



Ein einziger Schnitt im Bauch genügt

Die Gallenblase lässt sich seit kurzem durch einen einzigen Schnitt im Bauchnabel entfernen.

Die Patienten haben dadurch zwar weniger Narben, die Operation dauert aber länger.

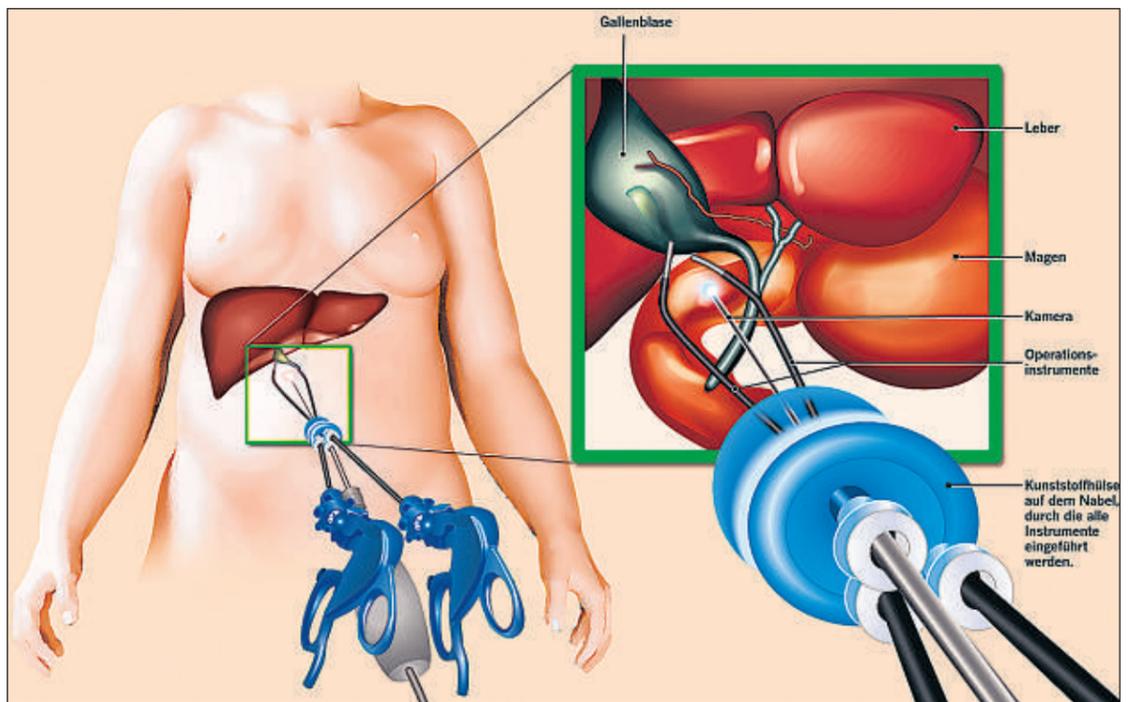
Felicitas Witte

Äußern sich Gallensteine durch Schmerzen im Bauch, Völlegefühl, Übelkeit und Schweißausbrüche, kommen die meisten Patienten um eine Operation nicht herum. Heute operiert der Chirurg das standardmäßig laparoskopisch. Dabei führt er Kamera und Instrumente über einen kleinen Schnitt im Nabel und zwei bis drei weitere im Oberbauch ein und zieht die Gallenblase über das Nabelloch heraus. Minimalinvasiv wird die Technik genannt, weil es den Patienten weniger belastet, er früher entlassen werden kann und nur wenige Zentimeter lange Narben zurückbleiben. Nun soll es noch „minimaler“ werden: Seit kurzem bieten einige Chirurgen die „Single-Site-Operation“ an. Dabei entfernen sie die Gallenbla-

se durch einen einzigen Schnitt im Nabel. Auf den Nabel platzieren sie ein Kunststoffgerät, durch das sie Kamera und Instrumente gemeinsam einführen (siehe Grafik). Philippe Morel, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie, ist begeistert: „Die Patienten haben nicht nur weniger Narben, sondern wir senken das Risiko von Blutungen, Narbenbrüchen und anderen Komplikationen.“ Außerdem würden sich die Kranken schneller erholen.

Schwieriger Vergleich

Das haben Studien allerdings noch nicht belegt. Chirurgen von der Magna-Graecia-Uni im italienischen Catanzaro nahmen kürzlich die bisherigen Studien mit insgesamt 3902 Patienten unter die Lupe. Sie fanden nur eine einzige randomisierte Studie, bei der nach dem Zufallsprinzip sowohl mit der neuen als auch mit der herkömmlichen Methode operiert wurde. Dies erlaubt es, die Ergebnisse direkt gegenüberzustellen. Bei den übrigen 28 Studien wurde jeweils nur eine Methode angewendet, was keinen direkten Vergleich zulässt. Bei der neuen Methode dauerte die Operation durchschnittlich 20 Minuten länger. In 4,4 Prozent der Fälle mussten doch noch Instrumente über drei weitere Löcher eingeführt werden. Bei beiden



Bei der neuen OP-Technik werden alle Instrumente durch einen einzigen Kanal geführt. Grafik: Arifé Aksoy

Techniken traten wenige Komplikationen auf, beim Einzelzugang etwas häufiger. Im Krankenhaus blieben die Patienten jeweils meist einen Tag. Inzwischen gibt es noch weitere randomisierte Studien, aber auch die haben nur einen kosmetischen Vorteil gezeigt.

„Der Einzelzugang macht aus der eigentlich einfachen Operation ein kompliziertes Verfahren ohne nachgewiesene Vorteile“, sagt Beat Müller, Sektionsleiter Minimalinvasive Chirurgie an der Uni Heidelberg. „Der Nabelschnitt ist meist größer als bei der

herkömmlichen Operation – das kann das Risiko für einen Narbenbruch erhöhen.“ Außerdem seien die Narben auch beim klassischen Zugang dank neuer Instrumente kaum noch sichtbar. „Und günstiger ist der allemal.“ Ganz gegen die Single-Site-Operation ist er aber nicht. „Bei anderen Operationen könnte der Zugang durchaus Vorteile haben, zum Beispiel wenn man einen Teil des Dickdarmes herausnehmen muss.“

Schnellerer Abschied vom grauen Star

Mit einer neuen Lasertechnik wird die getrübe Linse leichter entfernt

Die Umgebung wird weniger scharf, helles Licht blendet mehr als früher, und das Lesen strengt an: Beim grauen Star (Katarakt) trübt die Augenlinse ein, unbehandelt schreitet die Krankheit immer weiter fort. Mehr als 60 Prozent der Menschen über 65 Jahren bemerken diese Sehstörung. Bisher kann man die Krankheit nicht verhindern und nicht mit Medikamenten behandeln. Nur eine Operation stellt das Sehvermögen wieder her. Dabei entfernt der Augenarzt die trübe Linse aus dem Auge und ersetzt sie durch eine Linse aus Kunststoff.

Seit kurzem bieten vor allem Augenärzte in der Schweiz und

Deutschland eine neue Operationsmethode an. Hierbei führt der Arzt bestimmte Operationsschritte nicht wie bisher mit Pinzette oder Ultraschall durch, sondern mit dem Femtosekundenlaser. Das ist ein neuer Laser mit extrem kurzen Lichtpulsen, der auch zur Korrektur von Weit- oder Kurzsichtigkeit eingesetzt wird. „Die Technik wird die Kataraktchirurgie revolutionieren“, sagt Eduard Haefliger, Chefarzt der Laser Vista Augenlaserszentren in der Schweiz. „Damit kann ich die neue Linse viel genauer positionieren. Außerdem ist die Operation sicherer, weil die Laserschnitte präziser sind.“

Fokussierter Laser

Bei der neuen Methode schneidet der Arzt mit dem Laser ein kreisrundes, vier bis fünf Millimeter großes Loch vorn in die Linsenkapsel (siehe Grafik), die die Linse einhüllt. Dann zerkleinert und verflüssigt der Laser den Kern der getrübten Linse. Beim herkömmlichen Verfahren wird die Kapsel mit einer Mini-Pinzette geöffnet und die Linse mit Ultraschall bearbeitet. „Die Ultraschallwellen bergen das Risiko, dass sie die Hornhautzellen schädigen“, erklärt Haefliger, „der Laser arbeitet

so fokussiert, dass die umliegenden Gewebe nicht geschädigt werden.“ Die letzten Schritte sind bei der neuen Methode genauso wie bei der herkömmlichen: Über das Loch werden die Reste der Linse abgesaugt, und die neue Linse wird in die leere Linsenkapsel eingebracht.

Mediziner vom Moran Eye Center in Salt Lake City, USA, gaben kürzlich einen Überblick über Studien zu der neuen Technik. Untersuchungen an etwa 50 operierten Augen zeigen, dass sich die Kunstlinsen nach der Laser-Operation nicht so oft zur Seite verschoben. Außerdem waren die Schnitte in der Kapsel exakter. „Wir haben aber noch zu wenige Daten, was die bessere Positionierung für die Patienten bedeutet“, sagt Thomas Kohnen, Direktor der Augenklinik an der Uni Frankfurt. Die bisherigen Studien sprechen dafür, dass der Laser der konventionellen Technik ebenbürtig ist: Das Sehvermögen lässt sich damit genauso gut wiederherstellen, und Komplikationen wie Hornhautschäden oder Entzündungen traten nach einjähriger Beobachtungsdauer ähnlich selten auf.

„Wir kennen die Langzeitfolgen noch nicht“, sagt Kohnen, „interessant wäre zu wissen, ob die ge-

laserten Patienten auch nach Jahren noch besser sehen, weil ihre Linsen exakter platziert wurden.“ Hierfür braucht man große, randomisierte Studien, bei denen Patienten zufällig der einen oder anderen Behandlung zugeteilt werden. So eine Studie will Günther Grabner in Kürze starten, Vorstand der Augenklinik an der Paracelsus Med-Uni Salzburg. Den Femtosekundenlaser will die Uniklinik in einigen Monaten anschaffen. Eine teure Investition – das Gerät kostet etwa eine halbe Million Euro. „Ich bin zuversichtlich, dass sich das lohnt“, sagt Grabner.

Beschränkter Einsatz

Manche Patienten kommen für die neue Technik nicht infrage. Ist zum Beispiel die Augenhöhle sehr eng, lässt sich die Ansaug-Vorrichtung des Lasers am Auge nicht sicher genug befestigen. Und bei fortgeschrittenem grauem Star ist das Innere der Linse oft so verhärtet, dass es durch den Laser nicht aufgeweicht werden kann. „Es gibt aber schon neue Laser, mit denen man auch solche Patienten gut behandeln kann“, sagt Grabner. Ein weiterer Ausschlussgrund könnte der Preis sein: Diese Operation kostet mindestens 800 Euro mehr. (fewi)

Fraglicher Fortschritt

Bei der Gallenblase rät auch Johannes Zacherl, Leiter der Allgemein Chirurgie am Herz-Jesu-Krankenhaus in Wien, von der Single-Site-Technik ab. „Solange nicht bewiesen ist, dass die Patienten dadurch weniger Schmerzen und weniger Komplikationen haben, halte ich es für falsch verstandenen Fortschritt, diese Methode zum Standard zu machen.“ Nur wenn das kosmetische Ergebnis besonders wichtig sei, etwa bei Fotomodellen, könne man das überlegen. Es sollten aber nur die Chirurgen machen, die es wirklich können. „Man braucht bei laparoskopischen Eingriffen und speziell bei der Single-Site-Technik viel mehr Übung, um die Methode perfekt zu beherrschen“, sagt Zacherl. Das können Chirurgen an Modellen lernen. „Leider gibt es zu wenige Möglichkeiten zum Trainieren – entweder bekommen die Ärzte dafür zu wenige Fortbildungstage, oder es ist zu teuer.“ Zacherl plädiert für mehr Trainings, idealerweise in Simulationszentren wie für Piloten. „Das kostet zwar, aber die Chirurgen operieren dadurch nachweislich besser“, sagt Zacherl, „und davon profitiert nicht nur der Patient, sondern auch das Gesundheitssystem, weil man Folgekosten für Komplikationen spart.“

