

Der Österreichische Schilddrüsenbrief - Aktuelle Infos für Schilddrüsenpatienten

Herausgeber:

Univ. Doz. Dr. Georg Zettinig, Wien - Dr. Wolfgang Buchinger, Graz

www.schilddruesenforum.at

Nummer 2 – 2006

**Verfasser: Univ.-Prof. Dr. Gerhard Wolf,
Univ.-Klinik für Chirurgie Graz**

Chirurgie der Schilddrüse: So behandelt man im 21. Jahrhundert

Die Chirurgie hat in den letzten Jahren durch zahlreiche technische Innovationen auf dem Sektor der Ausrüstung einen enormen Impuls erlebt. Viele neue Konzepte, Behandlungsverfahren auch bei Fällen, die früher unbehandelbar waren, wurden entwickelt. In den letzten zehn Jahren wurden fast alle Operationsmethoden, die teilweise seit hundert Jahren bestanden hatten, völlig umgekrempelt und neu definiert. Vor allem die Erfindung der „minimal-invasiven Chirurgie“ (die „Knopflochtechnik“) hat zu einem Umdenken bei den etablierten Operationsverfahren geführt und für den Patienten einen echten Fortschritt ermöglicht. Betrachtet man nun speziell die Chirurgie der Schilddrüse, haben sich folgende Entwicklungen als bahnbrechend herausgestellt:

Die Spezialisierung:

Die Schilddrüsenchirurgie war seit dem 19. Jahrhundert immer ein „Klassiker“ bei den allgemeinchirurgischen Operationen. Jeder Chirurg, jedes Spital, musste mit dieser Operation vertraut sein. In den letzten 20 Jahren aber hat sich aus der Gruppe der „Allgemeinchirurgen“ ein Spezialistentum herausentwickelt, das sich ganz auf die Operationen an den Hormonorganen (den endokrinen Organen, allen voran der Schilddrüse) spezialisiert hat. Diese Entwicklung hin zu den „Endokrinchirurgen“ kam aus Amerika und hat sich nun auch in Österreich durchgesetzt. Da es sich um ein sehr spezielles Kapitel der Chirurgie handelt, sind auch nur Wenige mit dieser Materie ganz vertraut.

Der Vorteil - wie bei jeder Spezialisierung - ist nun, dass der Chirurg nicht mehr kunterbunt alle möglichen Operationen durchführt, sondern sich ganz auf den Sektor der Schilddrüsenenerkrankungen konzentrieren kann. Insgesamt gehören in solch ein

Team auch der spezialisierte Nuklearmediziner, der die Notwendigkeit zur Operation feststellt, ebenso wie der Pathologe, der die genaue mikroskopische Diagnose stellt. Der Patient sollte auch eingebettet sein in ein Team bestehend aus HNO-Fachärzten, plastischen Chirurgen und Physiotherapeuten, das im Falle von Komplikationen kompetent handeln kann. Nuklearmedizinische Vor- und Nachsorge ist ebenso unverzichtbar.

Die Indikationsstellung:

Darunter versteht man den Grund, warum eine Operation nötig ist und den Plan, nach dem die Operation durchgeführt werden muss. Die Klärung der Indikationsstellung ist der wichtigste Punkt überhaupt, bevor eine Operation angegangen werden darf. Zur richtigen Planung sind nun die genaue Kenntnis der vorliegenden Erkrankung, der Risiken des Eingriffes und des Verlaufs der Operation notwendig, aber auch die Kenntnis des Verlaufs, der auf den Patienten zukommt, wenn er seine Erkrankung NICHT behandeln lässt. Moderne internistische und nuklearmedizinische Verfahren, die für den Chirurgen unverzichtbar sind, geben heute ein sehr deutliches Bild und lassen ihn klar entscheiden, wann ein Operation nun erforderlich ist und wann sie vermieden werden kann.

Die „ Individualisierung“:

Darunter versteht man, dass es dem spezialisierten Chirurgen möglich ist, für jeden Patienten, für jede spezielle Erkrankungsform, den operativen Eingriff „Maß zu schneiden“. Es ist nicht mehr so, dass also jeder Patient, jede Erkrankung, mit nur einer einzigen Operationsmethode behandelt wird. Heute muss der Endokrinchirurg unter Kenntnis der jeweiligen Erkrankungsform, unter Berücksichtigung des individuellen Bedarfs des Patienten, unter Bedachtnahme auf seine Möglichkeiten bei der Nachbehandlung und auch seines „Anspruchs“ an das Ergebnis, für jeden einzelnen Patienten eine individuelle Operation gewährleisten.

Bei jeder einzelnen Operation besteht eben eine unterschiedliche Anforderung. Das erfordert eine hohe Sachkenntnis und ein entsprechendes technisches Repertoire des Chirurgen.

Die „ minimal-invasive-Operation“ :

Vor etwa 10 Jahren wurden in der Chirurgie ganz neue Instrumente entwickelt, die eine völlig neue Operationsform ermöglicht haben. Zunächst wurde es mit einer Kamera-Optik möglich, über winzige Schnitte in Körperhöhlen (z.B. die Bauchhöhle) hineinzuschauen. Dann wurden Werkzeuge entwickelt, mit denen - ebenfalls über winzige Schnitte - operiert werden konnte („Knopflochtechnik“).

Durch diese neuen Instrumente wurde es notwendig, alle bisherigen Operationsverfahren neu zu erfinden und an die neuen Möglichkeiten anzupassen. Dies hat zu einer wahren Revolution in der Chirurgie geführt.

Seit ca. 5 Jahren wurden nun diese Methoden weiterentwickelt und erstmals nicht nur in Hohlräumen - wie z.B. im Bauch - operiert, sondern auch in festen Strukturen. So wurden erstmals diese Verfahren auch am Hals und an der Schilddrüse ausprobiert.

Die Anfänge der Methodik waren aber für den Patienten noch kein Vorteil, weil diese Operationen sehr lange dauerten und auch kein besseres kosmetisches Ergebnis erzielt werden konnte. Aus dieser Methode - der „endoskopischen Schilddrüsenchirurgie“ - hat sich ein neues Feld entwickelt, das nun größtes wissenschaftliches Interesse erweckt hat und einen Durchbruch hin zu einer modernen Schilddrüsenchirurgie ermöglicht hat. Diese Methode- bei deren Entwicklung unserer Arbeitsgruppe federführend war - nennt sich „**Minimal-Invasive Thyreoidektomie (MIT)**“. Sie besteht im Prinzip darin, dass über einen Mini-Schnitt, unter Verwendung von Spezial-Mini-Instrumenten, der Krankheitsherd an der Schilddrüse ganz fokussiert angegangen werden kann, ohne dass der gesamte Halsraum eröffnet werden muss. Das hat den Vorteil, dass für den Betroffenen wesentlich „weniger Operation“ stattfindet, indem das OP-Gebiet am Hals sehr klein gehalten werden kann. Das äußert sich auch in einem wesentlich kleineren Hautschnitt, der weniger Beschwerden und weniger sichtbare Narbe bedeutet. Trotzdem wird an der Schilddrüse selbst die gleiche Operation durchgeführt wie bei der herkömmlichen Methode. Die Operationssicherheit ist also ganz gleich hoch wie früher. Diese Operation erfordert natürlich ebenfalls einen hohen Spezialisierungsgrad des Chirurgen (Abb.1).

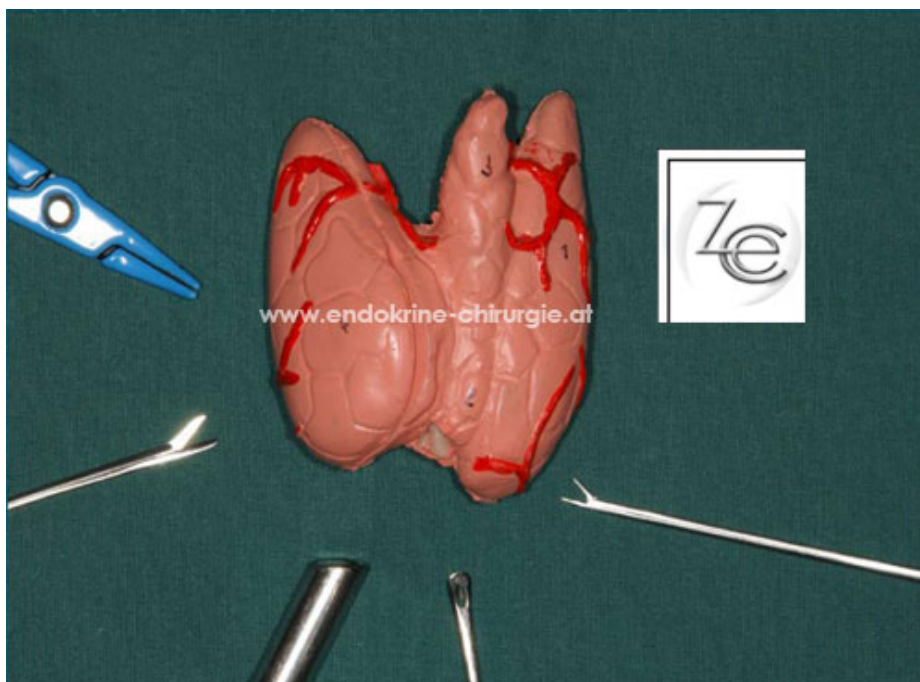


Abb. 1: Darstellung der Spezial-Mini-Instrumente für die Minimal-Invasive-Schilddrüsenchirurgie

Die Komplikationsrate bei dieser Operation kann heute sehr gering gehalten werden. Es gibt gute Möglichkeiten der Behandlung, wenn bei der Operation tatsächlich eine Stimmstörung aufgetreten ist. Wichtigster Punkt dabei ist die Schonung des Stimmbandnerven bei der Operation selbst. Auch die Schonung der „Nebenschilddrüsen“ die den Kalziumstoffwechsel im Körper regeln, ist sehr wichtig. Eine Störung dieser Drüsen führt zu unangenehmem „Fingerkribbeln“, kann aber sehr gut mit Kalziumtabletten behandelt werden (Abb. 2 u. 3).

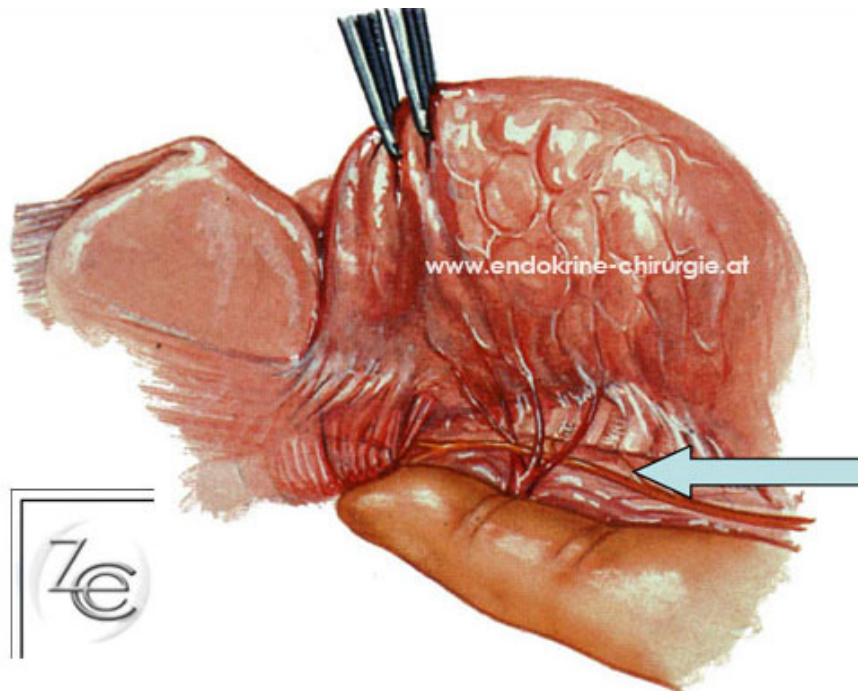


Abb. 2: Darstellung des Stimmbandnervs (Pfeil), der unmittelbar hinter der Schilddrüse verläuft.

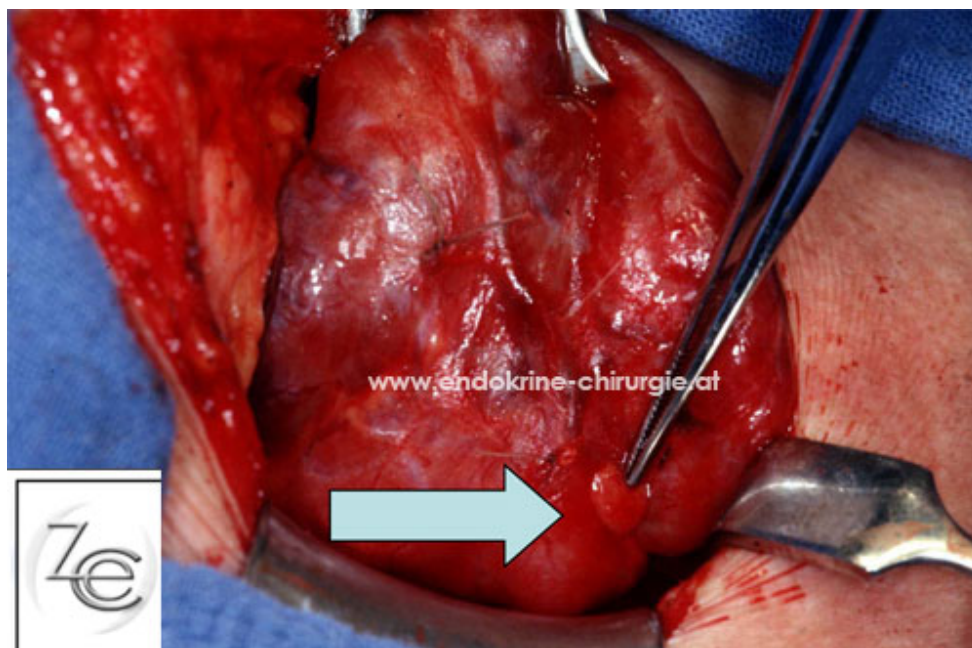


Abb. 3: Deutlich sichtbare Nebenschilddrüse (Pfeil), die für den Kalziumstoffwechsel sehr wichtig ist.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Die Schilddrüsenoperation ist heute insgesamt seltener erforderlich, betrifft heute eher den jungen Patienten, der im Rahmen der Vorsorge einen kleinen, klinisch verdächtigen Knoten diagnostiziert bekam. Dieser kann mit einer sehr schonenden, komplikationsarmen Operation behandelt werden. Auch die „große Struma“ und auch seltene sehr fortgeschrittene Karzinome können mit sehr geringem Operationstrauma erfolgreich saniert werden.

Univ.-Prof. Dr. Gerhard Wolf

Univ.-Klinik für Chirurgie, Endokrinchirurgie

Auenbruggerplatz 1, 8036 Graz

Tel.: 0316 385 –2739, Gerhard.wolf@meduni-graz.at

Information im Internet: www.endokrine-chirurgie.at