

newsletter 4/09



Das Team der etzelclinic von links nach rechts stehend: V. Borsky, J. Elmer, D. Uccello, Dr. med. K. Böhm, C. Renggli, K. Heer. Sitzend: Dr. med. Th. Carstensen, Dr. med. J. Leuzinger, Dr. med. A. Pellegrino, Dr. med. M. Borsky.

Liebe Leserinnen, liebe Leser

Voller Freude haben wir die vierte Newsletterausgabe für Sie zur Post gebracht. Die enge Zusammenarbeit mit der chirurgischen Praxis in Rapperswil ermöglichte uns die Steigerung auf knapp 10'000 Exemplare. Bescheiden, aber mit Stolz erwähnen wir, dass sich diese Auflagezahl mit der einer Regionalzeitung vergleichen lässt.

Mit den heutigen elektronischen Informationsmöglichkeiten stellt sich die Frage ob der Nützlichkeit eines weiteren Printmediums. Denn seit der ersten Newsletterausgabe finden Sie diese auch auf unserer Homepage. Doch unser gedrucktes und illustriertes Exemplar stösst auf viele positive Reaktionen und dies war der Anstoss für uns, wieder zur Versandversion zurück zu greifen. Um Ihre Mailbox nicht mit einem weiteren Newsletter zu überfüllen halten Sie heute unser gedrucktes Exemplar in Ihren Händen. Sie können es an Ihre Pinwand hängen und später lesen, oder Ihrem Nachbarn zeigen.

In dieser Ausgabe finden Sie wieder viele Antworten auf medizinische Fragen und ein herzliches Dankeschön für Ihre Treue. Bei dieser Gelegenheit wünschen wir Ihnen ein gutes und gesundes 2009."

Neu im Team: Dr. med. Kirsten Böhm

Seit dem 1. September 2008 ergänzt Frau Dr. Kirsten Böhm, Fachärztin für Orthopädie, das Team der etzelclinic. Sie absolvierte nach dem Studium der Humanmedizin in Berlin die komplette Ausbildung in Orthopädischer Chirurgie in der Schweiz.

Ihre (unfall-) chirurgischen und sportmedizinischen Erfahrungen sammelte sie in der Orthopädie am Rosenberg in St. Gallen, der Klinik Gut in St. Moritz sowie während der letzten 3 Jahre im Team der Oberen und Unteren Extremität an der Schulthess Klinik Zürich. Im Oktober 2007 absolvierte Kirsten Böhm erfolgreich die Facharztprüfung für Orthopädie.

Ihr besonderes operatives Interesse gilt der minimalinvasiven Chirurgie der Schulter. Im Jahre 2007 begann sie eine zusätzliche Ausbildung in Manueller Medizin und Chiropraktik, welche Frau Dr. Böhm im Herbst 2009 abschliessen wird.



Dr. med. Kirsten Böhm

Die Manuelle Medizin

Die Manuelle Medizin ist keine Erfindung der modernen Zeit. In der Schweiz hat der Landarzt Dr. Otto Nägeli als Pionier die Weiterentwicklung dieser Techniken zur heutigen Manuellen Medizin entscheidend geprägt bis schliesslich 1959 die Schweizerische Ärztegesellschaft für Manuelle Medizin (SAMM) gegründet wurde.

Manuelle Medizin wird vor allem bei Muskel-, Gelenk- und Rückenschmerzen eingesetzt, die durch Fehlbelastungen, Unfälle, Krankheiten oder nach Operationen entstehen können. Eine ergänzende Röntgenuntersuchung kann in besonderen Situationen sinnvoll sein. Mit gezielten Handgriffen stellt der auf Manuelle Medizin spezialisierte Arzt die Beweglichkeit wieder her, löst Blockierungen sowie muskuläre Verspannungen. Er korrigiert gestörte Gelenkfunktionen und kann so die Schmerzen lindern. Mit kurzen, raschen oder sich wiederholenden, langsamen Bewegungen übt er Druck oder Zug auf Wirbel und/oder Gelenke aus. Die dosierten Handgriffe lösen manchmal ein hörbares Knacken aus. Normalerweise genügen einige wenige Behandlungen, um die Störungen zu beheben. Für einen bleibenden Erfolg schlägt der Arzt ein umfassendes Aufbauprogramm vor und bespricht zusammen mit dem Patienten vorbeugende Massnahmen, beispielsweise Empfehlungen für die Gestaltung des Arbeitsplatzes, Ratschläge für die Körperhaltung, Tipps zur richtigen Schlafunterlage usw.. Durch eine rechtzeitig eingeleitete Therapie können oft langwierige und teure Behandlungen vermieden werden. Aber auch eine schonende Methode wie die Manuelle Medizin ist nicht für alle Patienten und Patientinnen

geeignet. Unter Umständen können vorbestehende Erkrankungen sowie Unfallfolgen eine Behandlung verbieten. Die Beurteilung allfälliger Risiken gehört deshalb in die Hand eines manualmedizinisch ausgebildeten Arztes.

Der auf Manuelle Medizin spezialisierte Arzt versteht sein «Handwerk». Er bereitet sich in einer dreijährigen, anspruchsvollen, berufsbegleitenden Ausbildung auf seine Tätigkeit vor und schliesst diese mit einer umfassenden Fähigkeitsprüfung ab.

Dr. med. Kirsten Böhm

Die Verletzungen des Meniskus, Teil I

Der Riss des Meniskus ist eine der häufigsten Verletzungen des Kniegelenkes. Dabei braucht es, besonders beim Älteren, keine sehr grosse Gewalteinwirkung, da der Meniskus im Alter an Elastizität verliert und dadurch recht schnell zerreißen kann.

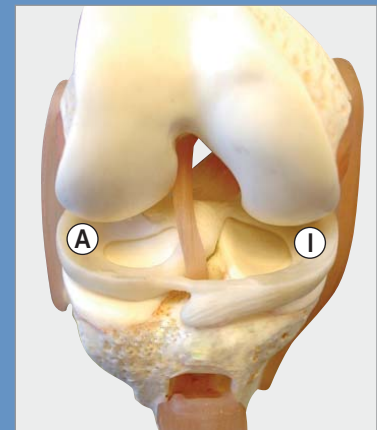
Die Menisken (innerer und äusserer) sind halbrunde Gebilde, welche den Rand des Unterschenkelplateaus aufwerfen. Damit dienen sie einer verbesserten Führung der Oberschenkelrollen und einer besseren Druckverteilung im Gelenk. Bei der vollständigen Entfernung eines Meniskus steigt der Druck auf den Gelenksknorpel um 300 Prozent!

Die häufigsten Sportarten, die zu einer Meniskusverletzung führen, sind Fussball, Skifahren und Tennis. Wir unterscheiden verschiedene Rissformen, die für die Therapie von gewisser Bedeutung sein können.

Die Diagnose kann sehr häufig durch die typischen Symptome vermutet werden, nämlich Schmerzen insbesondere bei Drehbelastungen, Schmerzen in der Streckposition, Blockaden und Ergussbildung im Knie. Eine sorgfältige Untersuchung des Gelenkes sichert die Diagnose mit 90 prozentiger Sicherheit. Im Zweifelsfall wird eine MRI Untersuchung durchgeführt.

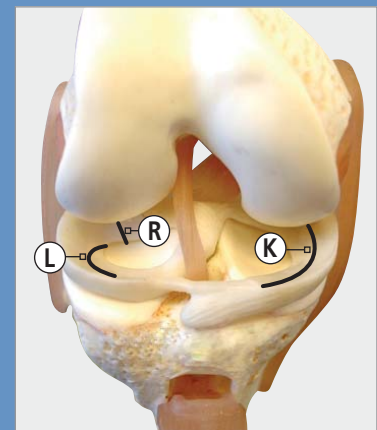
Da der Meniskus nur in sehr beschränktem Ausmass durchblutet ist, heilen die meisten Risse nicht von selber. Bei anhaltenden Schmerzen, Sportunfähigkeit und Einschränkung der Mobilität im Alltag ist die operative Therapie die einzige Lösung. Dabei wird der eingerissene Teil entfernt oder aber bei günstiger Lage des Risses dieser genäht. Die verschiedenen Therapieformen möchte ich im nächsten Teil detaillierter behandeln.

Dr. med. Michael Borsky



A Aussenmeniskus

I Innenmeniskus



R Radiärriss

K Korbhenkelriss

L Lappenriss

Die Sprunggelenksverletzungen

Das Sprunggelenk verbindet den Unterschenkel mit dem Fuss und muss bei jedem Schritt die gesamte Körperlast tragen und auf den Boden umsetzen. Zahlreiche Bänder und Sehnen sichern und führen das Sprunggelenk, bei einem normalen Gangzyklus entstehen dabei Kräfte, die dem Dreifachen des Körpergewichts entsprechen.

Dadurch ergeben sich verschiedene Verletzungsmöglichkeiten. Das so genannte "Umknicken des Fusses" ist wahrscheinlich die häufigste Sportverletzung: man schätzt, dass eine Sprunggelenksverletzung pro 10'000 Personen und Tag geschieht, im Sport sind zum Beispiel über 30% der Fussball-Verletzungen und 45% der Basketball-Verletzungen Sprunggelenksverletzungen.

Der „Bänderriss“ der Seitenbänder unterhalb des Aussenknöchels ist dabei die häufigste Diagnose. Es treten aber auch Knochenbrüche, Knorpelverletzungen oder Sehnenrisse auf. Trotz korrekter Behandlung können in circa 35% der Fälle typische sekundäre Probleme auftreten. Dazu zählen das „Schlottergelenk“ (chronische Bandinstabilität), das „Fussballer-Sprunggelenk“ (anteriores Impingement = vordere Einengung) und die Osteochondralen Defekte (tiefe Knorpelschäden).

Dank den minimalinvasiven Techniken können heute die meisten Verletzungsfolgen auch sekundär versorgt werden, ohne das umliegende Gewebe zusätzlich zu beschädigen. Wie im Knie- und Schultergelenk hat sich dabei die Arthroskopie auch im Sprunggelenk durchgesetzt: durch zwei bis drei stichartige Zugänge können vordere und hintere Knochenstacheln geglättet, Schleimhaut-Entzündungen im Gelenk und um die Sehnen reduziert, kleine Knochen- und Knorpelteile entfernt sowie ein so genanntes „Microfracturing“ bei tiefen Knorpelschäden durchgeführt werden. Beim Microfracturing werden in den Knochen, der unter dem Knorpeldefekt liegt, feine Bohrlöcher eingebracht. Aus den Bohrlöchern treten Stammzellen aus, die die langsame Bildung eines Ersatzknorpels ermöglichen.

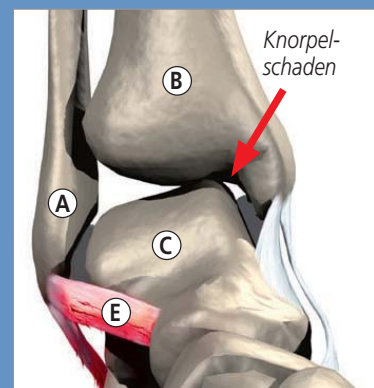
Im Falle einer Bandinstabilität wird heute ein anatomisches Rekonstruktionsverfahren (Befestigung der Bänder mit Knochenankern und Verstärkung mit lokalem Gewebe) gegenüber der früher oft durchgeführten Sehnen-Ersatz-Operation (Tenodese) favorisiert. Langzeitstudien haben nämlich gezeigt, dass die anatomische Rekonstruktion nach 2 – 15 Jahren nicht nur eine höhere Patientenzufriedenheit und bessere mechanische Stabilität aufweist, sondern auch eine bessere Beweglichkeit und weniger degenerative Veränderungen im Sprunggelenk als nach einer Tenodese-Operation. Dies gilt sowohl für die allgemeine Population als auch für Athleten, die besonders hohe Ansprüche an ihr Sprunggelenk stellen.

Da wir in Zeiten des „fit for fun“ immer höhere funktionelle Ansprüche an die Gelenke stellen und wir uns zunehmend mit den Folgen von Distorsionsverletzungen (Verstauchungen) beschäftigen müssen, sind in den letzten Jahren die Möglichkeiten der gelenkerhaltenden Therapie zunehmend in den Fokus des Interesses gerückt.

Dr. med. Alex Pellegrino



- (A) Wadenbein (Fibula)
- (B) Schienbein (Tibia)
- (C) Sprungbein (Talus)
- (D) Fersenbein (Calcaneus)



Sprunggelenksverstauchung:

- (A), (B), (C), siehe Legende oben.
- (E) Aussenbänder

Hämorrhoiden – Ein Tabu? Kein Problem!

Hämorrhoiden sind natürliche Schleimhautpolster aus Arterien und Venengeflechten, Bindegewebe und Muskelfasern am untersten Teil des Enddarmes. Diese sorgen für den Feinverschluss des Anus.

Wie entsteht das Hämorrhoidalleiden?

Auslösende Faktoren können unter anderem sein:

- starkes Pressen beim Stuhlgang
- fester Stuhl
- chronische Verstopfung
- Unterdrückung natürlicher Stuhldrang
- Veranlagung

Das Hämorrhoidalleiden gehört zu den häufigsten Erkrankungen in der westlichen Welt. Bei Routineuntersuchungen zeigt sich bei ca. 50% der Patienten über 50 Jahre eine krankhafte Ausprägung der Hämorrhoiden, wobei nicht alle diese Veränderungen symptomatisch sind.

Welches können Symptome eines Hämorrhoidalleidens sein?

- Blut am Toilettenpapier, im Stuhl oder in der Unterwäsche
- Juckreiz, Nässen
- Fremdkörpergefühl
- Vorwölbungen
- Schmerzen

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Die Behandlung richtet sich immer nach der Beschwerdesymptomatik. Bei Hämorrhoiden 1. – 2. Grades kommen auch konservative Therapien (Salben, Zäpfchen) in Betracht. Falls sich diese Symptome nicht bessern, kommen neben der klassischen Verödung (Sklerosierung) oder Gummibandligatur auch neue, im Vergleich zu den herkömmlichen in der Regel schmerzarme, Verfahren zur Anwendung.

Neue Operationsmethoden:

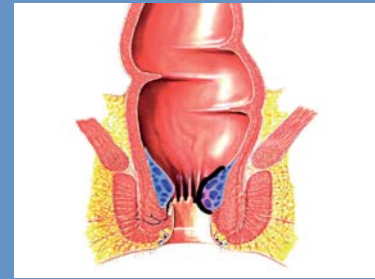
Seit Mitte der 90er Jahre gibt es alternative und innovative Methoden. Mit einem speziellen Instrument (Stapler) werden die Hämorrhoiden wieder im Enddarm fixiert, der Blutabfluss wird verbessert, sodass die vergrößerten Polster schrumpfen. Alternativ können durch ein Proktoskop (Spiegelgerät) mit einer Ultraschallsonde die Gefässe umstochen und zusätzlich die Schleimhaut gerafft werden (Hämorrhoiden Arterien Ligatur = HAL). Auch kann diese HAL Methode sehr gut mit einer weiteren schmerzarmen Methode (Umstechung nach Shafik) kombiniert werden.

Diese neuen Methoden weisen gegenüber den konventionellen Verfahren einige Vorteile auf:

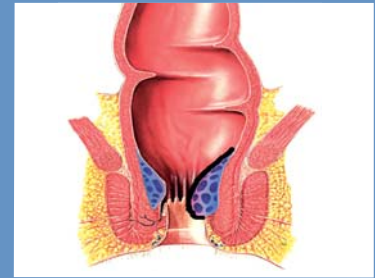
- weniger Schmerzen
- keine äussere offene Wunde
- kürzerer Spitalaufenthalt, teilweise ambulant
- schnellere Arbeitsfähigkeit
- die Gefässpolster werden belassen

Um eine genaue Diagnose stellen zu können, sollte neben einer exakten Erhebung der Vorgeschichte (welche Beschwerden, wie lange etc.) eine fachärztliche Untersuchung erfolgen. So kann entsprechend Beschwerdesymptomatik und Befund eine individuelle Therapie angeboten werden.

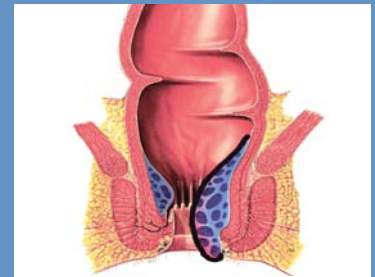
Dr. med. Thorsten Carstensen



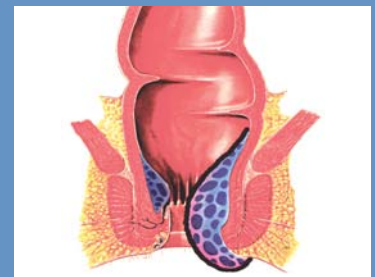
Hämorrhoiden Grad 1, vergrößert



Hämorrhoiden Grad 2, auf Druck sichtbar am Darmausgang



Hämorrhoiden Grad 3, sichtbar, noch mobil



Hämorrhoiden Grad 4, fixiert



„Hämorrhoiden“ Stapler