Das Chirurgische Oberarztteam Allgemein-, Viszeral-, spezielle Viszeral-, Gefäß-, Thorax- und Kinderchirurgie, Proktologie

Dr. Daniel van der Kemp
Ltd. OA, Leiter Minimalinvasive Chirurgie
Facharzt für Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie

Dr. Christiane Aschoff
Leiterin Schilddrüsenzentrum
Fachärztin für Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie

Dr. Reza Banaei
Leiter Endovaskuläre Chirurgie
Facharzt für Gefäßchirurgie

Francisco Javier Carrero Gomez
Leiter Rhythmuschirurgie
Facharzt für Thoraxchirurgie

Daniel Kranz
Leiter Adipositaschirurgie
Facharzt für Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie

Dr. Thomas Roßmüller
Leiter Proktologie
Facharzt für Allgemein-, Viszeral-, spezielle Viszeralchirurgie und Proktologie

Dr. Kay Schrameyer
Leiter Gefäßchirurgie
Facharzt für Allgemein- und Gefäßchirurgie

Terminvereinbarung bitte über das Sekretariat:
Frau Sabine Holtmann, Frau Vivien Pusdrowski
Telefon 02541 / 89 - 47343

Kinderchirurgie bitte über das Sekretariat der Kinder- und Jugendklinik:
Frau Andrea Vahlenkamp, Telefon 02541 / 89 - 11312

Sprechstunden

- Allgemein- und Viszeralchirurgie
  Dienstag und Freitag
  13:00 – 15:00 Uhr
  Dienstag und Donnerstag
  14:00 – 17:00 Uhr (Dülmen)
- Hernienchirurgie
  Montag
  13:00 – 15:00 Uhr
- Endokrine Chirurgie
  Donnerstag
  13:00 – 15:00 Uhr
- Gefäßchirurgie
  Montag
  8:00 – 15:00 Uhr
- Kinderchirurgie
  Dienstag
  14:00 – 17:00 Uhr
  in der Kinderambulanz
- Proktologie
  Dienstag und Donnerstag
  9:00 – 11:00 Uhr
- Privatsprechstunde,
  Adipositas- und Thoraxchirgie
  nach Vereinbarung

DKG Krebsgesellschaft Zertifiziertes Darmkrebszentrum

DGAV CAH Kompetenzzentrum für Herniechirurgie

DeGIR-ZENTRUM für interventionelle Gefäßmedizin und minimal-invasive Therapie

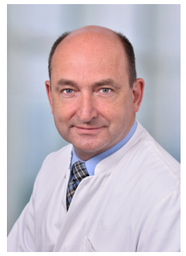
TÜVRheinland ZERTIFIZIERT Qualitätsmanagement Akutschmerztherapie www.tuv.com ID 9105068423

Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen KTQ-Zertifikat

Ausgabe 03/2021

Endokrine Chirurgie

Chirurgie aktuell



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Zahl der Schilddrüsenoperationen hat sich in den letzten 10 Jahren aufgrund einer strengeren Indikationsstellung um mehr als 20% reduziert. Viele Schilddrüsenveränderungen sind a- oder oligosymptomatisch und trotz aller modernen Techniken und großer Erfahrung ist eine Operation nicht risikolos. Daher ist bei der Indikationsstellung große Umsicht gefordert. Sowohl bei der Diagnostik, als auch bei der Operation hat es in den letzten Jahren wesentliche Innovationen gegeben. Ziel all dieser Bemühungen ist es, die Zahl der sog. diagnostischen Operationen bei Knoten unklarer Dignität zu senken.
Im Gegensatz zu dem Rückgang der Operationszahlen von Schilddrüsenerkrankungen nehmen aber die operationspflichtigen Nebenschilddrüsenerkrankungen deutlich zu. Hier ist besonders die Zusammenarbeit mit den Hausärzten, Nephrologen und Internisten gefordert. Besonders die Therapie des sHPT beruht im Wesentlichen auf Erfahrungswerten und durch den Mangel an prospektiven Studien derzeit weniger auf wissenschaftlicher Evidenz.
Über die neuen Entwicklungen in der Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsendiagnostik und Chirurgie möchten wir Sie informieren.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Chefarzt Dr. Friedrich Krings
Chirurgische Klinik 1

Unser Leistungsspektrum

- Schilddrüsenzentrum
- Thoraxchirurgie
- Rhythmuschirurgie
- Refluxchirurgie
- Minimalinvasive Chirurgie (MIC)
- Adipositaschirurgie
- Hepatobiliäre- und Pankreaschirurgie
- Darmkrebszentrum (DKG)
- Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie (DGAV)
- Gefäßchirurgie
- Zentrum für interventionelle Gefäßmedizin (DeGIR)
- Proktologie
- Kinderchirurgie

CHRISTOPHORUS KLINIKEN COESFELD DÜLMEN NOTTULN
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster

Endokrine Chirurgie

Indikationsstellung in der Schilddrüsenchirurgie

Ab dem mittleren Lebensalter haben über 30% der Menschen Schilddrüsenknoten. Nur wenige davon müssen einer Operation zugeführt werden. Die erste für den Patienten nicht belastende Diagnostik ist die Sonographie. Hier sollten die sog. europäischen TIRADS Kriterien angewendet werden, ein sich immer mehr etablierendes und standardisiertes Verfahren, um die Knoten bezüglich Ihres Malignitätsrisikos einzuschätzen. Zusammen mit den Untersuchungsmethoden der Nuklearmediziner, Schilddrüsenszintigramm, MIBI – Szintigramm und FNP erfolgt dann eine Risiko -Stratifizierung. Dabei ist die MIBI-Szintigraphie zur Beurteilung von Schilddrüsenknoten ebenfalls ein in den letzten 5 Jahren zunehmend angewendetes Verfahren. Ein Knoten, der hier nicht anreichert, ist in 98% benigne, reichert er hingegen deutlich an, kann von einer erhöhten Malignitätswahrscheinlichkeit von 12 bis 15 % ausgegangen werden. In Zusammenschau der Befund kann auch eine Feinnadelpunktion (FNP) des Knotens sinnvoll sein. In jedem Fall wird die Operationsindikation für jede Schilddrüsenseite getrennt gestellt, eine Sonographie nach TIRADS erfolgt in unserer Sprechstunde grundsätzlich.

Große, beidseits knotendurchsetzte Strumen, oft mit multifokaler Autonomie, das Vorliegen mechanischer Irritationen („Globusgefühl“), retrosternale Strumen mit Einengung der Trachea, große oder für die Radiojodtherapie nicht geeignete Basedowstrumen und eine Erhöhung der Calcitoninwerte mit V.a. ein medulläres Schilddrüsenkarzinom stellen ebenfalls eine OP Indikation dar.

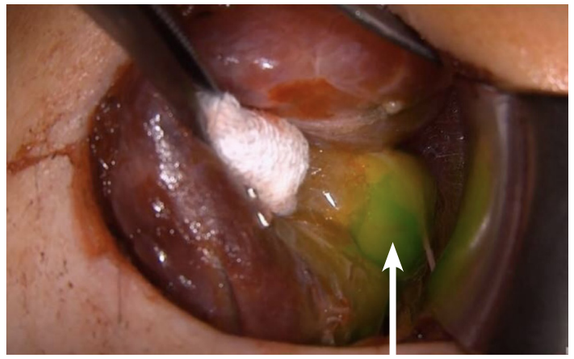
EU-TIRADS-Einteilung

Stadium	Beschreibung	Feinnadelpunktion	Malignitätsrisiko
EU-TIRADS 1	Kein Knoten	–	–
EU-TIRADS 2 (gutartig)	Zysten, auch septiert Spongiforme Binnenstruktur	–	Nahe 0%
EU-TIRADS 3 (low risk)	Oval, glatt begrenzt, iso- oder hyperechogen Kein Malignitätskriterium	Wenn > 20mm	2–4%
EU-TIRADS 4 (intermediate risk)	Oval, glatt begrenzt, leicht verminderte Echogenität Kein Malignitätskriterium	Wenn > 15mm	6–17%
EU-TIRADS 5 (high risk)	Knoten mit mindestens einem der folgenden Malignitätskriterien: 1. stark echoarm, 2. unregelmäßige Begrenzung, 3. nicht oval/ höher als breit im Transversalbild, 4. Mikrokalzifikationen	Wenn > 10mm	26–87%

Innovationen bei der Operation

Grundsätzlich wird die Größe des Hautschnittes bei der Operation dem Volumen der Schilddrüse angepasst. Dies bedeutet bei sehr kleinen Schilddrüsen und insbesondere bei Hemithyreoidektomien eine minimale Schnittgröße von ca. 3 – 4 cm, was einem minimalinvasiven Vorgehen entspricht.

Schon seit über 20 Jahren ist das intraoperative Neuromonitoring des Stimmnerven in unserem Haus etabliert, seit 6 Jahren können wir auch das permanente Neuromonitoring durchführen, welches sich insbesondere bei Rezidiveingriffen und Thyreoidektomien anbietet. Dabei ist es durch die Permanetüberwachung möglich, eine Zugbelastung am N. recurrens schon vor Eintreten eines Nervenschadens zu bemerken und durch Ändern der OP Strategie zu verhindern. Zusätzlich ist bei jeder Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsenoperation eine prä- und postoperative HNO – ärztliche Kontrolle der Stimmbänder unerlässlich.



Grün leuchtende NSD

Ein in der Viszeralchirurgie immer mehr etabliertes Verfahren ist die sog. Fluoreszenzangiographie. Sie ermöglicht durch die intravenöse Gabe von Indocyaningrün und mit Hilfe einer speziellen Kamera die Darstellung der Durchblutung von Gewebe. Dies gewinnt bei der intraoperativen Beurteilung der Nebenschilddrüsen eine immer größere Bedeutung. Die Nebenschilddrüsen können so in schwierigen Fällen leichter identifiziert und ihre Durchblutung (und damit ihre Funktion) besser beurteilt werden. So ist die Entscheidung zu einer Autotransplantation einer Nebenschilddrüse leichter zu treffen. Diese Verfahren findet in unserem Haus seit ca. 3 Jahren Anwendung.

Operationsumfang

Bei einem karzinomverdächtigen Knoten sollte die knotentragende Schilddrüsenseite komplett entfernt werden (Hemithyreoidektomie). Bei nachgewiesenem Karzinom (>1cm), Basedow, multifokaler Autonomie und Struma multinodosa 3° sollte eine Thyreoidektomie durchgeführt werden. Je nach Karzinomart und –größe ist auch eine Lymphadenektomie erforderlich. Bei einem nachgewiesenen Karzinom wird präoperative ein beratendes Gespräch zur Festlegung des Operationsumfanges aus onkologischer Sicht mit den Spezialisten der Nuklearmedizinischen Abteilung der UKM durchgeführt. Alle Patienten mit einem Schilddrüsenkarzinom werden nach der Entlassung in der Schilddrüsenambulanz der UKM vorgestellt, um die Notwendigkeit einer Radiojodtherapie zu klären und den Patienten an ein Nachsorgeprogramm anzubinden.

Postoperativer Verlauf

Der durchschnittliche Aufenthalt nach der Operation beträgt 2 Tage. Postoperativ erfolgt immer die Vorstellung beim HNO Arzt und die Bestimmung von Kalzium und Parathormon. So kann eine Recurrensparese oder ein Hypoparathyreoidismus rechtzeitig entdeckt und behandelt werden. Bei einer Nebenschilddrüsenproblematik bieten wir eine Weiterbetreuung der Patienten an. Eine Entfernung des Nahtmaterials entfällt bei intracutaner Nahttechnik mit resorbierbarem Material. Nach 4 bis 6 Wochen sollte die Schilddrüsenstoffwechsellage nochmals kontrolliert und die Hormonsubstitution ggf. nochmals angepasst werden.

Studoq

Seit 2017 nehmen wir an der Qualitätserhebung der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie teil. Die Patienten werden vor der Operation um ihr Einverständnis gebeten. Die Teilnahme ist freiwillig und die Daten werde anonymisiert. Dadurch erhalten wir jährlich eine Statistik über Patientenaufkommen, Operationsumfang, Diagnosen, Komplikationshäufigkeit, u.a. ermöglicht dies die Optimierung der Abläufe und bestätigt die persistent guten Ergebnisse unserer Klinik.