

Collegiale

Fachinformationen für Haus- und Fachärzte

CAROTIS-OP

Schnelle Indikationsstellung
zum Shunt SEITE 02

INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT

Behandlung von destabilisierenden
Metastasen in beiden Femora SEITE 04



LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN,

beinahe 155 Jahre
Erfahrung und
modernste Medizin
sind kein Wider-
spruch, wie sich am
Marienkrankenhaus

zeigt. In der neuen Ausgabe des „Collegiale“-Newsletters berichten wir u. a. über die Operation am wachen Patienten, wie sie in vielen Fällen bei der Carotis-OP durchgeführt werden kann (Seite 2). Wann ein Kardio-MRT sinnvoller sein kann als die Herzkatheteruntersuchung, erklärt Priv. Doz. Dr. Henning Steen auf Seite 3. Die optimale Behandlungsqualität hat aber nicht nur etwas mit OP-Verfahren und Untersuchungsmethoden zu tun, sondern in erster Linie mit den behandelnden Ärzten. Je enger wir mit Ihnen und den Fachbereichen interdisziplinär kooperieren, desto größer ist die Chance, dem Patienten bestmöglich helfen zu können. Wie sich die Zusammenarbeit im onkologischen Zentrum des Marienkrankenhauses gestaltet, lesen Sie auf Seite 4. Sie haben Fragen zu diesen oder anderen Themen? Sprechen Sie gern unsere Ärzte an.

Ihr

Prof. Dr. Norbert Rolf
Ärztlicher Direktor

Telefon 040 25 46-11 02
rolf.anaesthesie@marienkrankenhaus.org



HERZ-MRT ALS STRAHLUNGSFREIE METHODE

KARDIOVASKULÄRE MAGNETRESONANZ- TOMOGRAFIE

SEITE 03

CAROTISSTENOSE

OP AM WACHEN PATIENTEN

Mit zunehmendem Alter bilden sich in den Blutgefäßen Ablagerungen. Außerdem verlieren Arterien und Venen ihre Elastizität. Die Folge sind Verengungen der Blutbahn. Geschieht das in den Halsschlagadern (Carotisstenose), steigt das Schlaganfallrisiko. Ist deshalb eine Operation geboten, bei der die Engstelle ausgeschält wird, hat sich in vielen Fällen die lokale Betäubung gegenüber der Allgemeinanästhesie als vorteilhafter erwiesen. Denn das neurologische Monitoring am wachen Patienten ermöglicht die Vermeidung einer intraoperativen Shunt-Einlage.

Studien zufolge haben neun Prozent der Männer ab dem 65. Lebensjahr eine Verengung in der Halsschlagader, unter gleichaltrigen Frauen sind es sieben Prozent. Dies bedeutet für Deutschland eine jährliche Anzahl von 20.000 bis 30.000 carotisbedingten ischämischen Schlaganfällen. „Allgemein akzeptiert ist, dass Patienten mit symptomatischen Carotisstenosen mit einer Lumeneinengung von mehr als 70 Prozent von der Operation profitieren“, sagt Dr. Christos Petridis, Leitender Arzt der Gefäßchirurgie am Marienkrankenhaus. „Bei asymptomatischen Stenosen empfiehlt sich der Eingriff ab



Der Patient wird neurologisch überwacht, indem dieser während des Eingriffs eine Quietschente drücken muss.

einem Verengungsgrad von 75 Prozent.“ Lange wurde diese Hochrisiko-OP an einer der wichtigsten Blutbahnen des Menschen ausschließlich in Allgemeinanästhesie vorgenommen. Jetzt tritt die Regionalanästhesie zunehmend in den Vordergrund – wenn auch in wesentlich geringerer Fallzahl.

UNTERVERSORGUNG DES GEHIRNS VERHINDERN

„Bei der Carotis-Operation muss das hirnvorsorgende Blutgefäß vorübergehend abgeklemmt werden“, erklärt Petridis. „Das kann unter

Umständen zu einer Minderdurchblutung des Gehirns führen – zum Beispiel, wenn sich herausstellt, dass die Halsschlagader der Gegenseite ebenfalls verengt ist. Um diese Entwicklung frühzeitig zu erkennen und eine Unterversorgung beispielsweise durch die Einlage eines Shunts zu verhindern, ist es von Vorteil, wenn der Patient wach und ansprechbar ist.“ Zur neurologischen Kontrolle fordert ihn der Anästhesist während des Eingriffs alle 30 Sekunden auf, mit der Hand eine Quietschente zu drücken. Bleibt der Patient während der Abklemmphase neurologisch unauffällig, kann auf die Einlage eines Shunts verzichtet werden, denn auch sie ist mit einem periprozeduralen Schlaganfallrisiko verbunden. „Mit der zervikalen Plexusanästhesie wird zudem der Kreislauf nicht so stark belastet wie bei einer Allgemeinanästhesie“, so Prof. Dr. Norbert Rolf, Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie und Ärztlicher Direktor am Marienkrankenhaus. „Die Punktionsnadel wird dabei sonografisch kontrolliert und die Ausbreitung des Regionalanästhetikums am Wirkort sonografisch dargestellt.“ Gerade in Zonen, die durch eine komplexe Anatomie auf engstem Raum gekennzeichnet sind, wie der Halsbereich, sei das sehr hilfreich. Dennoch könne laut Rolf nicht ausgeschlossen werden, dass während des Eingriffs eine Nachinjektion des Regionalanästhetikums erforderlich sei, sollte das Gebiet noch nicht komplett blockiert sein. In seltenen Fällen müsse sogar in die Allgemeinanästhesie übergeleitet werden. Auch sei zu berücksichtigen, dass nicht jeder Patient für eine OP unter lokaler Betäubung infrage komme – schon aus anatomischen Gründen.

Die Operation dauert in der Regel 90 Minuten. Im Marienkrankenhaus werden mittlerweile pro Jahr 30 bis 40 Patienten mit einer verengten Halsschlagader im wachen Zustand operiert.



LEITENDER ARZT
GEFÄSSCHIRURGIE
Dr. Christos Petridis
Tel. 040 25 46-14 07
petridis.chir@
marienkrankenhaus.org

ERWEITERTE NEONATOLOGIE

SIEBEN ELTERN-KIND-ZIMMER FÜR ROOMING-IN

Am 18. Juni 2018 eröffneten das Marienkrankenhaus und das Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift den Erweiterungsbau der Früh- und Neugeborenen-Intensivstation im Marienkrankenhaus.

Durch das Perinatalzentrum Level 1 besteht hier die höchste Versorgungsstufe für Mütter und ihre Neu- und Frühgeborenen. „Mit der (...) Neugeborenen-Intensivstation und den sieben neuen Eltern-Kind-Zimmern wird diese Versorgung um ein familienzentriertes und entwicklungsförderndes Konzept erweitert, das in dieser Form in Hamburg und Umland bislang einmalig ist“, so Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks. Die Hamburger Gesundheitsbehörde finanzierte den Neubau mit über 8,5 Millionen Euro. Mit der baulichen Erweiterung ist die Neugeborenen-Intensivstation auf insgesamt 22 Betten aufgestockt worden. Die sieben speziell eingerichteten Eltern-Kind-Zimmer ermöglichen eine entwicklungsfördernde Rooming-in-Versorgung.



Die medizinische Versorgung aus einer Hand durch die Spezialisten in Geburtshilfe und Neonatologie in Kombination mit dem Rooming-in-Konzept ist ein Meilenstein in der Frühchen-Versorgung in Hamburg.



Das Team:

PD Dr. Henning Steen, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, und Moritz Montenbruck, Assistenzarzt im Zentrum für Kardiologie
(Bild unten v. r.)



KARDIOVASKULÄRE MAGNET- RESONANZTOMOGRAFIE „HERZ-MRT“ ALS ALTERNATIVE ZUM HERZKATHETER

Besteht der Verdacht auf eine Verengung der Herzkranzgefäße, war bislang der Herzkatheter das Mittel der Wahl. Jetzt rückt die Herz-MRT zunehmend in den Fokus. Diese nicht-invasive und strahlungsfreie Untersuchungsmethode ist der Herzkatheterdiagnostik in vielerlei Hinsicht ebenbürtig und hat zudem noch etliche Vorteile.

„In sieben von zehn Fällen stellt sich bei einer Katheter-Untersuchung glücklicherweise heraus, dass doch alles okay ist“, so Priv. Doz. Dr. Henning Steen, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie im Marienkrankenhaus. „Also hätte man sich den Eingriff, der immerhin bis zu 900 Euro kostet, im Grunde sparen können.“ Hinzu kommt, dass Nebenwirkungen auftreten können, etwa allergische Reaktionen auf das jodhaltige Kontrastmittel. Deshalb setzt Steen alternativ auf die kardiovaskuläre Magnetresonanztomografie. Die Kardio-MRT erlaubt eine exakte und dreidimensionale Darstellung und Untersuchung des Herzmuskels in strahlungsfreier Umgebung. „Dieses Diagnoseverfahren ist hervorragend dafür geeignet, selbst komplizierte anatomische Strukturen abzubilden, und lässt genaue Rückschlüsse darauf zu, in welchem Teil eine Erkrankung vorliegt“, erklärt Steen. So kann bei einem Herzinfarkt etwa unterschieden werden, welche Gebiete des Herzmuskels nicht mehr vital sind und welche sich durch entsprechende Behandlungsmethoden (Herzkatheter mit Stentimplantation/Bypassoperation) retten lassen. Außerdem ist die Kardio-MRT eine anerkannte Referenzmethode, um Veränderungen von Herzkranzgefäßen (Angina Pectoris) aufzudecken, und kann somit dem Auftreten eines Herzmuskelschadens (Herzinfarkt) vorbeugen. Auch liefert das Verfahren zuverlässige Aussagen hinsichtlich einer Diagnose von Entzündungen des Herzmuskels und des Herzbeutels. Liegt beispielsweise eine Myokarditis oder Perikarditis vor, kann mittels Kardio-MRT das Ausmaß und die Verteilung der akuten Entzündung im Herzen gesehen und nach drei bis sechs Monaten der Verlauf beurteilt werden.



KARDIO-MRT
FACHARTZ FÜR INNERE MEDIZIN
UND KARDIOLOGIE

PD Dr. Henning Steen

Telefon 040 25 46-25 51

steen2.innere@marienkrankenhaus.org

Darüber hinaus lassen sich unklare Veränderungen der Herzfunktion, der Herzmuskelmasse oder der Herzgröße (Kardiomyopathien) sowie angeborene Herzfehler oder erworbene Herzklappenerkrankungen (Klappenvitien) mittels dieser Methode genau untersuchen, um im Anschluss gemeinsame Behandlungsoptionen zu diskutieren oder festzulegen.

DIE STRESS-MRT MACHT DIE FOLGEN EINER GEFÄßVERENGUNG SICHTBAR

Im Zentrum für Kardiologie am Marienkrankenhaus können Ärzte während einer sogenannten Stress-MRT erkennen, ob auch unter Belastungsbedingungen die Blutversorgung des Herzmuskels gesichert ist. Um den Blutfluss des Patienten entsprechend anzukurbeln, wird ihm das körpereigene Hormon Adenosin verabreicht. „Im Rahmen der Stress-MRT werden die Auswirkungen einer Gefäßverengung sichtbar. Die Ergebnisse bilden die Grundlage für die weitere Therapieentscheidung“, erklärt Steen.

FÜR WEN IST DIE HERZ-MRT UNGEEIGNET?

Die Herz-MRT erfolgt ambulant und dauert ca. 30 bis maximal 45 Minuten. Kontraindikationen sind nicht MRT-taugliche Herzschrittmacher, Defibrillatoren und CRT-Systeme, Insulinpumpen und Innenohrimplantate, aber auch metallische (ferro-magnetische) Fremdkörper (Granatsplitter, Metallabsprengungen z. B. in metallverarbeitenden Berufen). Gleiches gilt für Gefäßclips und intrazerebrale Clips, wenn kein eindeutiger Nachweis einer MR-Kompatibilität z. B. durch OP-Protokoll vorliegt. Auch Übergewicht (größer 120 kg), Schwangerschaft (insbesondere in den ersten 3 Monaten) und bekannte Allergien gegen MR-Kontrastmittel oder Adenosin (sehr selten) schließen dieses Diagnostikverfahren aus.

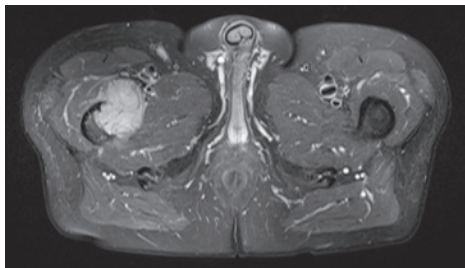
Das Zentrum für Kardiologie am Marienkrankenhaus ist die größte Einrichtung für Kardio-MRT in ganz Norddeutschland und von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zertifiziert.

HAND IN HAND BEI DER METASTASENBEHANDLUNG

Tumorleiden betreffen in Regel mehr als nur ein Organsystem. So erfordert ihre fachgerechte Behandlung eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit der Fachdisziplinen im Onkologischen Zentrum des Marienkrankenhauses. Ein Beispiel ist die Behandlung von destabilisierenden Metastasen in beiden Femora.

Im Rahmen interdisziplinärer Konferenzen kommen im Marienkrankenhaus die Experten zusammen, um gemeinsam sämtliche Therapieabläufe abzustimmen. Bei der Behandlung eines ossär metastasierten Nierenzellkarzinoms (NCC) konnte eine optimale Behandlungsqualität für den Patienten im Schultergürtel von Onkologen, interventionellen Radiologen, Strahlentherapeuten und Unfallchirurgen/Orthopäden erzielt werden.

Ein 77-jähriger Mann litt an einem Nierenzell-CA (TX NY M1), welches zu frakturgefährdenden Metastasen beider Femora geführt hatte. „Um eine osteosynthetische Versorgung möglichst schonend vornehmen zu können, wurde im Rahmen der präoperativen Planung insbesondere die ausgeprägte Vaskularisation und das perioperative



Nierenzell-CA mit frakturgefährdenden Metastasen

NEUER LEITENDER ARZT IN DER GEBURTSHILFE

Maciej Czugalinski ist seit dem 1. Juli 2018 neuer Leitender Oberarzt für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der Frauenklinik am Marienkrankenhaus. Er kommt aus der Praxis für Pränatalmedizin im Perinatalzentrum Altona und war zuvor u. a. in der Asklepios Klinik Wandsbek und an der Universitätsmedizin



CHEFARZT INSTITUT FÜR
DIAGNOSTISCHE UND
INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

Prof. Dr. Christian R. Habermann

Telefon 040 25 46-17 01
habermann.radiologie@
marienkrankenhaus.org



CHEFARZT KLINIK FÜR UNFALL-
CHIRURGIE, ORTHOPÄDIE UND
HANDCHIRURGIE

Dr. Roman Feil

Telefon 040 25 46-15 01
feil.Luco@marienkrankenhaus.org

Blutungsrisiko von Metastasen eines NCC berücksichtigt“, so Dr. Roman Feil, Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Handchirurgie. „Durch die Radiologie des Marienkrankenhauses wurde die arterielle Versorgung des Tumors minimalinvasiv perkutan mittels einer Spiral-embolisation durch multiple Coils unterbunden. So kann der Unfallchirurg die Operation unter größter Sicherheit für den Patienten zügig durchführen“, erklärt Prof. Dr. Christian R. Habermann, Chefarzt am Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie. Unmittelbar nach der radiologischen Embolisation erfolgte jeweils die Marknagelosteosynthese, wobei rechtsseitig ein antegrader Gamma-Nagel und linksseitig ein retrograder Knee-Nail verwendet wurde. Eine sofortige postoperative Mobilisierung konnte dem Patienten unter Vollbelastung im Rahmen der Rehabilitation gestattet werden. Eine kurze Rekonvaleszenzphase ermöglicht die rasche Weiterbehandlung durch die Kollegen der Onkologie und Strahlentherapie, um diese Therapieansätze zeitnah fortführen zu können.

Göttingen tätig. Der erfahrene Pränatalmediziner ist auf die Betreuung von Risiko- und Hochrisikoschwangerschaften spezialisiert und verfügt über die DEGUM-Stufe II-Qualifikation. Der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe bietet neben dem Spektrum der Pränataldiagnostik eine hohe Spezialisierung in der medikamentösen Pränataltherapie. Zudem verfügt er über die IOTA-Zertifizierung (International Ovarian Tumor Analysis) zur sonografischen Beurteilung von Adnexitumoren.

FORTBILDUNGEN VERANSTALTUNGEN AM MARIENKRANKENHAUS

15.9.2018, 9.00 Uhr

5. INTERVENTIONELLES SYMPOSIUM

6 CME-Punkte, DeGIR-Zertifizierung
intervention.splashthat.com

Weitere Veranstaltungen:

www.marienkrankenhaus.org/zuweiser-partner/fortbildungen-vortraege

NEUES SCHWERPUNKT- ZENTRUM

Das Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie ist von der Deutschen Röntgengesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Muskuloskelettale Radiologie (DGMSR) zum „Schwerpunktzentrum Muskuloskelettale Radiologie“ ernannt worden. Die Auszeichnung unterstreicht die hohe Qualifikation und Erfahrung von Chefarzt Prof. Dr. Christian R. Habermann und seinem Team. Zu den Voraussetzungen für die Auszeichnung gehören eine moderne apparative Ausstattung, umfangreiche Erfahrung und ein breites Leistungsspektrum, das unter anderem bildgebende Verfahren wie die Computertomografie (CT), die Magnetresonanztomografie (MRT), Ultraschall oder gezielte Interventionen am Bewegungsapparat enthält. Es werden mindestens 10.000 Untersuchungen des Bewegungsapparates pro Jahr gefordert, davon mindestens 800 MRT-Untersuchungen am muskuloskelettalen System. Ein weiteres Kriterium ist der regelmäßige, interdisziplinäre Austausch im Rahmen von klinischen Konferenzen mit Unfallchirurgen, Orthopäden und Rheumatologen.



LEITENDER OBERARZT
GEBURTSHILFE UND PRÄNATAL-
MEDIZIN IN DER FRAUENKLINIK

Maciej Czugalinski

Telefon 040 25 46-10 18
czugalinski.frauen@
marienkrankenhaus.org

IMPRESSUM

HERAUSGEBER: Kath. Marienkrankenhaus gGmbH, Alfredstraße 9, 22087 Hamburg, Telefon 040 25 46-0, Fax 040 25 46-25 46, info@marienkrankenhaus.org, V.i.S.d.P.: Sebastian Finger REDAKTION: Sebastian Finger, Marthe Westphal REALISATION: schönknecht : kommunikation GmbH, Stadtdeich 3, 20097 Hamburg, Telefon 040 30 38 26 70, Fax 040 30 38 26 74, info@schoenknecht-kommunikation.de AUFLAGE: 3.000 DRUCK: Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH FOTOS: Kath. Marienkrankenhaus gGmbH, Jost Fink, Bertram Solcher