

# newsletter 3/08



## etzelclinic - eine Erfolgsstory am Zürichsee

*Das Konzept der Spezialisierung im medizinischen Bereich wird durch die aufgeklärten Patienten heute immer mehr gefordert. Auf Grund dieser Forderungen hat die ehemalige Citypraxis und heute etzelclinic ihr Angebot so angepasst, dass die Patienten für ihre verschiedenen Krankheitsbilder zu ausgewiesenen Spezialisten kommen oder geschickt werden.*

Dieses saubere, transparente Konzept gewann in der Bevölkerung dermassen viel Vertrauen, dass sich in den letzten Jahren ein stetiges Wachstum abgezeichnet hat, das es uns ermöglichte, unser Angebot auszubauen.

Nachdem vor zwei Jahren die etzelclinic flächenmässig verdoppelt werden konnte, ist auch dieses Jahr ein weiterer Schritt geplant. Vom Mai dieses Jahres an wird die Zusammenarbeit mit der viszeralchirurgischen Praxis von Dr. Thorsten Carstensen in Rapperswil aufgenommen.

Somit kann am Standort Pfäffikon in Zukunft eine viszeralchirurgische Sprechstunde mit Schwerpunkt Coloproktologie (Chirurgie des Dick- und Enddarmes) angeboten werden. Im Gegenzug werden einzelne chirurgische Gelenks-Spezialgebiete in der Praxis in Rapperswil eine Sprechstunde führen.

Damit ist garantiert, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Spezialisierung weiter ausgebaut werden kann.

**Wir freuen uns auf diese Herausforderung und auch auf die Vergrößerung unseres Teams.**

## Die Zehntausendste Patientin

**Die über die Schweizer Kantongrenze hinaus bekannt gewordene etzelclinic konnte im Januar 2008 die zehntausendste Patientin ehren. Ihr wurde im Rahmen einer kleinen Feier ein Dankeschöngeschenk, eine Flasche etzelclinic Champagner überreicht.**

Das Erfolgsrezept unserer etzelclinic beruht darauf, dass heute die Patienten besser aufgeklärt sind und darum für ihre spezifischen Krankheitsbilder einen ausgewiesenen Spezialisten suchen.

Durch unsere extreme Spezialisierung in den chirurgischen Disziplinen konnten wir in der Bevölkerung Vertrauen schaffen. Das Konzept ist soweit aufgegangen, als wir neben unseren Stammgebieten wie Schulter-, Knie-, Aesthetische- und Varizenchirurgie auch seit über einem Jahr die Fusschirurgie, und neuerdings die Visceralchirurgie anbieten können.

Mit dieser Entwicklung wird uns in Zukunft eine noch kompetentere Versorgung unserer Patienten möglich sein.



Unsere Zehntausendste Patientin in der etzelclinic

## Die etzelclinic stellt vor: Dr. med. Thorsten Carstensen



**Ab dem 1. Mai 2008 wird Dr. Thorsten Carstensen, Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie unser Team verstärken. Nach dem Studium der Humanmedizin in Hamburg hat Dr. Carstensen seine komplette chirurgische Ausbildung in der Schweiz absolviert.**

Zuletzt war Dr. Carstensen über 4 Jahre Oberarzt für Chirurgie am Kantonsspital

Olten (Prof. Dr. M. Zuber, Dr. L. Eisner), vorher ebenfalls über 4 Jahre am Kantonsspital St. Gallen (Prof. Dr. J. Lange).

Sein Spezialgebiet ist die Koloproktologie, hier hat er u.a. seine fachspezifischen Kenntnisse während eines längeren Aufenthaltes im renommierten St. Mark's Hospital, London vertiefen können.

2006 hat Dr. Carstensen die europäische Facharztprüfung für Koloproktologie erfolgreich absolviert und ist somit in der Schweiz der einzige niedergelassene Chirurg mit diesem Titel (EBSQ for Coloproctology)

Anbieten können wir alle notwendigen diagnostischen Abklärungen entsprechender Therapie bei:

Analer Inkontinenz	Outlet obstruktion
Slow transit colon	Fissuren
Perianalabszesse	Analfisteln
Anal- und Rektumcarcinom	Rektumprolaps
Hämorrhoiden / Mukosaprolaps	Condylomata

Alle modernen Geräte der coloproktologischen Diagnostik stehen zur Verfügung.

Im Bereich der laparoskopischen Chirurgie als auch bei den meisten minimal invasiven Techniken verfügt Dr. Carstensen über eine langjährige Erfahrung.

### Anale Inkontinenz

**Die Unfähigkeit den Stuhl willkürlich zu kontrollieren kommt häufiger vor als wir annehmen und ist immer noch ein Tabuthema. Das Problem wird häufig verschwiegen. Es wird angenommen, dass in der Altersgruppe der über 65-jährigen ca. 7% unter einer Stuhlinkontinenz leiden. Dabei gibt es heute erfreulicherweise gute Mittel, um den Patienten und Patientinnen helfen zu können.**

Die Kontinenz wird durch ein hochsensibles Zusammenspiel des Rektums und dem Sphinkterkomplex gewährleistet. Störungen in einem oder beiden Systemen können zu Kontinenzproblemen führen.

Unterschieden wird zwischen einer angeborenen und erworbenen Form. Häufig liegt bei der erworbenen Inkontinenz eine multifaktorielle Ursache vor.

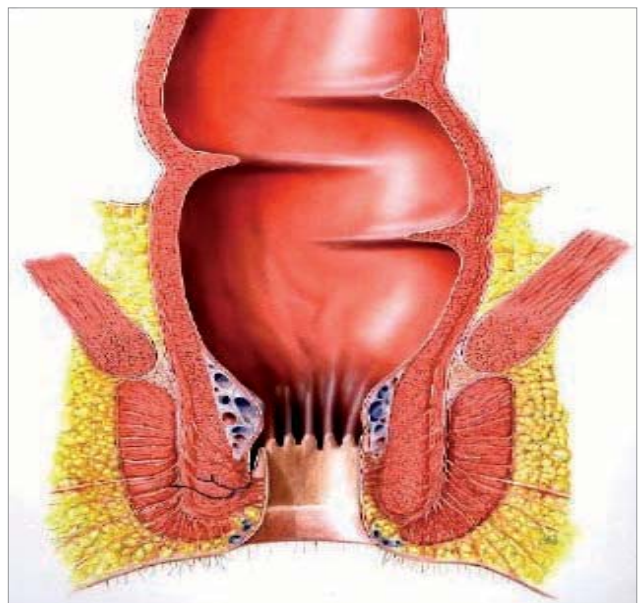
Bei Frauen kann eine Schliessmuskelverletzung unter der Geburt im Alter oder durch eine zusätzlich erworbene Beckenbodensuffizienz zur Stuhlinkontinenz führen.

Andererseits kann eine Voroperation (Hämorrhoiden / Fistel), ein Zustand nach Bestrahlung, ein Mukosa- oder Rektumprolaps oder eine Wirbelsäulenpathologie Ursache einer Inkontinenz sein.

Als primäre diagnostische Untersuchungen, neben einer exakten Anamnese und rektodigitaler Palpation, empfiehlt sich eine endoanale Sonografie, eine anale Manometrie und eine endoskopische Untersuchung. Je nach Befund ist eine weiterführende Diagnostik (konventionelle Defäkografie, Video-MRI-Defäkografie, Transitzeit, Neurologische Untersuchung, MRI der Wirbelsäule) zu prüfen.

Neben der medikamentösen Therapie kommt ein regelmässiges Beckenbodentraining (Biofeedback) in Betracht. Falls sich die Inkontinenz durch diese Massnahmen nicht wesentlich verbessern lässt, kommen unterschiedliche, individuell angepasste chirurgische Therapien in Frage. Neben einem Sphinkterrepair bietet sich als relativ neue und vielversprechende Möglichkeit die sacrale Neurostimulation (SNS) an. Diese kann meist ambulant in Lokalanästhesie – wie auch die Sphinkteraugmentation (PTQ Implantation) – durchgeführt werden und führt in 75% zu einer deutlichen Verbesserung der Kontinenzleistung. Bei sehr grossen Dehiszenzen des Sphinkterkomplexes über 1/4 der Circumferenz hinaus sollte ein Neosphinkter evaluiert werden (Dynamische Gracilisplastik, Artificial bowel Sphinkter). Als letzte Option wäre eine Stomaanlage zu prüfen.

#### Dr. med. Thorsten Carstensen



## Morton-Neurom

*Die Minimal-Invasiven Methoden haben allgemein in der Medizin und speziell in der Chirurgie einen wahren Triumphzug erlebt. Einer der Hauptgründe dafür ist, dass durch die geringere chirurgische Aggression wichtige anatomische Strukturen geschont und erhalten werden können. Die Behandlung des Morton-Neuroms am Vorfuss ist ein ausgezeichnetes Beispiel dafür.*

Patienten mit hartnäckigen, belastungsabhängigen Schmerzen im Vorfussballen werden nach einer genauen klinischen Untersuchung primär durch Röntgenaufnahmen des Fußes unter Belastung abgeklärt. Je nach Befund muss eine weiterführende Diagnostik (Sonografie, Magnetresonanz, oder neurologische Untersuchung) durchgeführt werden.

Die Morton-Metatarsalgie oder das Morton-Neurom, ist eine Kompressionsneuropathie meist des dritten Mittelfussnerven zwischen der 3. und 4. Zehe, oder auch des zweiten Mittelfussnerven zwischen der 2. und 3. Zehe. Der Nerv wird dabei zwischen den überlasteten Mittelfussköpfchen und dem intermetatarsalen Ligament eingeklemmt und bei jedem Schritt während der Abstoßphase überdehnt. Dadurch kommt es zu einer Verdickung dieses Nerven auf der Höhe zwischen den betroffenen Mittelfussköpfchen. Es wurde früher von einem Tumor-artigen Wachstum des Nerven gesprochen (Neurinom = gutartiger Tumor eines Nerven), aber in histologischen Untersuchungen von herausgeschnittenen Morton-Nerven konnte höchst selten ein Tumorwachstum nachgewiesen werden. Durch moderne Elektromyographische Untersuchungen konnte dann gezeigt werden, dass der Nerv hauptsächlich durch die Kompression unter dem Ligament zwischen den Metatarsale-Köpfchen geschädigt und gereizt wird.

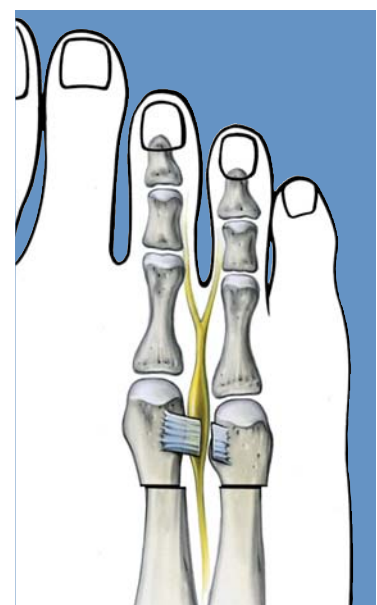
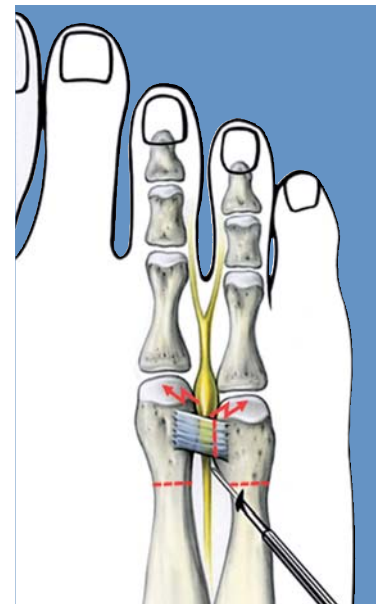
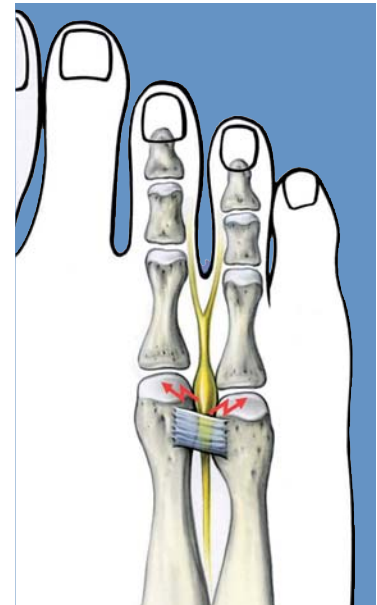
Wenn die empfohlenen konservativen Behandlungsmassnahmen (Schuhwahl, Schmerz- und Entzündungshemmer, Einlagen) keine Besserung bewirken, wird häufig eine Infiltration mit Lokalanästhetika und evtl. Kortison durchgeführt. Wenn die Symptome nach relativ kurzer Zeit wieder auftreten, wird meist eine operative Therapie empfohlen.

Die traditionelle operative Entfernung des betroffenen Nerven („Exzision“) führt dabei zu einer fehlenden Sensibilität der beiden betroffenen Zehen, was als sehr unangenehm empfunden wird. Zudem bleiben relativ oft Beschwerden am Vorfussballen bestehen und es muss mit 20% mittelmässigen bis schlechten Resultaten nach dem Herausschneiden des Nerven gerechnet werden.

Die Minimal-Invasive Operation beim Morton-Neurom besteht aus einer kombinierten Dekompression des Nerven: Spaltung des einengenden Ligaments zwischen den beiden Mittelfussköpfchen und Osteotomie („Knochendurchtrennung“) der betroffenen Mittelfussknochen. Dadurch können sich die schmerzenden Mittelfussköpfchen in der Länge und Höhe neu ausrichten und der Nerv wird entlastet. Es werden lediglich 2 mm lange Stichinzisionen am Fussrücken angebracht und der Eingriff wird unter Bildwandlerkontrolle geführt, so dass praktisch keine Weichteilschädigung auftritt. Dadurch kann auf eine Fixation der Osteotomien mit Schrauben oder Drähten verzichtet werden und die volle Belastung des Fußes wird vom Operationstag an erlaubt, in einem simplen Verband-Schuh mit starrer Sohle. So finden die Mittelfussköpfchen ihre ideale Position selbst und die Knochenheilung kann ohne weiteres, wie bei einer nicht verschobenen Fraktur, stattfinden. So konnte in Elektromyographischen Studien eine komplette Erholung des Nerven nach 3 Monaten nachgewiesen werden, ohne Auftreten von zusätzlichen Vorfussballen-Schmerzen.

Der Eingriff wird in der Regel in einer regionalen Fuss-Anästhesie, ambulant durchgeführt. Das heisst die Patienten können das Spital am Operationstag wieder verlassen. Die Knochen-Osteotomien werden nach circa 4 Wochen so fest verheilt sein, dass wieder ein normaler, bequemer Schuh angepasst werden kann. Sportarten wie z.Bsp. Velofahren oder Schwimmen können nach einem Monat wieder aufgenommen werden, stärkere Belastungen wie Nordic Walking und Jogging progressiv nach drei bis vier Monaten.

**Dr. med. Alex Pellegrino**



## Die Orthokintherapie

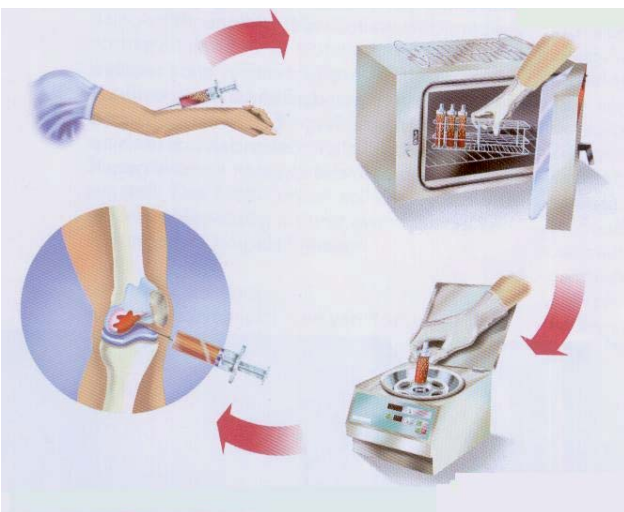
*Die häufigste Gelenkerkrankung ist die Arthrose. Vereinfacht gesagt handelt es sich dabei um den Schwund des Knorpelbelages, der normalerweise das reibungslose Gleiten des Gelenkes ermöglicht. Ein therapeutischer Wiederaufbau des Knorpelbelags ist nicht möglich, die endgültige Lösung der Arthrose ist deshalb der Einbau eines künstlichen Gelenkes.*

*Die Symptome der Arthrose, insbesondere der Schmerz, können aber behandelt werden. Das Ziel sämtlicher dieser Therapien ist es, den Zeitpunkt des Einbaus eines künstlichen Gelenkes möglichst lange hinauszuzögern*

Kortison in Form von Spritzen ins Gelenk ist eine alte und bezüglich Schmerzlinderung sehr gute Methode. Der grosse Nachteil besteht darin, dass das Kortison zu zusätzlicher Schädigung des Restknorpels führt und damit das Fortschreiten der Arthrose im Prinzip beschleunigt.

In neuerer Zeit wurde deshalb Hyaluronsäure, im Volksmund häufig auch als „künstliche Gelenkschmiere“ bezeichnet, eingesetzt. Die Orthokintherapie basiert auf der Erkenntnis, dass es im Gelenk vereinfacht gesagt Arthrose-fördernde und Arthrose-hemmende Eiweissstoffe (Proteine) gibt. Nach einer Blutentnahme werden nun die aus dem eigenen Blut gewonnenen Arthrose-hemmenden Proteine im Inkubator vermehrt und dann ins Gelenk gespritzt. An den Zellen der Gelenkinnenhaut (Synovia) besetzen sie die Angriffstellen (Rezeptoren), sodass die schädigenden Proteine hier nicht mehr andocken und ihre Arthrose-fördernde Wirkung entfalten können.

In unserer Erfahrung zeigt diese Therapieform bei etwa 70% der Patienten eine sehr gute Wirkung mit einer Schmerzreduktion um 5-6 Stufen in einer 10 Punkte Skala.



**Dr. med. Michael Borsky**

## Brustvergrößerungen



*Die Brustvergrößerung ist eine Operation, die immer häufiger durchgeführt wird, vor allem deshalb, weil die Brustimplantate aus Silikon der letzten Generation nicht mehr die gleichen Risiken wie früher enthalten. Der Eingriff wird in Vollnarkose durchgeführt, und die Dauer der Operation beträgt ca. 90 Minuten. Es wird empfohlen, nach dem Eingriff eine Nacht im Spital zu verbringen, dies nicht nur aus Sicherheitsgründen, sondern auch für den Komfort der Patientin.*

Die erste Konsultation beim Chirurgen sollte dazu dienen, der Patientin alle notwendigen Informationen über die Operation zu geben, wie z.B. Bestätigung der Indikationsstellung, Besprechung der Operationstechnik, Aufklärung über Risiken und eventuellen Komplikationsmöglichkeiten, erwünschtes Ergebnis.

Um ein natürlich optimales Resultat zu erhalten, ist es unerlässlich, dass das Endvolumen der Brust in Harmonie mit dem ganzen Körper zu sehen ist. Natürlich berücksichtigen wir auch die Wünsche der Patientinnen, aber dennoch kann die Integration des neuen Gesamtkörperbildes nur dann harmonisch gestaltet werden, wenn beide Kriterien beachtet worden sind.

Die Wahl des Implantat-Typus, seine implantierte Lage und das Narbenresultat wird während der Konsultation ebenfalls mit der Patientin besprochen. In der Tat unterscheiden sich die Implantate nicht nur im Volumen, sondern auch in ihrer Form und ihrem Inhalt. Auch die Lage der Implantation derselben vor oder hinter dem grossen Brustmuskel ist entscheidend für das Resultat. Die Narbe kann sowohl um die Brustwarze gelegt werden, als auch unterhalb der Brust oder in die Achselregion.

Nach dieser ersten Konsultation wird der Patientin ein schriftlicher Kostenvoranschlag unterbreitet.

Nach der Operation können normale soziale Aktivitäten nach einer Woche, sportliche Betätigungen progressiv nach 4 Wochen wieder aufgenommen werden. Das Endresultat wird zwischen dem 6. bis 12. Monat postoperativ erreicht werden.

Andere Eingriffe von Dr. Brugger: Gesichtschirurgie, Liposuction (Fettabsaugen), Aesthetische Medizin (z.Bsp. Botox).

Siehe auch: <http://www.lachirurgieesthetique.ch>

**Dr. med. Mishal Brugger**