zwischen vier Arten von Krampfadern:

##### 1. Besenreiservarizen:

Diese allerfeinsten Äderchen im Hautniveau haben zwar auf den Bluttransport keinen Einfluss, stellen jedoch gerade Frauen vor ein großes kosmetisches Problem

##### 2. Seitenastvarizen:

Oft netzförmig angeordnet, reicht deren Stärke von der „Bleistiftmine“ bis zum „Strohalm“. Allerdings ist nicht jede Vene, die bläulich durch die Haut schimmert, eine Krampfader.

##### 3. Stammvarizen:

Betroffen sind hier die Venen-Hauptstämme, wie sie etwa in Leiste oder Kniekehle vorkommen.

##### 4. Sekundäre Varizen:

Diese treten üblicherweise nach einer Thrombose, also nach dem Verschluss der tiefen Beinvenen auf und übernehmen zunehmend die Aufgaben der verschlossenen Venen.

#### Über die Diagnose zur Therapie:

Als erster Schritt zur Beurteilung einer Venenerkrankung ist das ausführliche Gespräch mit dem Arzt unumgänglich. Bei der Therapieentscheidung müssen letztlich funktionelle wie auch kosmetische Gesichtspunkte berücksichtigt werden.

In vielen, noch nicht sehr fortgeschrittenen Fällen, kann man mit einer konservativen Therapie, bestehend aus Kompressionsbehandlung (Strümpfe und Verbände) und Medikamenten, eine deutliche Verbesserung erzielen. Starke, deutlich sichtbare Varizen sollten jedoch chirurgisch mittels Laser oder operativer Entfernung behandelt werden.



#### Welche Vorteile bringt die minimal-invasiven Laserbehandlung?

Im Evangelischen Krankenhaus führen wir mittlerweile eine neue, minimal-invasive Laserbehandlung durch: Dabei wird unter örtlicher Betäubung ein Laser-Lichtleiter direkt in die zu behandelnde Vene eingeführt. Die Laserenergie bewirkt eine schrittweise Fibrosierung des erweiterten Gefäßes und schließt es so dauerhaft. Danach muss für die Dauer von zehn Tagen ein Kompressionsstrumpf getragen werden. Der Patient kann bereits einen Tag nach der Operation das Krankenhaus verlassen.

Weitere Vorteile gegenüber herkömmlichen Eingriffen: sie kann auch in Lokalanästhesie durchgeführt werden. Dank des minimal-invasiven Eingriffs bleiben nur ganz kleine Narben zurück. Und – durch die gewebeschonende Technik gibt es wesentlich weniger Blutergüsse und auch eine geringere Schmerzbelastung.

#### Service-Info für Sie:

OA Dr. Thomas Filipitsch  
Facharzt für Chirurgie

Ordination:  
Tel.: 0676/54 43 393

# 7 Fragen zur Schilddrüse: Beschwerdebilder, Operationen und was nachher zu beachten ist.



**Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Feil**  
antwortet aus der Praxis

Operationen an der Schilddrüse zählen zu den häufigsten chirurgischen Eingriffen. Allein in Österreich werden pro Jahr mehr als 9.000 solcher Operationen vorgenommen, über 3.000 davon nur in Wien.

Dennoch stellen sich gerade bei bevorstehenden Eingriffen an der Schilddrüse für den betroffenen Patienten besonders viele Fragen. Die häufigsten an mich herangetragenen möchte ich Ihnen daher nachstehend beantworten:

## 1. Welche Beschwerdebilder sind bei Schilddrüsenerkrankungen typisch?

Eine sichtbare Struma (Kropf), ein tastbarer Knoten, Atem- oder Schluckbeschwerden, eine durch „heißen“ Knoten bedingte Überfunktion der Drüse, welche sich unter anderem durch Herzklopfen, vermehrtes Schwitzen, etc. bemerkbar macht.

## 2. Wann sollte, wann muss operiert werden?

Wenn ein Kropf, also eine sichtbare Schilddrüsenvergrößerung besteht, wenn Schluck- oder Atembeschwerden auftreten, wenn sich plötzlich ein Knoten an der Schilddrüse tasten lässt, wenn sich eine Schilddrüse, die regelmäßig kontrolliert wird, plötzlich ändert.

## 3. Muss auch ein kalter Knoten operiert werden, und was ist das genau?

Auch wenn in der Isotopenuntersuchung ein kalter, also ein nicht jodspeichernder Knoten diagnostiziert wird, muss operiert werden, um eine Krebserkrankung auszuschließen. Dabei wird schon während des Eingriffs ein so genannter Gefrierschnitt vorgenommen und sofort eine feingewebliche Untersuchung durchgeführt. Eine Punktion würde da nicht ausreichen.

## 4. Kann man auch durchs „Schlüsselloch“ operiert werden und welche Vorteile bringt es?

Prinzipiell können alle Patienten mit einseitigen Knoten bis 3 cm Größe auch minimal-invasiv operiert werden. Der Vorteil liegt klar in der Kosmetik. Die kleinen Schnitte am Hals sind nach kurzer Zeit nicht mehr zu sehen. Bei größeren Knoten oder einer zu erwartenden beidseitigen Operation bringt die minimal invasive Methode keinen Vorteil.

## 5. Man hört bisweilen, dass nach Schilddrüsenoperationen Stimmbandlähmungen auftreten können ...

Durch das so genannte Neuromonitoring kann der Knoten durch Elektrostimulation und ein akustisches Feedback ganz exakt lokalisiert werden. Dies, sowie das bei uns im Evangelischen Krankenhaus ebenfalls zum Einsatz gelangende Ultraschall-Skalpell erlauben ein ganz präzises und gewebeschonendes Arbeiten ohne nennenswerten Blutverlust. Kurzzeitig kann jedoch in wenigen Fällen auch nach einer korrekt vorgenommenen Operation eine Stimmbandlähmung auftreten. Diese Störungen bilden sich jedoch vollkommen zurück.

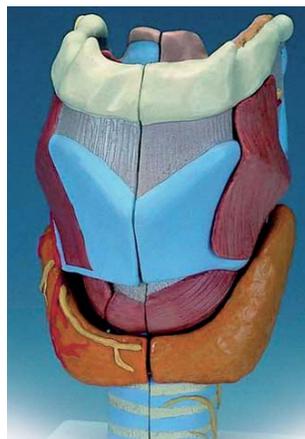
## 6. Kann man Schilddrüsen-Operationen überall durchführen lassen?

Eine niedrige Rate an Nervenschädigungen ist das Qualitätskriterium bei Schilddrüsenoperationen. Prinzipiell muss festgehalten werden: Um als Chirurg erfolgreich minimal-invasive Schilddrüsenchirurgie betreiben zu können, sind große Erfahrung in „konventioneller“ Schilddrüsenchirurgie und eine sehr große Erfahrung in videoassistierter (laparoskopischer) Chirurgie unbedingt notwendig.

## 7. Was ist nach der Operation vom Patienten zu beachten?

Bis zum Abschluss der Wundheilung sind starke körperliche Anstrengungen zu vermeiden. Sollte z.B. in den Fingern ein Kribbeln auftreten, ist an eine vorübergehende Irritation der Nebenschilddrüsen zu denken. Dieser Zustand kann aber durch die Gabe von Calcium behoben werden.

**Für alle weiteren Fragen erreichen Sie Prim. Univ.-Prof. Dr. Feil unter der Telefonnummer 01/40 422-2601**



### Service-Info für Sie:

*Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Feil*  
Facharzt für Chirurgie  
Leiter der Chirurgischen Abteilungen  
am Evangelischen Krankenhaus  
Mitglied der EAES (European  
Association for Endoscopic Surgery)

Ordination:  
Tel.: 01/40 422-4800  
[www.feilonline.com](http://www.feilonline.com)

# Wenn Narben plötzlich wieder schmerzen: Ursachen, Operationsmethode und Nachwirkungen.



**Interview mit  
Prim. Univ.-Prof.  
Dr. Wolfgang Feil**

Lang, lang ist's her! Frau Herta S.\*) erinnert sich kaum mehr an ihre Gallenoperation vor nahezu dreißig Jahren. In letzter Zeit muss sie allerdings wieder regelmäßig daran denken. Der Grund: rund um die ziemlich lange Narbe verspürt sie immer wieder ein schmerzhaftes Ziehen und das umliegende Gewebe hat sich mittlerweile stark vorgewölbt. Vor allem beim Stehen macht sich das unangenehm bemerkbar. Vom Arzt erfährt Herta S., dass sie einen Narbenbruch hat und operiert werden muss, um ernsthaften Komplikationen vorzubeugen.

## Das sind die Ursachen

Wie konnte es dazu kommen? Vorab: Herta S. steht mit dieser Diagnose nicht allein da. Bei vielen Betroffenen ist eine zunehmende Bindegewebschwäche – oft auf Entzündungen der ehemaligen Operationswunde zurückzuführen – Auslöser für den Narbenbruch. Bei anderen rührt der Narbenbruch von erhöhtem Bauchdruck, ausgelöst durch langjähriges Herumschleppen von Übergewicht, her. Auch Lungenerkrankungen und damit verbundenes, häufiges Husten können einen Narbenbruch begünstigen. Im Fall von Herta S. treffen sogar zwei Faktoren zusammen: ihre lange Operationsnarbe hat sich anfangs immer wieder entzündet. Außerdem bringt sie seit Jahren, gute 20 Kilo zuviel auf die Waage ...

## Arzt erkennt Narbenbruch sofort

Um einen Narbenbruch festzustellen, bedarf es übrigens keiner groß angelegten Untersuchungen. Durch feines Abtasten der Bruchpforte und des Bruchsackes (der Vorwölbung) kann der Arzt sehr rasch die richtige Diagnose stellen. Zusätzliche Untersuchungen wie Ultraschall- oder Darmuntersuchungen sind zur Absicherung nur selten nötig.

## Narbenbruch, was jetzt?

**Welche Schritte kann und soll man im Fall von Frau Herta S. jetzt setzen?**

## Wir befragten dazu:

**unseren Chef-Chirurgen:**  
Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Feil.

## WIRUS:

**Herr Professor, muss ein Narbenbruch operiert werden, und wenn ja, wann?**

## Prim. Univ.-Prof. Dr. Feil:

Der Narbenbruch wird im Laufe der Zeit immer größer und ist dann operativ schlechter zu versorgen. Unbehandelt besteht zudem permanent die Gefahr, dass sich beispielsweise Darmschlingen einklemmen und verletzt werden. Eine sofortige chirurgische Behandlung ist allerdings nötig, wenn der Bruch sich nicht wieder zurückdrängen lässt. Man spricht in dem Fall von eingeklemmtem Bruch.

## WIRUS:

**Was kann die Operation bewirken?**

## Prim. Univ.-Prof. Dr. Feil:

Der Bruch wird in die Bauchhöhle zurückverlagert. Anschließend wird die Bruchpforte, also das Loch in der Bauchwand möglichst dauerhaft verschlossen.

## WIRUS:

**Und wenn die Bauchdecke wieder nachgibt?**

## Prim. Univ.-Prof. Dr. Feil:

Um das zu verhindern pflanzen wir zur Verstärkung ein nicht auflösbares

Kunststoffnetz in die Bauchdecke ein.

## WIRUS:

**Muss der Patient dann mit zwei Narben leben?**

## Prim. Univ.-Prof. Dr. Feil:

Selbstverständlich nicht! In den meisten Fällen operieren wir heute auf minimal-invasivem Weg, also durchs „Schlüsselloch“.

## WIRUS:

**Wovon hängt die Operationsmethode ab?**

## Prim. Univ.-Prof. Dr. Feil:

Von der Größe und der Beschaffenheit des Narbenbruchs und natürlich auch von der körperlichen Verfassung des Patienten.

## WIRUS:

**Wie lange spürt man die Nachwirkungen der Operation?**

## Prim. Univ.-Prof. Dr. Feil:

Je nach Operationsverfahren muss der Patient danach 3-8 Tage im Krankenhaus bleiben. Bei laparoskopischer Operationstechnik kann sofort mit zunehmender körperlicher Belastung begonnen werden, ansonsten nach Entfernen der Hautfäden. Durch das Einpflanzen des Kunststoffnetzes ist eine spezielle Einschränkung im Regelfall nicht nötig. Wir empfehlen Patienten aber, in den ersten 2-3 Monaten vorsichtshalber keine schweren Lasten, also Gewichte von über 20 kg, zu tragen.

## Service-Info für Sie:

*Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Feil  
Facharzt für Chirurgie  
Leiter der Chirurgischen Abteilungen  
am Evangelischen Krankenhaus  
Mitglied der EAES (European  
Association for Endoscopic Surgery)*

*Ordination:  
Tel.: 01/40 422-4800*



## Gastkommentar von Prof. Dr. Wolfgang Exel



## Übergewicht kann zu Komplikationen führen

Ich leide mitunter als Vorsorgemediziner unter dem Stolz meiner übergewichtigen Patienten. Sie halten mir im Zuge der Gesundenuntersuchung liebend gerne ihre Laborwerte unter die Nase: Alles OK!

Umso schwerer ist es dann für mich, die nötige Aufklärungsarbeit zu verrichten. Wer seinen Cholesterinspiegel in Ordnung hat, auf einen normalen Blutzuckerspiegel und eine vorläufig noch unbelastete Leber verweisen kann, der will nur in Ruhe weiter essen und nicht mit Diätvorschriften belästigt werden.

Wie argumentiert man da als Arzt? Nun, ein bisschen hilft die Natur schon mit. Sie beschert dicken Menschen viel rascher Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates als Normalgewichtigen. Auch Krampfadem treten häufiger auf.

Am gefährlichsten ist aber eine Komplikation, an die man als gesunder (?) Mensch nicht denkt. Dicke haben ein eindeutig erhöhtes Risiko bei Operationen!

Lange ist es her, als ich im Rahmen meiner Spitalsausbildung für eine Blinddarmsoperation vorgesehen war. Mein erster Blinddarm! Da ist man zwar einerseits nervös, freut sich aber doch darauf.

Ein 15-jähriger Bub wäre der Kandidat gewesen. Da kam plötzlich der Oberarzt und entschied: Der ist nichts für dich, der Bub ist einfach zu dick. Da darf nur ein routinierter Chirurg arbeiten zuviel Risiko ...

Ich durfte dann wenig später einer gertenschlanken jungen Dame den Wurmfortsatz entfernen. Kein Problem, alle waren glücklich: Die Patientin, ich und meine Kollegenschaft (weil ich traditionsgemäß Würstchen und Getränke spendieren musste). Wie groß die Gefahr von Komplikationen für übergewichtige Patienten bei chirurgischen Eingriffen tatsächlich ist, wird immer wieder bei Kunstfehlerprozessen deutlich. An einen erinnere ich mich spontan. Da war ein Harnleiter durchtrennt worden.

Der beschuldigte Arzt rechtfertigte sich mit schwerer Adipositas des Klägers. Ich weiß nicht mehr, wie der Prozess ausgegangen ist, aber ich habe selbst oft genug erlebt, wie schwer man in den Fettmassen lebenswichtige Strukturen finden kann. Daher mein Rat: Vermeiden Sie bitte allzu viel Übergewicht auch dann, wenn Ihnen der Arzt noch keine Krankheit nachweisen kann.

# Endometriose – Endlich wieder schmerzfrei leben!



**Prim. Dr. Peter Altmann**  
(Gynäkologie)



**Prim. Dr. Friedrich Gill**  
(Gynäkologie)



**Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Feil**  
(Chirurgie)

Wenn Mädchen und Frauen während ihre Regelblutung unter qualvollen Kreuz- und Unterleibsschmerzen leiden, kann die Ursache oft Endometriose heißen. Eine Erkrankung, die in der Öffentlichkeit kaum bekannt ist, aber recht häufig auftritt: rund 10 % aller Frauen zwischen 15 und 45 Jahren leiden darunter. Von Endometriose spricht man konkret, wenn sich Gebärmutter-schleimhaut (Endometrium) auch außerhalb der Gebärmutter verbreitet und an den Eierstöcken oder im Bauchraum einnistet. Das Besondere an dieser versprengten Schleimhaut ist, dass sie wie die in der Gebärmutterhöhle liegende den Monatszyklus mitmacht, also während der Menstruation häufig mitblutet. Das Blut kann aber an diesen Stellen nicht abfließen, wodurch sich kleine,

blutgefüllte Hohlräume, so genannte Endometriose-Zysten bilden. Oft können die Gebärmutter-Schleimhautwucherungen sogar bis weit in den Bauchraum, in den Enddarm sowie in die Blase reichen.

## Häufiger Grund für Unfruchtbarkeit!

Obwohl Endometriose eine an sich gutartige Erkrankung darstellt, sollte sie dennoch ernst genommen werden. Endometrioseherde verursachen auf Grund ihrer verschiedenen Lokalisationen unterschiedliche Beschwerden. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, sehr schmerzhafte Monatsblutungen können ebenso die Folge sein wie Unfruchtbarkeit durch Verwachsungen, Herde (Knoten) und Zysten an Eierstöcken und Eileitern. Zu diesen körperlichen Beschwerden kommt oft auch noch die seelische Belastung durch den unerfüllten Kinderwunsch.

Stellen Sie eine oder mehrere der genannten Beschwerden bei sich fest, schildern Sie diese Ihrem Frauenarzt. Dieser kann dann in einem ersten Schritt durch eine Spiegel- und Tastuntersuchung den Verdacht auf Endometriose widerlegen oder erhärten. Absolute Gewissheit erhält man dann durch eine Bauchspiegelung. Im Rahmen dieses Minimaleingriffs kann Ihr Arzt durch 3-4 kleine Einstiche die Bauchhöhle genau betrachten, die Verwachsungen erkennen und nötigenfalls sofort beseitigen. Auch können kleinere Herde entfernt werden und Gewebsproben zur histologischen Abklärung entnommen werden.



## Endometriose – Rat vom Spezialisten-Team:

**Einmal festgestellt, lässt sich Endometriose auf verschiedene Arten behandeln.**

## Wir holten uns dazu einige Grundsatzinformationen

### bei den erfahrenen Gynäkologen:

- Prim. Dr. Peter Altmann und
- Prim. Dr. Friedrich Gill, die gemeinsam mit dem chirurgischen Leiter,
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Feil, ein erfolgreiches, fachübergreifendes Team bei der Behandlung dieser Erkrankung bilden:

### WIRUS:

**Können Schmerzmittel bei Endometriose überhaupt helfen?**

### Prim. Dr. Altmann:

Der Einsatz von Schmerzmitteln bei nachgewiesener Endometriose ist nur symptomatisch und ändert nichts an der Grunderkrankung. Sie ist daher, wenn überhaupt, nur als zusätzliche Maßnahme einzusetzen.

### WIRUS:

**Was ist aber, wenn die Schleimhautwucherungen schon weit verbreitet sind?**

### Prim. Dr. Gill:

Die Ausbreitung der Wucherungen allein sagt noch nichts über die Stärke der Schmerzen aus. Schon kleine Herde können sehr starke Schmerzen verursachen, während Frauen mit großflächigen Wucherungen oder Endometriose-Zysten kaum oder keinerlei Beschwerden haben.

### WIRUS:

**Wenn Letzteres zutrifft, sollte man dann überhaupt eine Operation erwägen?**

### Prim. Dr. Altmann:

In erster Linie ist es wichtig, die Diagnose „Endometriose“ durch eine

histologische Untersuchung zu bestätigen. Dies ist mit 100 %-iger Sicherheit nur durch die operative Entfernung der Zyste möglich. Gleichzeitig ist damit auch das Vorliegen einer Zyste anderer Art (eventuell einer bösartigen) ausgeschlossen.

### WIRUS:

**Gibt es Alternativen zur Operation?**

### Prim. Dr. Altmann:

Ja, durch eine Hormontherapie, welche die Patientin für einen Zeitraum von zumeist 6 Monaten in einen künstlichen Wechsel versetzt. Bei gleichzeitigem, vorübergehendem Ausbleiben der Regelblutungen bilden sich die Endometrioseherde in vielen Fällen zurück und die Schmerzen werden gelindert. Allerdings können sich bei der Patientin während dieser Zeit die üblichen Wechselbeschwerden wie Gewichtszunahme, Hitzewallungen und Stimmungsschwankungen einstellen.

### WIRUS:

**Wann sollte auf alle Fälle operiert werden?**

### Prim. Dr. Gill:

Wenn eine Endometriose-Zyste die Größe von 4 cm erreicht hat oder an Größe rasch zunimmt. Wenn die Innenwand der Zyste nicht mehr glatt ist oder starke Verwachsungen vorliegen. In jedem Fall aber dann, wenn die genannten Veränderungen durch die Endometriose als Ursache für Kinderlosigkeit angesehen werden müssen.

### WIRUS:

**Wie wird operiert?**

### Prim. Univ.-Prof. Dr. Feil:

In fast allen Fällen ist eine laparoskopische Operation sinnvoll und möglich. Auf minimal-invasivem Weg werden über dünne Schleusen Videokamera und Spezialinstrumente in die Bauchhöhle eingebracht. Die Endometrioseherde können gezielt mit dem Ultraschallskalpell entfernt

werden. Der Vorteil des kleinen Eingriffs: rasche Rehabilitation, weniger Schmerzmittel, weniger Nebenwirkungen oder post-operative Risiken.

### WIRUS:

**Und wenn die Endometriose schon sehr weit fortgeschritten ist?**

### Prim. Univ.-Prof. Dr. Feil:

Bei einer so genannten „infiltrierenden Endometriose“ können Harnleiter, Harnblase oder Dickdarm betroffen sein. Auch in diesem Fall kann eine laparoskopische Operation erwogen werden. Besonders wichtig ist in solchen technisch schwierigen Situationen die präzise Zusammenarbeit zwischen Gynäkologen und Chirurgen.

### Prim. Dr. Gill:

Nicht unerwähnt sollte bleiben, dass bei ausgedehnten Herden als Nachbehandlung zusätzlich eine Hormontherapie ratsam sein kann.

## Service-Info für Sie:

Prim. Dr. Peter Altmann  
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Ordination:  
Tel.: 01/40 39 951

Prim. Dr. Friedrich Gill  
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Ordination:  
Tel.: 01/58 76 769

Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Feil  
Facharzt für Chirurgie

Ordination:  
Tel.: 01/40 422-4800



# Brustkrebsverdacht – rasche Klärung durch modernste Diagnose

*Durch Kleineingriffe sind heute 5 von 6 Operationen vermeidbar*



## Ein Beitrag von OA Dr. Christian Pärtan

Eines können wir heute mit hoher Bestimmtheit sagen: speziell Brustkrebs lässt sich – regelmäßige Vorsorge vorausgesetzt – bereits in einem sehr frühen Stadium erkennen. Und daher auch mit wesentlich besseren Heilungschancen behandeln. Neben einer mindestens einmal jährlich (besser: alle 6 Monate) stattfindenden Kontrolluntersuchung beim Frauenarzt und dem regelmäßigen Selbstastasten der Brust empfehlen wir immer wieder, allerspätestens mit 35 eine erste Mammographie erstellen zu lassen. Bis zum 45. Lebensjahr sollte die Mammographie zumindest alle zwei Jahre, besser jedoch jährlich, wiederholt werden. Ab 65 reicht wieder der Zweijahresrhythmus, sofern kein erhöhtes (z.B. familiäres) Risiko besteht.

## Mammographie liefert wichtige Erkenntnisse

Im Rahmen der Mammographie wird jede Brust von mehreren Seiten röntgenisiert, um bereits winzige Veränderungen feststellen zu können. Bei Bedarf kann zusätzlich eine Ultraschall-Untersuchung erfolgen. Ergab die Mammographie unklare Veränderungen in der Brust, so musste deren genaue Beschaffenheit bis vor wenigen Jahren immer noch durch einen aufwendigen, operativen Eingriff abgeklärt werden. Damit verbunden waren Vollnarkose, ein mehrtägiger Spitalsaufenthalt und aus heutiger Sicht zumeist vermeidbare Narben auf der Brust.

Dies sollte nun endgültig der Vergangenheit angehören: erfordert das Ergebnis der Mammographie nach gründlicher Beurteilung eine weitere Abklärung, so können wir heutzutage mit einem minimal-invasiven Eingriff Gewebeprobe entnehmen, die bereits volle Klarheit über die Beschaffenheit der Veränderungen liefern. In der Fachsprache nennt man diesen Eingriff Mammabiopsie.

## Wann ist eine Mammabiopsie erforderlich?

Grundsätzlich sollte eine Gewebeprobe per minimal-invasiven Eingriffs dann durchgeführt werden, wenn eine der beiden Gegebenheiten vorliegt:

1. ein fraglicher Herd in der Mammographie oder Sonographie wird mit großer Wahrscheinlichkeit für gutartig gehalten und die Biopsie erfolgt in der Hoffnung, eine Operation in Allgemeinnarkose zu umgehen.
2. Ein mit großer Wahrscheinlichkeit bösartiger Knoten soll vor einer geplanten Operation bereits genau histologisch eingeordnet werden- z.B. um Behandlungsschritte wie präoperative Bestrahlungen oder Chemotherapien planen zu können.

Hier, im Evangelischen Krankenhaus-Wien, stehen uns dafür zwei moderne, sichere Diagnosemethoden zur Verfügung: Die Mammotomie und die Core-Biopsie.

Bei der **Mammotomie** werden unklare Herde in der Brust mittels digitalem Röntgen genau örtlich zugeordnet, wodurch die Entnahme der Gewebeprobe ganz exakt erfolgen kann. Die Patientin liegt dabei am Bauch, die Brust wird durch eine geeignete Öffnung geführt und der Knoten durch eine feine Nadel abgesaugt. Veränderungen, die wiederum am Ultraschall besser lokalisiert werden können, werden mittels **Core-Biopsie** abgeklärt. Dabei befindet sich die Patientin auf einer flachen Liege und der Arzt erkennt per Ultraschallbild, wo genau er die Gewebeprobe entnehmen soll.

## Große Vorteile für die Patientin

Für beide geschilderten Biopsietechniken reicht eine örtliche Betäubung aus. Die Gewebentnahme selbst wird über einen winzigen, etwa 4 mm breiten Hautschnitt durchgeführt. Es bleibt somit keine Narbe zurück! Die Eingriffe dauern jeweils nur ca. 45 Minuten und sind fast völlig schmerzfrei. Die Patientin kann oft noch am selben Tag wieder nach Hause gehen. Nach bereits zwei bis drei Tagen liegt das gründlich abgeklärte Ergebnis vor. Eine gute Nachricht auch fürs Haushaltsbudget: Ergibt die Mammographie abzuklärende Veränderungen in der Brust, so kann man die Mammabiopsien auf Krankenschein durchführen lassen.



## Univ.-Prof. Dr. Bernhard Schwaighofer



## Service-Info für Sie:

OA Dr. Christian Pärtan  
Facharzt für Röntgenologie

Ordination:  
Univ.-Prof. Dr. Bernhard Schwaighofer  
Tel.: 01/40 422-633

## Wie riskant ist die Brustdiagnostik?

### Patientinnen fragen – OA Dr. Pärtan antwortet

#### 1. Ist die Strahlenbelastung beim Röntgen nicht ziemlich groß?

##### OA Dr. Pärtan:

Die heutigen, modernen Geräte ergeben weder bei der Kontrolluntersuchung (Mammographie) noch beim digitalen Röntgen während der Biopsie (Mammotomie) eine nennenswerte Belastung. Die sehr geringe Strahlendosis steht jedenfalls in keinem Verhältnis zu den Vorteilen für Gesundheit und Leben.

#### 2. Können gutartige Knoten durch die Gewebentnahme bösartig bzw. vorhandene Krebszellen im Körper verschleppt werden?

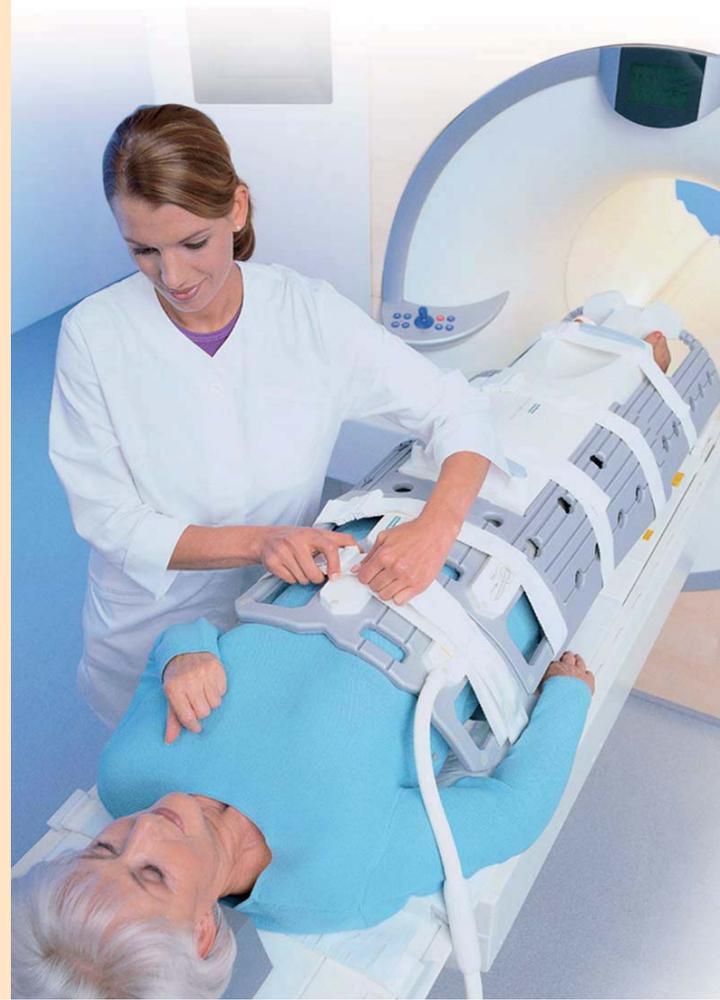
##### OA Dr. Pärtan:

Nein, da kann ich Sie beruhigen. Diese Befürchtungen haben sich als wissenschaftlich unhaltbar erwiesen.

#### 3. Wie verlässlich sind die Ergebnisse der Gewebeproben- entnahme?

##### OA Dr. Pärtan:

Modernste Geräte und ausreichende Erfahrung der behandelnden Ärzte vorausgesetzt, haben sowohl Mammotomie als auch Core-Biopsie eine ausgezeichnete Treffsicherheit. Hier, am Radiologischen Institut Prof. Schwaighofer, haben wir bisher weit über 500 solcher Mammabiopsien durchgeführt und damit zahlreichen Frauen eine größere Operation ersparen können. In Österreich zählen wir daher zu den Instituten, welche eine besonders große Erfahrung mit diesem modernen System der Brustkrebsdiagnostik aufweisen können.



# Kreuzbandriss ohne Spätfolgen: Eine neue Generation von Schrauben und Näge In erspart nun endgültig die Nachoperation.



## Ein Beitrag von OA Dr. Benno Zifko

Schnell ist's passiert: Man wird beim Ski- oder Snowboardfahren in einer Kompression in eine besonders tiefe Hocke gedrückt oder verkantet scharf – Überbeugung und Verdrehung sind die häufigsten Ursachen für komplexe Bandrisse. Betroffen ist dabei sehr oft das vordere Kreuzband des Knies. Bei diesem ist aufgrund der schlechteren Durchblutung zumeist ein operativer Eingriff unabwendbar, um die volle Belastungsfähigkeit des Knies auf weitere Sicht zu erhalten. Denn viele gerissene, vordere Kreuzbänder heilen nicht vollständig von selbst. Speziell bei der Wiederaufnahme sportlicher Aktivitäten, aber oft auch bei ganz banalen Alltagsbewegungen, gibt das Kniegelenk immer wieder nach, da der entsprechende Halt fehlt. Folgeschäden wie Meniskusrisse sowie eine zunehmende Auslockerung der übrigen, überlasteten Kniegelenksbänder sind nicht selten. Fazit: Das Kniegelenk wird immer instabiler.

Im Endstadium droht ein so genanntes Schlottergelenk mit schwerer Arthrose, welches nur mehr durch ein künstliches Gelenk ersetzt werden kann. In manchen Fällen mit komplexen Bandrissen ist eine rasche, operative Versorgung sogar unabdingbar, um einer langfristig schwerwiegenden Behinderung des Kniegelenks zurückzubleiben.

### Körpereigene Sehnen sind verträglicher

Während frische, hintere Kreuzbandrisse manchmal auch direkt genäht werden können, muss ein kompletter Riss des vorderen Kreuzbands üblicherweise mit einem Bandersatz (Kreuzbandplastik) mit sehr guter Einheilungstendenz erfolgen. Um Blutgefäße und Nervenenden wirklich optimal einwachsen zu lassen, ersetzen viele fortschrittliche Chirurgen heutzutage das gerissene Kreuzband durch zwei aus dem Oberschenkel oder dem Kniestrecker des Patienten entnommene Sehnen. Um dem Betroffenen eine Nachoperation zu ersparen, fixiert man die Sehnen vielerorts mit selbst auflösenden, so genannten bioresorbierbaren Schrauben und Nägeln. Allerdings haben viele der bislang eingesetzten Materialien die Erwartungen von Ärzten und Patienten nicht ganz erfüllen können:

### Warum „Selbst auflösend“ ein relativer Begriff ist ...

Der Grund: die meisten selbst auflösenden Schrauben wandeln sich leider nicht vollständig in Knochengewebe um und können nach einiger Zeit Resorptionszysten bilden, welche eine Nachoperation erforderlich machen. Manche Schraubenarten haben überdies ein zu scharfes Gewinde, welches mit der Zeit zu einer Verletzung der transplantierten Sehnen führt, andere wiederum sind zu stumpf und lassen sich daher nur sehr schwer perfekt fixieren.

### Neuentwickelte Schrauben bieten entscheidenden Patientenvorteil

Eine neu entwickelte Generation von selbst auflösenden Schrauben aus Deutschland, welche eine spezielle Oberflächenbeschaffenheit aufweist, hat sich bei meinen zahlreichen Operationen mittlerweile bestens bewährt. Durch das abwechselnd scharfe und stumpfe Gewinde sind sie einerseits gewebeverträglicher, andererseits hat

dadurch das einwachsende Knochenmaterial besseren Halt und es kommt zu einem vollständigen Durchwachsen und – nach der 100 %igen Selbstauflösung – zu einem kompletten Anheilen des Kreuzbands.

Nach etwa eineinhalb Jahren hat sich diese Schraube – wie tierexperimentelle Studien zeigten – vollständig in eigenes Knochenmaterial, und nicht wie bei vielen anderen Schrauben in Narbengewebe umgewandelt.

Eine Zweitoperation zur Entfernung oder Korrektur ist nicht mehr nötig, wodurch dem Patienten ein zusätzlicher Krankenhausaufenthalt und wiederum eine langwierige Reha-Phase erspart bleiben. Und das ist wohl ein ganz entscheidender Fortschritt!



### Informieren Sie sich näher!

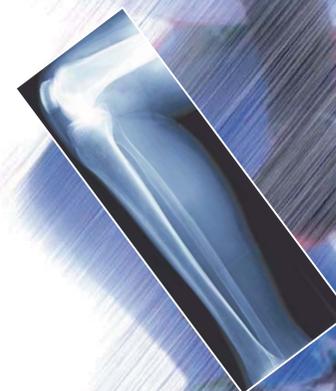
Wollen Sie mehr über Sportverletzungen und deren Behandlungsmöglichkeiten erfahren? Wertvolle Tipps und nützliche Informationen für den Fall des Falles hat Dr. Benno Zifko für Sie in der neuen Broschüre „Sportverletzungen in Freizeit- und Hobbysport“ zusammengestellt.

Fordern Sie die Publikation zum Preis von € 5,90 (exkl. Versandkosten) einfach unter Tel./Fax: 01/32 05 170 oder per E-mail: kastelic@aon.at an.

### Service-Info für Sie:

**OA Dr. Benno Zifko**  
Facharzt für Unfallchirurgie,  
Sporttraumatologie,  
Unfallchirurg und Sportarzt  
des SK Rapid seit 1990

Ordination:  
Tel.: 01/47 96 491



# Rascher wieder auf die Beine!

Ein neues Konzept mobilisiert Patienten schnell und risikoarm.



## Ein Beitrag von OA Dr. Peter Jiru

Lange Bettlägerigkeit, tagelang rund um die Uhr an Infusionen angeschlossen, wenig Trinken und nichts zu Essen – nicht nur ältere Patienten finden die Rehabilitationsphase nach Bauchoperationen zumeist beschwerlich. Dazu kommt, dass die anfangs verabreichten, starken Schmerzmittel sowie die Infusionsbedingte Bettlägerigkeit die Darmtätigkeit sehr stark bremsen. Dies kann bis zur vorübergehenden Darmlähmung führen und folglich zur Notwendigkeit, den Mageninhalt über Tage hindurch mittels Sonde abzusaugen. Durch das lange Liegen steigt natürlich generell auch das Risiko von Thrombosen und Lungenproblemen.

### Rasch aufstehen, bald wieder essen

Ich war daher äußerst hellhörig, als ich vor etwa einem Jahr an der renommierten Berliner Klinik „Charité“ erstmals mit dem dort erfolgreich praktizierten „Fast Track“ – Konzept Bekanntschaft machte. „Fast Track“ kommt aus dem Englischen und bedeutet dort soviel wie „Überholspur“. Was ist damit genau gemeint? Nun, das mittlerweile auch bei uns im Evangelischen Krankenhaus erfolgreich erprobte Konzept der „Überholspur-Heilung“ basiert im Wesentlichen auf drei Säulen.



1. auf einer besonderen Schmerztherapie, die wir in den ersten 48 Stunden nach der Operation anwenden: ein spezieller Kreuzstich macht den Patienten nahezu schmerzfrei, wodurch wir ihm starke, nebenwirkungsreiche Schmerzinfusionen, die unter anderem die Darmtätigkeit stark beeinflussen, ersparen können.

2. auf ein rasches Aufstehen nach der Operation: schon fünf Stunden danach wird der Patient – natürlich mit Hilfe der Krankenpflegerin und des Physiotherapeuten – zum Verlassen des Bettes und zum langsamen Auf- und Abgehen motiviert. Rund zwei Stunden soll der Patient schon am Tag der Operation außerhalb des Bettes verbringen.

3. auf einer baldigen Verabreichung von Getränken und Schonkost: Patienten bekommen gleich wieder zu Trinken und am ersten Tag nach der Operation wieder ein wenig zu essen.

### Viele Vorteile für den Patienten

Die rasche Bewegungsaufnahme sowie das baldige Essen und Trinken wirken sich in vielerlei Hinsicht positiv aus: die Darmtätigkeit wird sanft angeregt, womit die Verdauung schnell wieder auf natürliche Weise funktionieren kann. Die Gefahr eines Darmverschlusses ist dadurch viel, viel geringer. Auch der Harnkatheter kann rasch wieder entfernt werden. Durch die schnelle Mobilisierung gelingt es nicht nur, den Kreislauf in Schwung zu halten, sondern auch das Thrombose-Risiko sehr stark zu reduzieren. Die Patienten erholen sich dadurch insgesamt viel schneller, können oft nach 4-6 Tagen in gutem Zustand aus dem Krankenhaus entlassen werden und sind dadurch auch früher wieder arbeitsfähig.

### Nicht überall und bei jedem möglich

Das „Überholspur-Konzept“ ist an zwei Voraussetzungen geknüpft: zum einen eignet es sich vor allem für Patienten nach laparoskopischen Darmeingriffen, wo also nur durch einige, winzige Öffnungen und somit sehr gewebeschonend operiert wird. Laparoskopische Darmoperationen sind hochsensibel und sollten nur von darauf spezialisierten Chirurgen durchgeführt werden.

Zum anderen ist diese Art der Operations-Nachbehandlung sehr betreuungsintensiv und setzt eine perfekte Kooperation von Chirurgen, Anästhesisten, Pflegepersonal und Physiotherapeuten voraus. Beide Voraussetzungen sind bei uns im Evangelischen Krankenhaus gegeben. Angewendet haben wir das „Fast Track“-Prinzip bisher speziell bei Patienten, denen aufgrund von Darmdivertikeln oder von Darmkrebs ein Teil des Dickdarms entfernt werden musste.

Zurückhaltung sollte noch, da sind wir Fachleute uns im In- und Ausland einig, bei Patienten mit starkem Übergewicht sowie bei solchen mit schweren Wirbelsäulenproblemen herrschen. Grundsatz: wenn jemand schon üblicherweise schwer aufsteht, dann sollte man natürlich nicht gerade nach einem schweren Eingriff am Darm damit beginnen. Auch nach Akutoperationen sind wir mit der „Heilung auf der Überholspur“ (noch) zurückhaltend.

Rasche Mobilisierung – bei orthopädischen Eingriffen bereits nahezu Standard – dürfte sich somit auch bei größeren Operationen im Bauchraum immer mehr durchsetzen. Das Evangelische Krankenhaus Wien hat dabei eine wichtige Vorreiterrolle übernommen und verfügt daher über einen Erfahrungsvorsprung im sensiblen Bereich der Nachbehandlung von Bauch-Operationen.

### Service-Info für Sie:

OA Dr. Peter Jiru  
Facharzt für Chirurgie

Ordination:  
Tel.: 01/47 04 702



# Abteilungs-Visite: Neues Wissenswertes und Internationales.

## Hohe Auszeichnung für das E.K.H.

### Umweltschutz und Wirtschaftlichkeit müssen kein Widerspruch sein

Die Gemeinde Wien, Bereich Umwelt, prämiert jährlich jene Betriebe, die nicht nur umweltfreundlich sondern dabei zusätzlich ökonomisch agieren. Damit die Ergebnisse auch wirklich „Hand und Fuß“ haben, erfolgt von einer eigenen Kommission eine strenge Überprüfung. Eine Herausforderung, der sich im Vorjahr auch das Evangelische Krankenhaus Wien, unter Projektleitung von Ing. Josef Engelbrecht stellte.

Von diesem Projekt waren alle Abteilungen des Spitals einbezogen: Verwaltung, Stationen, Operationssäle, etc. Als Zielsetzung war die deutliche Reduktion von Abfällen und Emissionen vorgegeben. Weniger Material- und Energieverbrauch bedeutet Entlastung der Umwelt und Senkung der Kosten.

Nach intensiven Recherchen, wurden in zahlreichen Teambesprechungen Maßnahmen angedacht, erarbeitet und umgesetzt. Das ökonomische Ergebnis überraschte nicht nur das Projektteam, sondern vor allem die Geschäftsführung des E.K.H.! Durch kreativ überdachte Maßnahmen z.B. Optimierung der Abfallwirtschaft (Müllprojekt), automatische Dosieranlagen für Reinigungsmittel, Mehrweg – anstatt Einwegsyste-me – haben sich erhebliche Einsparungen erzielen lassen, die im weiteren Sinne der Umwelt sehr zugute kommen.

Dafür erhält das Evangelische Krankenhaus Wien die Auszeichnung als Öko profit-Betrieb 2004. Die feierliche Überreichung der Auszeichnung, an das Projektteam erfolgt im Festsaal des Rathauses.

## In Japan gefragt:

### EKH Know-how in der Hüftchirurgie

Japan hat 16-mal so viele Einwohner wie Österreich. Dennoch werden dort bisher nur etwa 4-mal so viele Hüftprothesen wie bei uns implantiert. Daher lud man im Februar dieses Jahres einige weltweit anerkannte Hüftgelenks-Experten, darunter den Leiter der Orthopädischen Abteilung, Univ.-Prof. Dr. Gerald Pflüger, zu Gastvorträgen vor hochkarätigem Publikum ins Land der aufgehenden Sonne ein.



Auf enormes Echo stieß Prof. Pflügers Gastvortrag beim 35. Jahreskongress der JSFRA

Neben dem viel beachteten Referat, welches Univ.-Prof. Dr. Pflüger vor einem großen Fachauditorium an der City University in Osaka hielt, fand vor allem auch sein anlässlich des 35. Jahreskongresses der JSFRA (Japanese Society for Replacement Arthroplasty) in Okinawa gehaltenen Vortrag ein sehr starkes Echo. Rund 1.250 (!) Spitzenorthopäden waren angereist, um an diesem Kongress teilzunehmen und um Prof. Pflügers Präsentation einer im Evangelischen Krankenhaus durchgeführten 10-Jahresstudie an Hüftgelenkspatienten beizuwohnen. Auf besonderes Interesse im Auditorium stießen die Ausführungen Prof. Pflügers zu innovativen Operationstechniken (minimal invasiven Eingriffen) sowie zu den bei uns eingesetzten, hochwertigen und langlebigen Implantaten. Die zahlreichen Expertenfragen, die Prof. Pflüger unmittelbar nach seinem Vortrag erhielt und auch bis heute noch erhält, beweisen, wie sehr das im Evangelischen Krankenhaus vorhandene Know-how international geschätzt wird.



Herzlichen und ganz persönlichen Dank gab es auch vom Kongresspräsidenten, Prof. Dr. Moritoshi Itoman und seiner Gattin

# Kleines Medizin ABC



## Endometriose:

Inseln von Gebärmutter-Schleimhaut an Eierstöcken, Bauchfell, Blase und/oder Darm

## Endoprothese:

künstlicher Ersatz für ein stark abgenutztes Gelenk

## Fibrosierung:

Verhärtung von Organen und Gewebstrukturen infolge einer Vermehrung des Bindegewebes

## Hallux Valgus:

zunehmend schmerzhafte Fehlstellung der Großzehe, bedingt durch einen Funktionsverlust des Abduktoren Muskels im Vorfußballen (volkstüml.: „Frostballen“)

## Angiographie:

Untersuchung der Durchlässigkeit der Arterien mittels Kontrastmittel-Einspritzung unter dem Röntgenschirm

## MR-Angiographie:

Methode, die ebenso genaue Ergebnisse liefert wie die Angiographie; die Untersuchung erfolgt dabei mittels Magnetresonanztomographie = Schnittbild-Diagnose, die zur Erzeugung der Bilder keine Röntgenstrahlen sondern starke Magnetfelder und Radiowellen einsetzt

## Arthrose:

zumeist altersbedingte, schmerzhafte Abnutzung des Gelenkknorpels; äußert sich in Schrumpfung und Verformung des Knorpels

## Bioresorbierbar:

wird vom körpereigenen Gewebe abgebaut

## Dornfortsatz:

nach hinten gerichtete, knöcherne Ausbuchtung eines Wirbels

## Mamma:

weibliche Brust

## Mammographie:

Bruströntgen; ermöglicht das frühzeitige Erkennen von Knotenbildung

## Mammabiopsie:

Entnahme von Gewebeproben aus der weiblichen Brust

## Mammotomie:

Mammabiopsie, die durch digitale Mammographie gestützt wird und den Entnahmeort für die Gewebeprobe exakt via Bildschirm aufzeigt

## Prä-operativ:

vor der Operation

## Post-operativ:

nach der Operation

## PROMOS-Schulterssystem:

neuartiges Endoprothesen-System, anatomisch optimal angepasste Schultergelenks-Prothese

## Sonographie:

medizinisches Untersuchungsverfahren mit Hilfe von Ultraschall

## Stent:

feines Drahtgeflecht, das der Aufdehnung einer Arterie nach einer Gefäßverengung dient

## Ultraschall-Doppler-Untersuchung:

spezielle Ultraschall-Untersuchung, mit der die Geschwindigkeit des Blutes in den Gefäßen gemessen wird.

## Varizen:

knotenförmig erweiterte, oberflächlich gelegene Beinvenen (Krampfadern)