

Neuer Ärztlicher Direktor

Seit dem 1. Juni 2016 nimmt Prof. Dr. Volker Ragosch das Amt des Ärztlichen Direktors in der Asklepios Klinik Altona wahr. Der Chefarzt der Frauenklinik folgt damit auf den ehemaligen Chefarzt der Gastroenterologie, Prof. Dr. Friedrich Hagenmüller, der seine Aufgaben als Ärztlicher Direktor planmäßig an Ragosch übergab. Hagenmüller wird auch künftig in der Asklepios Klinik Altona seine Spezialsprechstunde anbieten und sich darüber hinaus in einem übergeordneten Projekt der Asklepios Kliniken federführend engagieren. Stellvertretender Ärztlicher Direktor bleibt Prof. Dr. Roman Fischbach, Chefarzt der Radiologie.

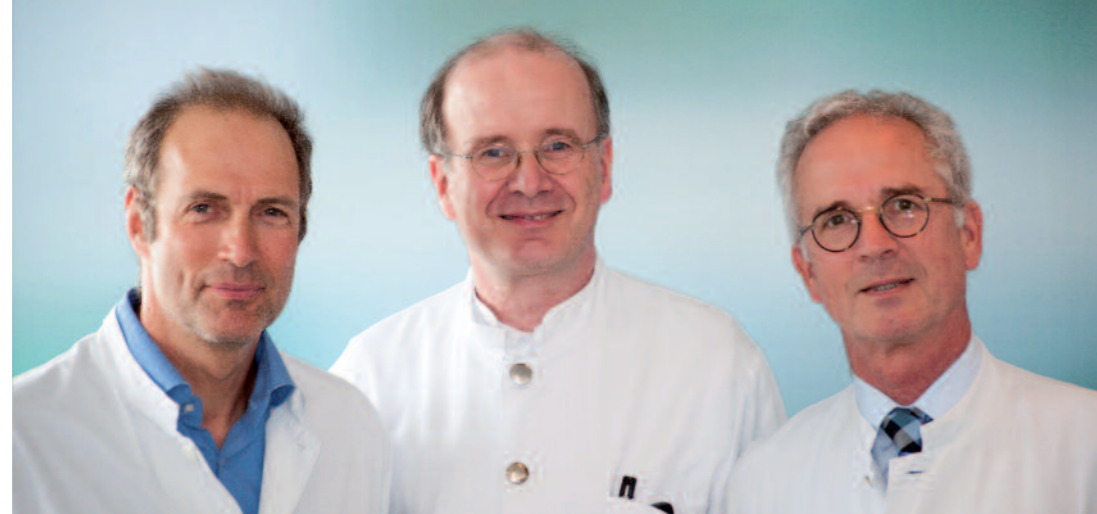


Prof. Dr. Volker Ragosch

CME-Konferenzen

Große Neurokonferenz (3 CME-Punkte): Mittwochs, 14:45–15.30 Uhr, Abteilung Radiologie und Neuroradiologie, Demoraum 1. Anmeldung Sekretariat
Tel. (0 40) 18 18-81 18 11

Neuroonkologische Konferenz (4 CME-Punkte): Donnerstags, 16:00–16:45 Uhr, Abteilung Radiologie und Neuroradiologie, Demoraum 1. Anmeldung Tel. (0 40) 18 18-81 12 11 oder mo.weber@asklepios.com



Chefärzte-Team der Neuromedizin

Prof. Dr. Bernd Eckert,
Chefarzt Neuroradiologie
Schwerpunkte: Kraniale und spinale MRT-Bildgebung, zerebrale und spinale Angiographie, PTA/Stenting hirnersorgender Arterien, endovaskuläre Aneurysmatherapie, akuter Schlaganfall
Tel. (0 40) 18 18-81 18 11
Fax (0 40) 18 18-81 49 17
b.eckert@asklepios.com

Prof. Dr. Uwe Kehler,
Chefarzt Neurochirurgie
Schwerpunkte: degenerative Wirbelsäulenerkrankungen, Hirntumore, Hydrozephalus, Neuroendoskopie, Trigeminalneuralgie
Tel. (0 40) 18 18-81 16 71
Fax (0 40) 18 18-81 49 11
u.kehrer@asklepios.com

Prof. Dr. Joachim Röther,
Chefarzt Neurologie
Schwerpunkte: Schlaganfall (Epidemiologie, Bildgebung, Thrombolyse, Sekundärprävention), Vaskulitis, Morbus Parkinson, Gedächtnisstörungen und Demenzen
Tel. (0 40) 18 18-81 14 01
Fax (0 40) 18 18-81 49 06
j.roether@asklepios.com

VAV-Zulassung

Mit der BG-Zulassung zum Verletztenartenverfahren (VAV) im Bereich der Gesetzlichen Unfallversicherung gehört die Asklepios Klinik Altona seit Anfang April zu den Anlaufpunkten für Arbeitsunfälle. Als

Krankenhaus der Maximalversorgung mit einer der größten Notaufnahmen Norddeutschlands in direkter Nachbarschaft zum Hamburger Hafen und zum Elbtunnel spielt die Klinik an der Autobahnabfahrt Othmarschen eine wichtige Rolle bei der Versorgung von Verletzun-

gen, die dort im Rahmen der Berufsausübung auftreten. Zuvor mussten Verletzte nach Berufsunfällen deutlich weitere Wege in die nächste Klinik mit VAV-Zulassung in Kauf nehmen. ■

Ärztliche Fortbildung

7.9.2016, 18:00–21:05 Uhr
Herz-Hirn-Hamburg
Hotel Hafen Hamburg
CME-Punkte: 5

14.9.2016, 17:00–20:00 Uhr
Rückblick-Ausblick: Aktuelles und Bewährtes aus der Urologie der AK Altona
Röperhof, Hamburg-Othmarschen
CME-Punkte: 3

16.9.2016, 16:15 Uhr, bis 17.9.2016, 14:00 Uhr
Antikoagulationsakademie „Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern und Venöse Thromboembolie“
Lindner-Hotel am Michel
CME-Punkte: 4

8.10.2016, 8:45–17:00 Uhr
2. Altonaer Neurovaskuläres Ultraschallkolloquium
Asklepios Klinik Altona, Carl-Bruck-Hörsaal
Teilnahmegebühr: € 250,-
CME-Punkte: 10

8.12.2016, 11:30 Uhr, bis 9.12.2016, 16:00 Uhr
6. Hamburger Acute Stroke-Workshop. Diagnostik und Therapie des akuten Schlaganfalls.
Mazza, Hamburg-Eimsbüttel
Teilnahmegebühr: € 270,-
CME-Punkte: 18/9

Save the date:
22.2.2017, 17:00 Uhr
13. Altonaer Neurotag
Asklepios Klinik Altona, Carl-Bruck-Hörsaal
CME-Punkte: 2

Anmeldung für alle Termine:
aerzteakademie@asklepios.com
Fax: (0 40) 18 18-85 25 44

IMPRESSUM

Herausgeber:
Asklepios Klinik Altona
Paul-Ehrlich-Straße 1
22763 Hamburg
V.i.S.d.P.:
Dr. Christian Höftberger
Redaktion:
Andrea Castillo-Sohre,
Anne Grocholl
Tel. (0 40) 18 18 81-22 14

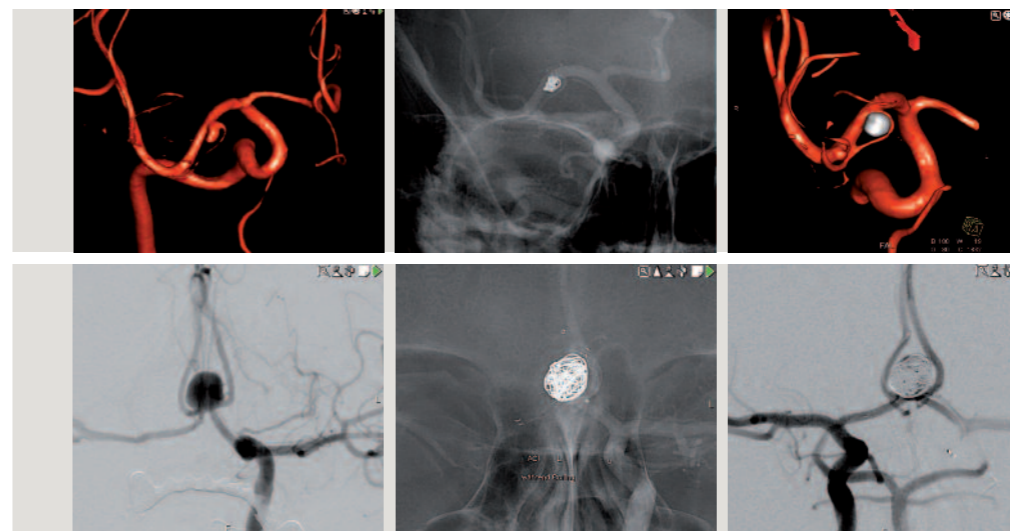


Abb. 1: Aneurysma der rechten A. cerebri media – Ausgangsbefund 3D-Angiographie (links), Angiographie (Mitte) und 3D-Angiographie (rechts) nach Coiling

Abb. 2: Breitbasiges Aneurysma der A. communicans anterior – Ausgangsbefund Subtraktionsangiographie (links), nach stentgeschütztem Coiling Angiographie (Mitte) und Subtraktionsangiographie (rechts)

Behandlung inzidenteller Aneurysmen in der AK Altona

Das Neurozentrum Altona hat eine Standardprozedur zur Behandlung inzidenteller Aneurysmen etabliert. Eine erste Risikoabschätzung erfolgt anhand der MR-Angiographie. Bei sehr kleinen Aneurysmen ohne weitere Risikofaktoren oder extrakranieller Lage kann ein konservatives Vorgehen mit MR-angiographischen Verlaufskontrollen empfohlen werden. Kommt es im Verlauf zu einer Größenzunahme oder Konfigurationsänderung, ist die Behandlungsindikation zu überprüfen. Bei Aneurysmen mit erhöhtem Blutungsrisiko wird in einer diagnostischen Angiographie die Angioarchitektur des Aneurysmas exploriert, um Ruptur-Risiko, Behandlungsmöglichkeiten und -risiken abschätzen zu können. In der Neurokonferenz erarbeiten Neurologen, Neurochirurgen und Neuroradiologen eine Behandlungsempfehlung, die am Folgetag ausführlich mit dem Patienten besprochen wird.

Für eine Stellungnahme zu einem Aneurysma-Patienten können Sie die CD der MRT-Untersuchung mit einem kurzen Anschreiben an Prof. Eckert schicken, Sekretariat Radiologie und Neuroradiologie. Für eine direkte Patientenberatung besteht die Möglichkeit einer Terminvereinbarung in der Neurochirurgischen Ambulanz. ■

Kontakt | Prof. Dr. Bernd Eckert
b.eckert@asklepios.com
Tel. (0 40) 18 18-81 18 11
Neurochirurgische Ambulanz
Tel. (0 40) 18 18-81 19 23

Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie:
Intrakranielle Aneurysmen

Die Prävalenz intrakranieller Aneurysmen beträgt bei Erwachsenen rund drei Prozent. Mit der Verbreitung der MRT-Bildgebung wächst die Zahl zufällig entdeckter, „inzidenteller“ Aneurysmen stetig. Dieser Befund führt bei Betroffenen und Angehörigen zu großer Verunsicherung, da plötzlich die Gefahr einer Hirnblutung im Raum steht – und der Vergleich mit einer „Zeitbombe“ bei der Befundübermittlung trägt nicht zur Beruhigung bei. Dabei hängt das Blutungsrisiko eines intrakraniellen Aneurysmas von vielen Faktoren ab, vor allem seiner Größe und Konfiguration. Irregulär konfigurierte Aneurysmen im Bereich der Basilarisspitze weisen ein hohes Rupturrisiko auf, während kleine (<5mm) und rundlich konfigurierte Aneurysmen in der A. cerebri media mit einer sehr niedrigen Blutungsrate (<1%/Jahr) verbunden sind. Auch anamnestische Faktoren spielen eine Rolle. So ist die Blutungswahrscheinlichkeit bei Patienten mit familiärer Belastung oder vaskulären Risikofaktoren erhöht. Bei Patienten unter 50 Jahren ist die Kumulation des Blutungsrisikos zu beachten, während über 80 Jahren das Behandlungsrisiko zunimmt. Eine interdisziplinäre Expertenkommission publizierte kürzlich einen Score über die Rupturrisiken intrakranieller Aneurysmen (Neurology 2015; 85: 881-9).

Behandlungsoptionen

Bei erhöhtem Blutungsrisiko wird die Ausschaltung des Aneurysmas empfohlen. Die Methodik hängt von der Lokalisation und der Konfiguration des Aneurysmas ab. Aneurysmen im hinteren Kreislauf werden in der Regel endovaskulär durch eine Coil-Embolisation behandelt, während breitbasige Aneurysmen in der Mediabifurkation die Domäne der operativen Clippausschaltung bleiben. Um ein niedriges Behandlungsrisiko zu gewährleisten, müssen beide Verfahren mit hoher Expertise durchgeführt werden. Für Komplikationen muss eine neurochirurgische und neuroradiologische 24/7-Bereitschaft vorgehalten werden. Eine Vielzahl technischer Innovationen, wie selbst-expandierende Mikrostenzen oder engmaschige „Flow-Diverter“-Stents zur Gefäßrekonstruktion, haben das Spektrum der endovaskulären Aneurysmatherapie erheblich erweitert. In der Asklepios Klinik Altona werden pro Jahr mehr als 150 Aneurysmen endovaskulär und operativ behandelt, sowohl inzidentelle Aneurysmen, als auch Notfallpatienten mit einer Subarachnoidalblutung nach Aneurysmaruptur.

Trigeminusneuralgie:

Ein Polster verspricht Heilung

Bei der typischen Trigeminusneuralgie (Tic doloireux) handelt es sich um einschließende, durch Essen, Sprechen oder Berührung triggerbare Gesichtsschmerzen in einem oder mehreren Trigeminusästen. Dieser Schmerz ist so heftig, dass Betroffene oft an Suizid denken. Ursache ist ein Gefäß-Nerven-Konflikt am N. trigeminus im Kleinhirnbrückenwinkel, der zu einem Kurzschluss zwischen den Berührungsempfindungs- und den Schmerzfasern führt.

Anfangs ist die Trigeminusneuralgie gut mit Antikonvulsiva zu behandeln, doch über die Jahre nimmt deren Wirkung ab und/oder die Nebenwirkungen nehmen zu, so dass schließlich eine operative Therapie in Frage kommt. Heilung verspricht die sogenannte mikrovaskuläre Dekompression (Jannetta-OP), bei der der Gefäß-Nerven-Konflikt durch Interposition eines Polsters behoben wird. Bei Kontraindikationen sind läsionelle Verfahren wie die Thermoläsion des Gan-

glion Gasseri eine Option. In der Asklepios Klinik Altona haben wir eine Subspezialisierung für die mikrovaskuläre Dekompression etabliert. Die hohen Fallzahlen optimieren die Patientenauswahl zur Operation und verbessern die Ergebnisse bei deutlich kürzeren Eingriffszeiten.

Nebenbei: Auch der Spasmus hemifacialis ist durch einen Gefäß-Nerven-Kontakt bedingt, eine Operation kann die lebenslangen vierteljährlichen Botox®-Injektionen ersetzen. ■

Kontakt | Prof. Dr. Uwe Kehler
u.kehrer@asklepios.com
Trigeminussprechstunde
Tel. (0 40) 18 18-81 16 71

Weitere Informationen:
www.youtube.com/watch?v=VOlewsG7EAU

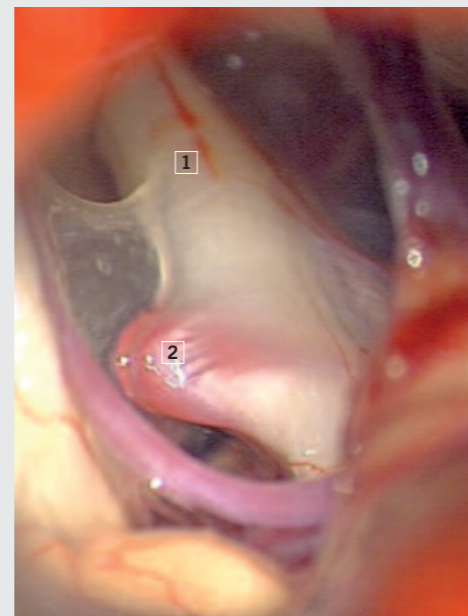


Abb. 1: Operationssitus: Gefäß-Nerven-Konflikt zwischen N. trigeminus (1) und A. cerebelli superior (2)



Hirntumorchirurgie

Die operative Entfernung ist ein entscheidender Baustein in der Behandlung von Hirntumoren. Diese Tumoren bedrohen nicht nur das Leben der Patienten sondern insbesondere auch ihre Lebensqualität. Durch Kompression oder Zerstörung wichtiger Funktionszentren kommt es zu Lähmungen, Sehstörungen, Sprachstörungen etc. Um die Lebensqualität zu erhalten und zu verbessern, sind moderne schonende Operationstechniken, die in den vergangenen Jahren substantiell fortentwickelt wurden, extrem wichtig. So setzen wir bei diesen Eingriffen routinemäßig ein ganzes High-Tech-Bouquet ein, wie intraoperative Bildgebung, elektrophysiologisches Monitoring zur Funktionsüberwachung und die in vivo-Tumoranfärbung zur Differenzierung vom gesunden Hirngewebe. Mikrochirurgische Techniken zusammen mit Neuronavigation und endoskopische Techniken sind heute Standard. Häufig lässt sich eine Komplet-

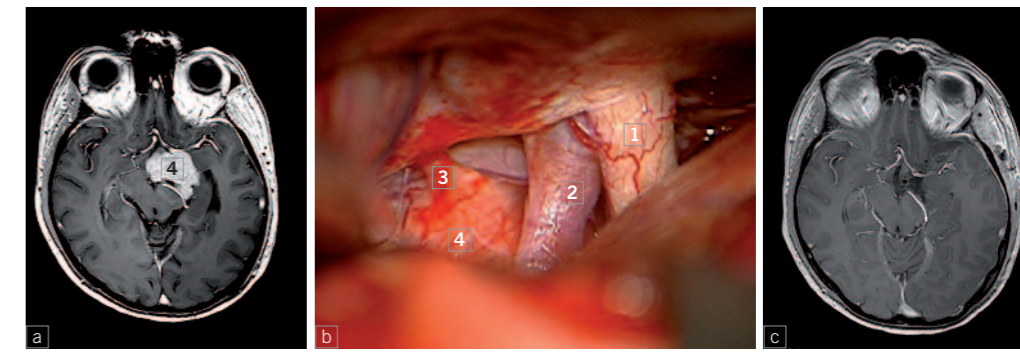


Abb. 1a: Präoperative Kernspintomographie mit Tumor (4); b: Mikroskopischer OP-Situs (1: Sehnerv, 2: A. carotis, 3: N. oculomotorius, 4: Tumor) c: Postoperative Kernspintomographie ohne Tumor

resektion erreichen. Bei gutartigen Hirntumoren wie Meningeomen oder Hypophysentumoren bedeutet dies eine Heilung. Bei malignen Hirntumoren (zum Beispiel bei Hirnmetastasen oder dem hochmalignen Glioblastom) wird das gesamte Therapiekonzept im interdisziplinären Tumorboard mit Onkologen, Pathologen, Strahlentherapeuten, dem gesamten Neurozentrum und weiteren Experten festgelegt. Zu dieser neuroonkologischen Tumorkonferenz können auch Patienten von außerhalb angemeldet werden: Tel. (0 40) 18 18-81 16 71.

Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie hat die Asklepios Klinik Altona aufgrund der großen Expertise auf diesem Gebiet (350 Hirntumoroperationen im Jahr) und der kompletten Infrastruktur als Kompetenzzentrum Neuroonkologie zertifiziert. ■

Kontakt | Prof. Dr. Uwe Kehler
u.kehrer@asklepios.com
Tel. (0 40) 18 18-81 16 71

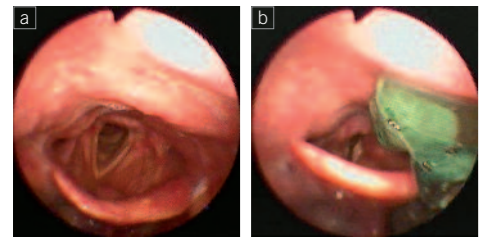


Abb. 1: Fiberendoskopische Schluckdiagnostik: (a) Blick auf die Glottis (b) Aspiration von „Götterspeise“

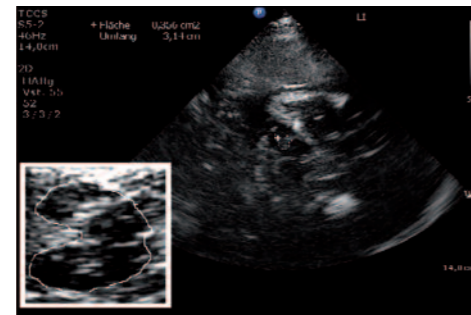


Abb. 2: Parenchymsonographie mit transkraniellem Ultraschall: Die Hyperechogenität der Substantia nigra ist Ausdruck der Neurodegeneration und weist auf ein idiopathisches Parkinsonsyndrom hin (Dr. Schaumberg, Leiter der Parkinsonkomplexbehandlung)

Interdisziplinär und effektiv:

Parkinson-Komplexbehandlung

Das Parkinson-Syndrom ist die häufigste neurodegenerative Erkrankung. Sie betrifft 100–200 von 100.000 Einwohnern und tritt mit fortschreitendem Lebensalter häufiger auf, aber auch junge Menschen können betroffen sein. Die medikamentöse Therapie ist von Beginn an als lebenslange Behandlung konzipiert, die sich mit der Länge des Krankheitsverlaufs und dem Alter des Patienten aufgrund von Wirkungsflektuationen zunehmend komplexer gestaltet. Oft muss die medikamentöse Therapie neu eingestellt werden, um die Lebensqualität wieder herzustellen. Am effektivsten geschieht dies für den Patienten im Rahmen einer sogenannten Parkinson-Komplexbehandlung.

Dieses stationäre Behandlungskonzept besteht aus einem intensiven Übungsprogramm, das an das individuelle Beschwerdebild angepasst wird. Hierzu gehören intensive Physiotherapie (Gehtraining, Sturzprophylaxe, Anti-Freezing-Training), Logopädie (fiberendoskopische Schluckdiagnostik mit darauf abgestimmten logopädischen Sprechübungen und Schlucktherapie) und Ergotherapie (Optimierung der Feinmotorik, Verbesserung von Abläufen im alltäglichen Leben). Ein Team aus Therapeuten, neurologischen Pflegekräften und Neurologen betreut die Patienten während ihres Aufenthaltes und erreicht durch den interdisziplinären Behandlungsansatz für

viele Patienten eine wesentliche Verbesserung der Parkinsonsymptome. Besonderes Augenmerk legen wir dabei auf die Gedächtnisleistung und leiten nach umfangreicher Diagnostik bei Bedarf auch eine antidementive Therapie ein. ■

Weitere Informationen:

Lettow I, Röther J: Pharmakotherapie des Morbus Parkinson beim älteren, multimorbiden Patienten. Internist (2014); 55: 728-34.

Kontakt | Prof. Dr. Joachim Röther
j.roether@asklepios.com
Tel. (0 40) 18 18-81 14 01



Abb. 1: Typischer MRT-Befund eines Normaldruckhydrozephalus mit erweitertem Hirnkammersystem und engen hochkortikalen Subarachnoidalräumen

Abb. 2: Programmierbarer, gravitationsgesteuerter Hydrozephalus-Shunt im Röntgenbild

Normaldruckhydrozephalus:

Die heilbare Demenz

Der Normaldruckhydrozephalus (NPH) erfüllt alle Voraussetzungen einer Volkskrankheit: Nach qualifizierten Schätzungen sind bis zu fünf Prozent der über 65-Jährigen betroffen, also allein in Hamburg rund 20.000 Menschen! Dass dieses Krankheitsbild in der Allgemeinheit dennoch kaum bekannt ist, ist umso bedauerlicher, da der NPH praktisch immer progredient verläuft und vielfach in Pflegebedürftigkeit endet, obwohl er sich mit einem Shunt erfolgreich behandeln ließe. Die Hauptsymptome sind Gangstörung, Inkontinenz und Demenz, wobei nicht alle Symptome vorhanden sein müssen. Ist in der Bildgebung eine Ventrikel-Erweiterung erkennbar, sollte immer eine

weitere Abklärung durch Hydrozephalus-Spezialisten erfolgen. Fehleinschätzungen der Demenz (z. B. Alzheimer), des radiologischen Befundes (z. B. Hirnatrophie) oder Angst vor der Operation verhindern häufig, dass die Patienten einem Hydrozephalus-Zentrum zugewiesen werden. Dabei ist die liquorableitende Operation – der sogenannte Shunt – heute unter anderem durch die Entwicklung moderner gravitationsgesteuerter und programmierbarer Ventile ein sicherer und komplikationsarmer Eingriff.

Der Normaldruckhydrozephalus ist ein klinischer und wissenschaftlicher Schwerpunkt der Asklepios Klinik Altona mit einer spe-

ziellen Hydrozephalus-Station. Komplettiert wird dieses Angebot durch die Demenz- und Gedächtnissprechstunde der AK Altona, Kontakt: Elke Jakus, Telefon (0 40) 18 18-81 14 03. Mit ihrem besonderen Know-how ist die Klinik auf praktisch allen internationalen Fachkongressen vertreten und hat federführend viele NPH-Multi-centerstudien durchgeführt. ■

Weitere Informationen:

Kehler U: Volkskrankheit Normaldruckhydrozephalus. Hamburger Ärzteblatt 2015; 15: 12-6.

Normal Pressure Hydrocephalus. M Fritsch, U Kehler, U Meier (eds), Thieme Verlag 2014 Stuttgart New York Delhi Rio.

www.youtube.com/watch?v=oULGr6RyWvE



Kontakt | Prof. Dr. Uwe Kehler
u.kehrer@asklepios.com
Tel. (0 40) 18 18-81 16 71