



EKH Sondernewsletter

Magen-/Darmchirurgie im Evangelischen Krankenhaus

„Große Chirurgen – große Schnitte“. Der einst viele Jahrzehntelang gültige Spruch wurde längst durch die laparoskopischen Operationstechniken abgelöst. Die Vorteile des Zugangs über einen oder mehrere winzige Bauchstiche bewähren sich seit mittlerweile 30 Jahren:

Operiert „durch das Schlüsselloch“ ist das Gewebetrauma für den Patienten wesentlich geringer, was das Komplikationsrisiko deutlich reduziert und die Regenerationszeit erheblich verkürzt. Nach dem Eingriff können Patienten kurzfristig schmerzfrei aufstehen und mobilisiert werden. „Heute sind wir als Kompetenzzentrum für Minimal-invasive Chirurgie anerkannt und führen die meisten Baueingriffe, selbst aufwändige Darmoperationen und komplizierte

Krebsoperationen, laparoskopisch durch,“ erklärt Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Feil MAS, Vorstand der Chirurgischen Abteilungen am Evangelischen Krankenhaus.

Die so genannte Schlüsselloch-Chirurgie hat sich längst in allen Altersgruppen bewährt. Heute wenden wir sie nicht nur aus kosmetischen Gründen für jüngere Patienten an, sondern vor allem für ältere Patienten zum Erhalt der Lebensqualität. Denn es macht einen Riesenunterschied, ob eine 80-jährige Darmkrebspatientin vier Wochen im Spital bleiben muss, Schmerzen hat und danach schwer wieder selbstständig auf die Beine kommt oder ob sie laparoskopisch operiert wird und nach einer Woche heimgehen kann. Der Unterschied kann die Pflegebedürftigkeit bedeuten.



Unser chirurgisches Leistungsangebot

- Spiegelungen des Bauchraums (Gastroskopie, Koloskopie, Rektoskopie)
- Speiseröhre, Magen
- Brust
- Gallenblase und Gallensteine, Leber, Bauchspeicheldrüse
- Brüche (Leistenbruch, Narbenbruch, Zwerchfellbruch)
- Koloproktologie (Hämorrhoiden, Fisteln, Inkontinenz)
- Blinddarm, Dickdarm & Enddarm
- Onkologische Chirurgie mit interdisziplinärer Betreuung
- Breit gefächertes Spektrum an Schilddrüsenchirurgie und Gefäßchirurgie



Zertifiziertes Qualitätsmanagement

Als eines der ersten Privatspitäler Österreichs hat das Evangelische Krankenhaus bereits vor zwei Jahren weltweit gültige Standards für Kernbereiche implementiert: Die Bereiche Zentral-OP und Aufwachzimmer IMCU sind nach EN ISO 9001:2015 zertifiziert. Damit wurde – nach einem strengen Audit durch die „Quality Austria“ – in einem der ersten Privatspitäler in Österreich ein weltweit gültiger Standard in punkto optimierter Patientensicherheit und optimierter Abläufe implementiert.

An der Abteilung für Allgemeine und Viszerale Chirurgie im Evangelischen Krankenhaus bieten wir unseren Patienten neben einer kompletten allgemein-chirurgischen Versorgung spezialmedizinische Leistungen in der laparoskopischen Chirurgie, Tumorchirurgie (Krebserkrankungen), Bauchchirurgie, Schilddrüsenchirurgie und Gefäßchirurgie.

Exkurs Abteilung für Allgemein- und Gefäßchirurgie

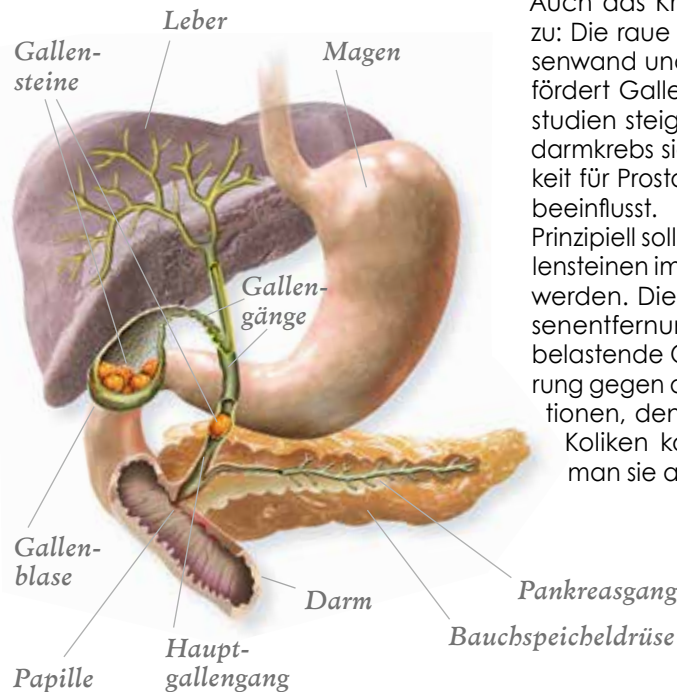
Die steigenden Patientenzahlen bei Erkrankung des venösen- oder arteriellen Gefäßsystems führten zur Etablierung einer eigenen Abteilung für Gefäßchirurgie. Diese arbeitet am Evangelischen Krankenhaus fachgebietsübergreifend (interdisziplinär). Das Zusammenwirken zwischen Spezialisten verschiedener Disziplinen und einer hervorragenden technischen Ausstattung ermöglicht modernste und schonende Behandlungsverfahren, die optimal aufeinander abgestimmt sind. So wird auch das so genannte „Rapid Recovery-Programm“ zur Schmerzvermeidung und für einen schnelleren Heilungsverlauf sehr erfolgreich angewendet. Neben der arteriellen nimmt auch die venöse Gefäßchirurgie seit Jahren einen wesentlichen Stellenwert am Evangelischen Krankenhaus ein. Alle bereits erprobten Methoden der Varizen- und Ulkuschirurgie werden hier angewendet und angeboten.

EKH Sondernewsletter

Das Team unserer Fachärzte beantwortet in dieser Ausgabe die am häufigsten gestellten Fragen aus den Chirurgischen Abteilungen.

Wie gefährlich sind „stille“ Gallensteine?

Jeder Sechste hat sie. Viele sind sich ihrer Gallensteine gar nicht bewusst, da ihnen nichts wehtut. 20 bis 40 % der Betroffenen hingegen leiden unter anfallartigen, teils sehr heftigen Schmerzen im Oberbauch, die manchmal in den Rücken oder in die rechte Schulter ausstrahlen oder unspezifische Beschwerden wie Druck- oder Völlegefühl und Blähungen verursachen. Als offizielle Empfehlung gilt heute: Solange Gallensteine keine Beschwerden bereiten, müssen sie nicht behandelt werden. Allerdings steigt auch beim symptomlosen Patienten die Risikogefahr. Laut Studien führen „stille“ Gallensteine bei bis zu 3 % der Betroffenen im Laufe der Jahre zu schweren Komplikationen. Als besonders heikle Folgen gelten Gelbsucht, Entzündung der Gallenblase oder der Bauchspeicheldrüse, schlimmstenfalls auch der Gallenblasendurchbruch mit Bauchfellentzündung.



Auch das Krebsrisiko nimmt mit der Zeit zu: Die raue Steinoberfläche reizt die Blasenwand und deren häufige Entzündung fördert Gallenblasenkrebs. Laut Langzeitstudien steigt auch die Gefahr für Dünndarmkrebs signifikant, die Wahrscheinlichkeit für Prostata- und Nierenzellkrebs wird beeinflusst.

Prinzipiell soll daher bei Vorliegen von Gallensteinen immer eine Operation überlegt werden. Die laparoskopische Gallenblasenentfernung ist als sichere und kaum belastende Operation eine gute Absicherung gegen die oben erwähnten Komplikationen, denn diese sowie schmerzhafte Koliken kommen sicher dann, wenn man sie am wenigsten braucht.

Welchen Einfluss hat Sodbrennen auf das Zwerchfell?

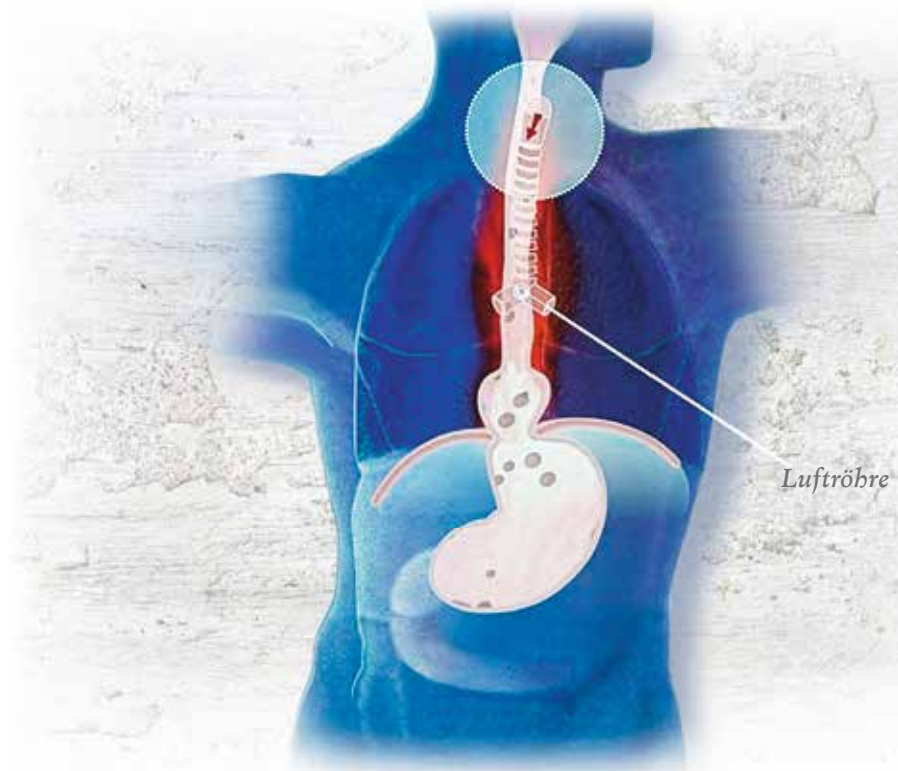
Schon mehr als jeder Fünfte greift bei saurem Aufstoßen immer wieder zu Säureblockern. Heute wissen wir, dass man diese nicht länger als zwei Wochen hindurch einnehmen soll. Denn abgesehen von unangenehmen Nebenwirkungen erhöhen sie auch das Risiko für Osteoporose, Demenz und Morbus Alzheimer.

Viele Reflux-Patienten sprechen auch nicht auf eine konservative Therapie mit Diät und Gewichtsabnahme an oder trauen sich ohnedies kaum mehr zu essen und zu trinken. Bei so schwerwiegenden Fällen sollte eine Operation überlegt werden, denn eine unbehandelte Reflux Erkrankung kann zu Komplikationen und letztendlich auch zu Krebs am unteren Ende der Speiseröhre führen.

Als besonders gefährlich gilt übrigens auch der „gallige und stumme Reflux“, weil hier das Leitsymptom „Sodbrennen“ oft gar nicht vorhanden ist und das Leiden oft spät, evtl. zu spät, erkannt und behandelt wird. Die einzige Möglichkeit, eine mittels Lebensstiländerung nicht behandelbare Reflux Krankheit in den Griff zu bekommen, ist die Anti-Reflux-Operation (Fundoplicatio). Dieser rund 40-45 minütige Eingriff wird am Evangelischen Krankenhaus seit nahezu 20 Jahren ausschließlich laparoskopisch mit sehr gutem Erfolg durchgeführt. Wir empfehlen den Eingriff dann, wenn jemand nicht jahrelang Tabletten einnehmen möchte oder sich durch die relativ strikte

Diät in seiner Lebensqualität eingeschränkt fühlt. Deziert zur Operation raten wir, wenn ein größerer Zwerchfellbruch vorliegt, also der Schließmuskel zwischen Magen und Speiseröhre zu stark ausgedehnt ist. Vor einer Reflux-Operation, die nur von einem sehr erfahrenen Experten durchge-

führt werden soll, ist eine präzise Diagnostik erforderlich. Dazu zählen grundsätzlich Gastroskopie und Röntgenuntersuchung. Oft sind auch eine Druckmessung der Speiseröhre (= Manometrie) und eine Säuremessung (= pH-Metrie) sinnvoll.

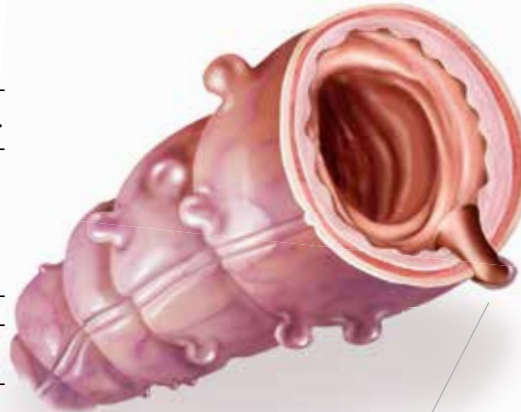


EKH Sondernewsletter

Was meint mein Arzt mit Darmdivertikeln und Divertikulitis?

Zu oft zu harter Stuhl? Irgendwann kann die Darmschleimhaut diesem großen Druck nicht mehr standhalten. Die Folge: An den schwächsten Stellen bilden sich Schleimhaut-Ausbuchtungen, Divertikel genannt. Dringen nun Stuhlpartikel in diese Ausstülpungen, gelangen damit auch Keime in die Darmwand und diese entzünden sich bei jedem fünften Betroffenen. Man spricht dann von Divertikulitis.

Bei leichtem Verlauf lassen sich die Beschwerden (Schmerz im linken Unterbauch, Fieber) oft durch medikamentöse Behandlung wie Infusionen und Antibiotika so weit bessern, dass eine Operation nicht sofort notwendig wird. Bei wiederkehrenden Entzündungen kann sich der Dickdarm durch Schwellung oder narbige Schrumpfung verengen oder verschließen. Bisweilen bilden entzündete Divertikel



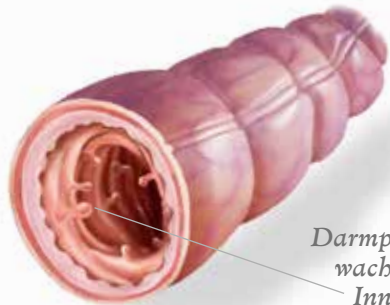
Darmdivertikel sind Ausstülpungen nach außen

auch Fisteln mit benachbarten Organen (z. B. Dünndarm, Harnblase, Scheide). Im schlimmsten Fall durchbricht ein Divertikel ohne vorherige Warnzeichen wie Schmerzen und Fieber die Bauchhöhle, was zu einer lebensgefährlichen Bauchfellentzündung (Peritonitis) führt. Eine lebensrettende Operation ist dann unverzüglich notwendig.

„Nur etwa bei jedem fünften Patienten mit Divertikeln kommt es zu Entzündungen (= Divertikulitis) und von diesen brauchen nur etwa 20 % eine Operation“, beruhigt unser Expertenteam. Empfehlenswert, ist ein Eingriff allerdings auch dann, wenn sich der Darmabschnitt in immer kürzeren Abständen entzündet. Ein geplanter Eingriff ist schonender als eine Notoperation, da er ohne Zeitdruck und minimalinvasiv durchgeführt werden kann.

Ist Darmkrebs vermeidbar?

Ja, er wäre in neun von zehn Fällen vermeidbar! Jährlich erkranken rund 4.500 Österreicher an Dickdarmkrebs. Für die Hälfte der Betroffenen endet die Krankheit leider tödlich, weil sie zu spät erkannt wurde. Die Sterblichkeit ließe sich durch zeitgerechte Vorsorge und entsprechende Früherkennung dramatisch reduzieren.



Darmpolypen wachsen ins Innere des Darms

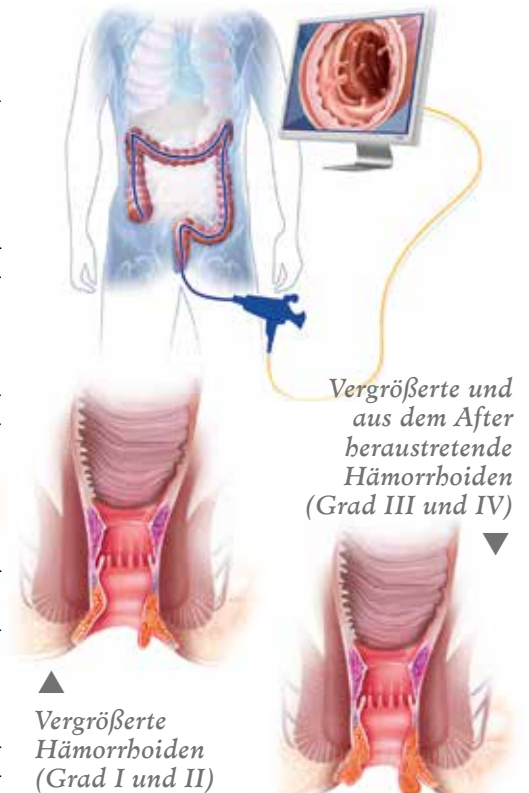
Denn Dickdarmkrebs entsteht fast immer aus ursprünglich gutartigen Polypen, die mit der Zeit bösartig geworden sind. Ent-

deckt man ins Darminnere hinein wachsende Polypen rechtzeitig und entfernt sie unverzüglich, hat man dem Dickdarmkrebs für längere Zeit den Nährboden entzogen. Die Prognose des Überlebens bei Dick- und Mastdarmkrebs hängt daher insbesondere von der Früherkennung und der Qualität der Operation ab.

Ab dem 40. Lebensjahr sollte 1 x jährlich eine Untersuchung auf verstecktes Blut im Stuhl vorgenommen werden. Um möglichst nichts zu übersehen, bzw. zu verabsäumen, ist ab dem 45. Lebensjahr eine Darmspiegelung (Coloskopie) in 5-Jahres-Intervallen ratsam. Dabei können allfällige Polypen nicht nur entdeckt, sondern auch gleich abgetragen werden.

„Die Darmspiegelung wird in einer speziellen Sedierung, also in einem Dämmer-schlaf, durchgeführt und ist daher völlig schmerzfrei. Oft fragen die Patienten, wann endlich die Untersuchung beginnt, dabei ist schon alles vorbei. Sollte tatsächlich schon eine Darmkrebserkrankung vor-

liegen, so ist meist auch eine laparoskopische Operation möglich und anzuraten. Selbst bei schwierigen Eingriffen nahe am Schließmuskel werden solche Eingriffe in dafür spezialisierten Zentren wie dem Evangelischen Krankenhaus laparoskopisch und ohne dauerhaften künstlichen Darmausgang durchgeführt“, fasst Prof. Feil zusammen.



Vergrößerte und aus dem After heraustretende Hämorrhoiden (Grad III und IV)

Vergrößerte Hämorrhoiden (Grad I und II)

Sitzen wird mir zur Qual. Wie werde ich Hämorrhoiden wieder los?

Jeder Mensch hat sie, bei fast jedem Zweiten vergrößern sie sich krankhaft und sie gelten vielerorts immer noch als Tabu. Dabei kann man seinen auffällig gewordenen Hämorrhoiden, sprich: dem lästigen Brennen, Juckreiz oder Nässen im Analsbereich sowie dem stechenden Schmerz nach der Stuhlentleerung und beim Sitzen, heute schon komplikationslos und dauerhaft die Stirn bieten.

Zumindest im Anfangsstadium lassen sich Hämorrhoiden durch radikale Änderung der Ernährungsgewohnheiten und durch tägliche Bewegung gut einbremsen: Viel

Obst, Gemüse, Hülsenfrüchte sowie Vollkornbrot essen – also auf ballaststoffreiche Ernährung umstellen, und ausreichend trinken. Hilft das alleine nicht mehr aus, bietet das Evangelische Krankenhaus je nach Stadium der Hämorrhoiden-Erkrankung die modernsten, sanften Behandlungsmethoden an. Bei den am häufigsten behandelten Schweregraden II und III gelangt üblicherweise die sehr gut verträgliche HAL/RAR-Methode zur Anwendung. Sie hat sich als äußerst schmerzarm und komplikationslos erwiesen und wird durch die hohe Patientenzufriedenheit bestätigt.

Beim HAL/RAR wird nichts weggeschnitten, es passiert nichts am Schließmuskel, es entsteht keine nässende schmerzende Wunde. Am nächsten Tag können die meisten Patienten schmerzfrei heimgehen.

Österreichische Post AG
SP 07Z037534 S
Evangelisches Krankenhaus Wien
gemeinnützige BetriebsgmbH
Hans-Sachs-Gasse 10–12, 1180 Wien

IMPRESSUM: Herausgeber: Evangelisches Krankenhaus
Hans-Sachs-Gasse 10–12, 1180 Wien, Tel.: (01) 404 22-503
www.ekhwien.at, c.pekatschek@ekhwien.at
Redaktion: Claudia Pekatschek, Mag.ª Martina Schwarz
Fotos: Evangelisches Krankenhaus
Grafik: groesel@groesel.at

Kontakte – Ordinationen – Informationen



**Prim. Univ.-Prof.
Dr. Wolfgang Feil MAS, F.A.C.S., F.E.B.S**
Vorstand der Abteilungen für Chirurgie
Facharzt für Viszeralchirurgie
Ordination: +43 1 890 34 32
E-Mail: ordination@drfeil.at
www.drfeil.at



Prim. Univ.-Prof. Dr. Georg Bischof
Leiter der Gefäßchirurgie
Facharzt für Viszeralchirurgie und Gefäßchirurgie
Ordination: +43 1 486 17 86
E-Mail: ordination@dr-bischof.at
www.dr-bischof.at



Prim. Dr. Peter Jiru
Leiter der interdisziplinären Ambulanz
Facharzt für Chirurgie
Ordination: +43 1 470 47 02
E-Mail: ordination@chirurgie-jiru.at
www.chirurgie-jiru.at



OA Dr. Albert Feichter
Facharzt für Chirurgie
Ordination: +43 1 587 357 031 oder
+43 664 304 45 11
E-Mail: ordination@drfeichter.at
www.drfeichter.at



OA. Dr. Karl Franz Wollein
Facharzt für Chirurgie
Ordination: +43 1 290 35 15
www.schilddruese-struma.at



OA Dr. Silvia Hoffmann
Fachärztin für Chirurgie und Gefäßchirurgie
Ordination: +43 2272 610 01 13 oder
+43 676 795 91 57
E-Mail: office@diegefaesschirurgin.at
www.diegefaesschirurgin.at

Ambulanz des Evangelischen Krankenhauses

Informationen und Anmeldung:
Tel. Nr.: +43 1 404 22-28 02 bzw. 28 20

Öffnungszeiten:
Montag bis Freitag: 7.30–16 Uhr

Erreichbarkeit:
U-Bahn: U6 Station Währinger Straße/
Volksoper oder Station Michelbeuern
Straßenbahnlinien:
41, 40 – Station Kutschkermarkt
www.ekhwien.at

