

DAS INTERVIEW



... mit PD Dr. med. habil. Dipl.-Biol. Werner Bär, Chefarzt des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene, Ärztlicher Direktor des Carl-Thiem-Klinikums Cottbus

Das CTK gibt mit diesem ersten Newsletter Informationen über Leistungsbreite und wissenschaftliche Arbeit seiner Kliniken und Institute heraus – mit welchem Ziel?

Dr. Bär: Ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung wie das unsrige hat in erster Linie Aufgaben der medizinischen Versorgung der Menschen in der Region zu leisten. Das steht im Vordergrund. Wir haben also eine Vielzahl von Patienten mit den unterschiedlichsten Erkrankungen zu behandeln. Daraus folgt: Bei der Diagnostik und Therapie der bei uns behandelten Erkrankungen, seltener, aber auch sehr häufig auftretender, kommt eine Vielzahl von Daten zusammen, erlangen die behandelnden Ärzte Erfahrungen und Erkenntnisse, nehmen an Studien teil oder nutzen die Möglichkeit, wissenschaftliche Arbeiten anzufertigen. Das ist das Material, aus dem – viermal im Jahr – ein solcher Newsletter gespeist wird. Es geht uns darum zu zeigen, was wir an Diagnostik und Therapie zu bieten haben, wo wir weitere Fortschritte machen. Jedes Haus hat seine Spezifika, auch diese wollen wir der Fachöffentlichkeit, unseren Partnern in der Niederlassung und in kooperierenden Krankenhäusern und damit unseren Patienten vorstellen.

Als Ärztlicher Direktor legen Sie viel Wert darauf, dass die ärztlichen Mitarbeiter sich fortbilden...

Dr. Bär: Das zum einem. Zum anderen wünsche ich mir, dass sich die Teilnahme an wissenschaftlichen Kongressen, Symposien usw. möglichst aktiv gestaltet, mit Vorträgen, Postern usw. Dazu nur zwei Zahlen: 2006 kamen aus der Neurochirurgischen Klinik 41 wissenschaftliche Vorträge, aus der Klinik für Chirurgie 33, dazu 24 wissenschaftliche Publikationen. Das ist nicht in allen Abteilungen des Hauses so, aber wir drängen darauf, dass die Tendenz überall steigend ist. Über solche wissenschaftlichen Arbeiten wird der Newsletter ebenfalls berichten. Im übrigen bietet ja das Haus seinen eigenen ärztlichen Mitarbeitern, denen umliegender Krankenhäuser und allen niedergelassenen Kollegen in schöner Regelmäßigkeit Fortbildungsveranstaltungen

mit eigenen Referenten und hochkarätigen Experten an, die natürlich von der Ärztekammer zertifiziert sind. Wir haben uns in dieser Hinsicht einen guten Ruf erworben. Termine sind u. a. über die Website www.ctk.de zu erfahren.

Gesundheitspolitisch wird auf die stärkere Annäherung von Stationär und Ambulant gedrängt, und auch die Patienten wünschen sich dies. Über welche Schwerpunkte ist aktuell zu berichten?

Dr. Bär: Es gibt eine Reihe von Kooperationen, die neben hoher Qualität auch Versorgungsoptimierung bedeutet. So haben wir mit dem Klinikum Hoyerswerda einen Vertrag abgeschlossen, in dessen Mittelpunkt die Zusammenarbeit bei der Erbringung von Laborleistungen steht. Das Institut für Laboratoriumsmedizin, Chefarzt ist PD Dr. med. habil. Frank Bühling, und das meinige für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene übernehmen die Verantwortung für die Laborleistungen des Hoyerswerdener Klinikums. Beide Standorte bleiben in vollem Umfang erhalten. Unsere Untersuchungsverfahren werden vereinheitlicht, investive Geräteschaffungen gegenseitig abgestimmt. Bei Personal- und Geräteausfällen aller Art kann dies gegenseitig kompensiert werden. Auch die Ausbildung von Ärzten und Medizinisch-Technischen AssistentInnen an beiden Standorten ist somit in die Zukunft hinein gesichert. Solche Kooperationen werden sich auch unter dem Gesichtspunkt des effektiven Einsatzes von Mitteln im Gesundheitswesen als immer sinnvoller erweisen.

Was ist aus Ihrer Sicht im CTK die wichtigste medizinische Neuigkeit der letzten Wochen?

Dr. Bär: Von der Öffentlichkeit wurde interessiert verfolgt, dass die III. Medizinische Klinik aus Kolkwitz an unseren Hauptstandort in Cottbus umgezogen ist. Die Stationen befinden sich jetzt, modernst ausgestattet, in den Häusern 41 und 61. Nicht so bekannt ist aber geworden, dass wir nunmehr mit dem neuen Haus 41 eine Einrichtung haben, die für infektiöse Erkrankungen höchster Gefahrenstufe ausgerüstet ist. Das Haus an der Leipziger Straße kann bei Bedarf hochinfektiöse Patienten aufnehmen und medizinisch betreuen, wie dies ansonsten z. B. nur in Kliniken in Berlin oder Dresden möglich ist. Das bedeutet: entsprechende Schleusen, Belüftungs- und Versorgungssysteme und natürlich eine hochqualifizierte Mannschaft aus Ärzten und Pflegepersonal, die zu jedem Zeitpunkt auf einen solchen Einsatz vorbereitet ist. Die Ereignisse der letzten Jahre – denken wir an die Zunahmen von Tuberkulosen, an Vogelgrippe und SARS oder auch die wachsende terroristische Bedrohung durch biologische Waffen – haben die Entscheidung beschleunigt, ein solches Haus am CTK bereitzuhalten.

Das Interview führte Annegret Hofmann

Deutsch-Polnische Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Frauenheilkunde „Spezielle Behandlungsmethoden bei Gebärmutterensenkungen“

Im Rahmen der langjährigen Zusammenarbeit mit der renommierten Gynäkologischen Klinik des Institutes für Militärmedizin in Warschau fand im vergangenen Jahr in der Frauenklinik des CTK ein Workshop zu neuen operativen Techniken beim Auftreten von Harninkontinenz und Senkungen der Gebärmutter bzw. des Scheidenstumpfes bei der Frau statt.



Zu Gast war Prof. Wodzimierz Baranowski, Leiter der Gynäkologischen Klinik in Warschau. Seit vielen Jahren leitet Prof. Baranowski eine der größten Weiterbildungseinrichtungen für Ärzte aus ganz Europa. Hauptthemen der Weiterbildungsmaßnahmen sind Endoskopietechniken in der Gynäkologie, gynäkologische Onkologie und urogynäkologische Eingriffe bei Senkungen der Gebärmutter und der Scheide. Ein weiterer spezieller Schwerpunkt ist die Diagnostik und Therapie der weiblichen Harninkontinenz, ein oft tabuisiertes Thema.

Prof. Baranowski erhielt seitens der Firma Gynecare für diese Operationsmethoden ein Zertifikat, welches ihn berechtigt, Weiterbildungsmaßnahmen in den Operationstechniken TVT-Sequire und Prolift durchzuführen. Diese

beiden Operationstechniken sind völlig neue Konzeptionen bei der Behandlung von Gebärmutter- oder Scheidenstumpfabenkungen und vor allem bei der Harninkontinenz der Frau.

Der Eingriff TVT-Sequire beruht auf das Anlegen eines nicht unter Spannung stehenden Bandes zwischen Scheidenwand und Harnröhre. Das Band durchwächst innerhalb von ein paar Monaten das Bindegewebe, wodurch entsprechende anatomische Zusammenhänge zwischen Scheide, Harnröhre und Harnblase wieder hergestellt werden. Dadurch gewinnt die Frau wieder die Kontrolle bei der Blasenentleerung. Die bei dieser Methode benutzten Geräte, die Bänderführer, wurden bis zu einem Grade so miniaturisiert, dass es möglich ist, das Anlegen der Bänder auch unter örtlicher Betäubung durchzuführen. Dadurch eignet sich die Anwendung dieser Technik auch bei denjenigen Patientinnen hervorragend, bei denen wegen Nebenerkrankungen ein sehr hohes Narkoserisiko besteht, ein Problem, das in dieser Patientengruppe oft auftritt.

Bei Anwendung der Operationstechnik „Prolift“ werden mit Spezialbänderführer künstliche Netze zwischen der vorderen Scheidenwand und der Harnblase sowie zwischen der hinteren Scheidenwand und dem Enddarm eingeführt. Mittels Einführer werden die Netze an verschiedenen Punkten im kleinen Becken fixiert. Dadurch wird die Senkung der Gebärmutter bzw. des Scheidenstumpfes beseitigt.

Während des Meetings führten wir gemeinsam mit Prof. Baranowski neun operative Eingriffe durch. Im Ergebnis wertete Prof. Baranowski, dass unsere Qualifikationen auf diesem Gebiet zur weiteren selbstständigen Anwendung dieser Operationsmethoden berechtigen. Es erfolgte die offizielle Anerkennung durch die Überreichung des entsprechenden Zertifikates.

Oberarzt Dr. G. Popiela

In der Frauenklinik des CTK wurde eine Informationsstelle eingerichtet, in der sich jeden Mittwoch Patientinnen, die an Harninkontinenz oder Senkung der Gebärmutter bzw. des Scheidenstumpfes leiden, beraten lassen können. Im Rahmen von Konsultationen werden diese Patientinnen von Oberarzt Dr. Popiela beraten und auf den operativen Eingriff unter Anwendung der genannten Methoden vorbereitet.

*Telefonische Terminvereinbarung: 0355 46-2565
frauenklinik@ctk.de*

Einführung einer Methode zum biologischen Ersatz des Vorderen Kreuzbandes

Bei Verlust des vorderen Kreuzbandes entsteht eine instabile Führung des Kniegelenks. Daraus resultieren Unsicherheit und Schlingerbewegungen, für deren Belastung der Knorpel nicht geschaffen ist. Innen- und Außenmeniskus sind gefährdet und können abreißen oder gequetscht werden. Zur Vermeidung dieser Selbstzerstörung des Gelenkes reicht die Muskelkraft mittel- bis langfristig nicht aus. Deshalb ist der vordere Kreuzbandersatz notwendig.

Somit stellt nach Rissen des Vorderen Kreuzbandes der Ersatz mit körpereigenen Sehnen heutzutage den Standard dar. Hier werden üblicherweise Oberschenkelsehnen (Hamstrings) oder ein Drittel der Kniescheibensehne (BTB) verwendet. Diese werden derzeit im Carl-Thiem-Klinikum Cottbus routinemäßig mit Metallimplantaten oder auflösbaren Implantaten befestigt.

Eine mittlerweile etablierte Methode zum Ersatz des Vorderen Kreuzbandes stellt die Methode nach G. Felmet dar. Hier werden die Oberschenkelsehnen verwendet und ohne Fremdmaterial verankert. Vorteile bei dieser biologischen Methode sind:

- geringere Probleme nach Entnahme des Transplantates als bei BTB-Transplantaten
- ausschließliche Verwendung körpereigenen Materiales ohne Abstoßungsreaktionen und ohne Reaktionen des Gewebes auf auflösbare Implantate
- anatomische Rekonstruktion und gelenknahe Fixierung
- kostengünstig

Fremdmaterialfrei und in All-Press-Fit-Technik erfolgt die Fixierung des Transplantates ausschließlich mit körpereigenen Knochendübeln. Diese werden im Nassschleifverfahren mit Diamant-hohlschleifen gewonnen und wie „Korken in die Flasche“ mit dem Band in die Verankerungskanäle eingepresst. Schrauben, Stifte oder Klammern werden nicht benötigt. Die Bezeichnung All Press Fit steht für anatomisch korrekte Kreuzbandplastiken ohne Fremdimplantate.

Ein weiterer Vorteil besteht neben der rein biologischen Operation darin, dass bei einem erneuten Riss in gleicher Technik ohne wesentlichen Kompromiß das Kreuzband erneut ersetzt werden kann.

Vom Chefarzt der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, PD Dr. A. Domagk, wurde Dr. Peter Ambros mehrere Wochen zum Inaugurator der Methode „Dr. Felmet, nach Villingen-Schwenningen“ entsandt, um diese Methode umfassend zu erlernen. So können wir jetzt an unserer Klinik erstmalig eine minimal-invasive, biologische und implantatfreie Methode zum Ersatz des Vorderen Kreuzbandes anbieten.

*Dr. P. Ambros, Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
unfallchirurgie@ctl.de*

NEUROCHIRURGIE

Neues Operationsmikroskop.

Seit Ende 2007 steht der Neurochirurgischen Klinik ein neues Operationsmikroskop zur Verfügung.

Neben verbesserten optischen Eigenschaften, einer höheren Licht-helligkeit, einer digitalen Bildverarbeitung und der Möglichkeit einer späteren Anbindung an die Neuronavigation kann mit dem Operationsmikroskop in Cottbus jetzt erstmals eine so genannte **intraoperative Fluoreszenzmikroskopie** durchgeführt werden.

Dazu trinkt der Patient vor einer Hirntumoroperation eine Flüssigkeit, die mit einer bestimmten Aminosäure (5-Aminolävulinsäure) angereichert ist. Diese speichert sich in den Tumorzellen und wird in einen fluoreszierenden Farbstoff (Protoporphyrin IX) umgewandelt. Wird nun bei dem OP-Mikroskop blau-violettes Licht zugeschaltet, leuchten die Tumorzellen im Gesichtsfeld auf und können so besser erkannt und entfernt werden. Diese Methode verbessert die Operationsqualität, insbesondere bösartige Hirntumore (sog. maligne Gliome) können schonender und vollständiger entfernt werden, da das Tumorgewebe in den Randbereichen zum gesunden Gehirn besser erkannt werden kann. Erste Erfahrungen mit der Fluoreszenzmikroskopie bei Gliomen zeigen, dass es zu einer spürbaren Lebensverlängerung in guter Lebensqualität kommt.

CA Dr. C. Schoof, Neurochirurgische Klinik

5-ALA bei der Resektion von malignen Gliomen:

OP, Strahlentherapie, Chemotherapie sind Standard der Therapie maligner Gliome, dabei kann der Stellenwert der OP so beschrieben werden: histologische Klärung, Verringerung der Raumforderung, Zytoreduktion, Verbesserung der Voraussetzung für Zusatztherapien. Studien zeigten, dass Patienten mit kompletter Resektion einen Überlebensvorteil haben. Solche und weitere Studien zeigten auch, dass es nur in 20% der Fälle gelingt, den kontrastmittelaufnehmenden Tumoranteil vollständig zu entfernen (postoperatives Früh-MRT).

Gründedafür sind: Es ist intraoperativ schwierig, den Tumor als solchen zu erkennen, denn er ähnelt häufig dem normalen Hirngewebe. Untersucht wurden u. a. intraoperatives MRT. Intensiv klinisch erprobt: fluoreszenzgestützte Resektion mit 5-Aminolävulinsäure (ALA). ALA ist eine körpereigene Substanz, wird im Körper zur Blutbildung benötigt. Zellen bösartiger Hirntumoren nehmen ALA auf, wandeln es in stark fluoreszierende Substanz um (Protoporphyrin IX). Lässt sich mit Hilfe von geeigneten Beleuchtungsquellen und Filtern im OP-Mikroskop sichtbar machen. ALA wird vor der Operation in Wasser aufgelöst vom Patienten getrunken.

Die ALA-Studie konnte zeigen, dass Verwendung von 5-ALA die Resektion verbesserte und somit auch den weiteren Krankheitsverlauf positiv beeinflusste.

*Weitere Information: Dr. Juliana Knobloch,
neurochirurgie@ctl.de*

Diagnostik und Therapie

Neue Diagnostikmöglichkeit in der Gastroenterologie

Seit Januar 2008 steht für die Gastroenterologie ein neues Mess- und Datenerfassungssystem für das gastroesophageale Refluxmonitoring über 24 Stunden zur Verfügung.

Neben der Aufzeichnung des pH-Wertes an zwei Messpunkten im Oesophagus besteht jetzt auch die Möglichkeit der Impedanzmessung an 6 Kanälen. Damit werden nun auch nicht saure Refluxes erfasst, die bei der gastroesophagealen Refluxkrankheit bis zu 50% der Refluxereignisse ausmachen können. Refluxereignisse werden durch eine Software in Korrelation zu den Symptomen, z. B. Sodbrennen, Husten, Thoraxschmerz, Erbrechen) gebracht. Möglich ist neben der Analyse der Refluxes auch die Beurteilung von Clearance und Bolus-Transport. Dieser kann zusätzlich als Video-Clip dargestellt werden.

Die Durchführung und Auswertung der interdisziplinär nutzbaren Untersuchungsmethode erfolgt durch die Abteilung Kinder gastroenterologie der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin.

OÄ Dr. med. Simone Stolz

Moderne Funktionsdiagnostikmethoden

1. endokrinologische Funktionstests im Rahmen der Kleinwuchsdiagnostik

- TRH-Test
- Arginin-Test
- Clonidin-Test
- Glucagon-Propranolol-Test

im Rahmen der Adipositasdiagnostik

- Dexamethason-Hemmtest
- OGTT mit C-Peptid-Bestimmung zum frühzeitigen Erfassen einer möglichen beginnenden Insulinresistenz (wesentlich aussagekräftiger als der alleinige OGTT)

2. Diabetologie

- Blutzucker-Langzeit-Messung (72 Stunden) per CGMS (kontinuierlicher Glukoseaufzeichnung) zur Optimierung der InsulinEinstellung bei Diabetes mellitus Typ I (und im zunehmenden Maße auch Typ II) durch Erkennen unentdeckter Hypo- und Hyperglykämien.
- Einstellen der Insulintherapie auf eine Insulinpumpentherapie (CSII)
- Schulung der Patienten, Familie und ggf. auch Kindergarten/Schule im Rahmen der Manifestation des Diabetes mellitus Typ I, Nachschulungen bei Änderung der Stoffwechsellage, der Insulintherapieform und zur "Auffrischung"

3. Asthma bronchiale

- Lungenfunktion mit/ohne Spasmolyse, Lungenfunktion mit Provokation (Laufbelastung, Carbacholbelastung)
- PRICK, RAST

- in enger Zusammenarbeit mit der Physiotherapie Patienten- und Familienschulung

Therapieoptimierungsprotokolle der Pädiatrischen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie, nach denen in Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im CTK Cottbus Kinder und Jugendliche mit malignen Erkrankungen behandelt werden:

Leukämien werden nach folgenden Protokollen behandelt:

ALL-BFM 2000: Protokoll zur Behandlung der akuten lymphoblastischen Leukämie,

ALL-REZ-BFM 2002: Protokoll zur Behandlung eines Rezidivs der akuten lymphoblastischen Leukämie

AML-BFM 2004: Protokoll zur Behandlung einer akuten myeloischen Leukämie

AML-REZ-BFM 2001: Protokoll zur Behandlung eines Rezidivs der akuten myeloischen Leukämie

Hodgkin-Lymphome:

EuroNet-PHL-C1-Studie: Protokoll zur Behandlung von Hodgkin-Lymphomen und von Rezidiven

Solide Tumore:

NB 2004: Protokoll zur Behandlung von Neuroblastomen

SIOP 2001/ GPOH: Protokoll zur Behandlung von Nephroblastomen

MAKEI, Protokoll zur Behandlung von Keimzelltumoren

EURO – E.W.I.G. 99: Protokoll zur Behandlung von Ewing-Sarkomen

CWS – 2002 P: Protokoll zur Behandlung von Weichteiltumoren

ZNS Tumore:

HIT 2000: Protokoll zur Behandlung von malignen Hirntumoren (Version 1.4.07)

HIT-REZ. 2005: Protokoll zur Behandlung von Rezidiven der Hirntumore (Meldungen sind erfolgt)

HIT GBM-D: Protokoll zur Behandlung von Glioblastomen

SIOP-LGG: Protokoll zur Betreuung von Patienten mit niedrig malignen Gliomen

Andere bösartige und hämatologische Erkrankungen:

GPOH-MET: Protokoll zur Behandlung von endokrinen Tumoren

EWOG-MDS 2006: Protokoll zur Behandlung von myelodysplastischen Syndromen

DBA 2000: Protokoll zur Behandlung der Blackfan Diamond Anämie

*Informationen: Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,
Chefarzt PD Dr. med. Thomas Erler
kinderklinik@ctk.de*

Geriatrisch-rehabilitative Versorgung

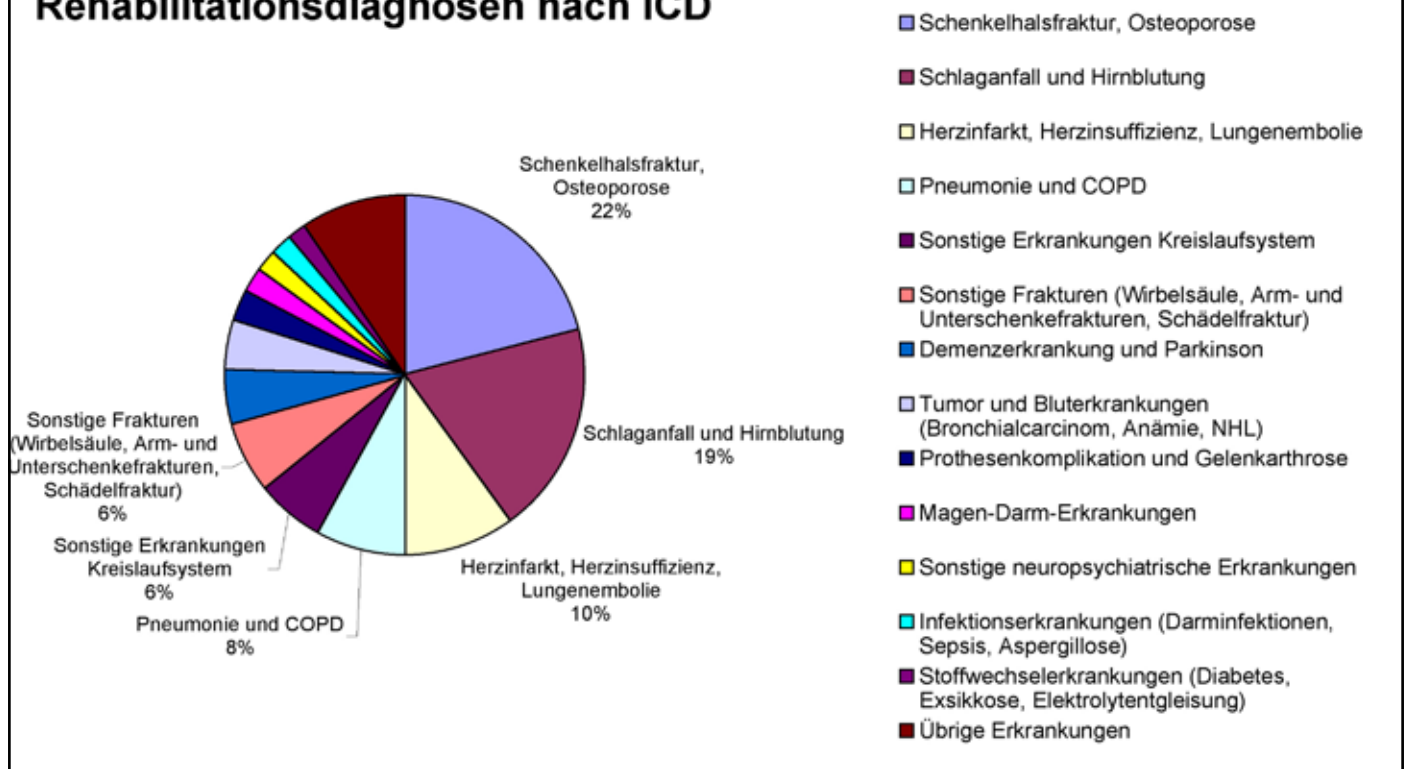
Interdisziplinäre Teamarbeit nach individuellen Therapieplänen

Mit dem Umzug nach Cottbus hat die Geriatrie unter dem Dach der IV. Medizinischen Klinik mit den jetzigen Teildisziplinen Rheumatologie/Gastroenterologie/Geriatrie ein neues Zuhause im Haus 61 an der Leipziger Strasse gefunden. Damit ist auch räumlich eine enge Kooperation mit den anderen Fachdisziplinen des Schwerpunktkrankenhauses geschaffen worden. Derzeitig stehen uns 40 Betten zur Verfügung, im Frühjahr werden es 52 Patienten sein. Unverändert liegt der Schwerpunkt in der geriatrisch-rehabilitati-

Zur umfangreichen geriatrischen Medizin gehören:

- Kurative Maßnahmen
- Rehabilitative Aktivitäten
- Palliative Medizin
- Integration von sozial flankierenden Maßnahmen
- Hilfsmittelversorgung
- Überleitung an die sich anschließende Behandlungsphase (Hausarzt, Sozialstation, Pflegeheim)

Rehabilitationsdiagnosen nach ICD



ven Versorgung.

Der ältere Patient wird bei uns nach individuellen Therapieplänen ganzheitlich nach Akuterkrankungen wie unfallchirurgisch/orthopädisch versorgter Schenkelhalsfraktur oder Arthrose, Schlaganfall, Herzinfarkt, Amputation, Osteoporose, komplizierter Chemotherapie bei Krebserkrankungen oder nach längerer Aufenthalt auf der Intensivstation durch ein multiprofessionelles geriatrisches Team aus Ärzten, Pflegefachpersonal, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Psychologen, Sozialarbeitern sowie Krankheitsseelsorge versorgt.

Ziel der Behandlung in der Geriatrie ist die Vermeidung von immobilitätsinduzierten Folgeerkrankungen wie Dekubitus, Kontrakturen, Muskelatrophie und sozialer Isolation.

Durch eine Verbesserung der Mobilität und Alltagskompetenz soll der Patient wieder in die Lage versetzt werden, im häuslichen Umfeld oder in einer Pflegeeinrichtung auf möglichst wenig fremde Hilfe angewiesen zu sein und Lebensqualität zurückzugewinnen. Geriatrische Patienten definieren sich nicht alleinig durch das erreichte Lebensalter („Kalendarisches Alter“) sondern durch vorbestehende Multimorbidität (Mehrfacherkrankung) und Chronizität („langwieriger Krankheitsverlauf“).

Um für jeden Patienten ein Optimum von Lebensqualität trotz Krankheit und Behinderung zu erreichen, ist eine genaue Bestimmung der Begleitumstände erforderlich (Geriatrisches Assessment).

In diesem Zusammenhang werden von allen Berufsgruppen des o.g. therapeutischen Teams Therapiezielstellungen erarbeitet. Tägliche morgendliche Teamübergaben, die wöchentliche Teambesprechung und eine wöchentliche klinische Visite unter Einbeziehung aller Berufsgruppen sorgen für eine enge Kommunikation. Geriatrische Patienten werden schon während des stationären Aufenthaltes mit den notwendigen Hilfsmitteln, die sie im häuslichen Umfeld benötigen, versorgt. 3 bis 4 Tage vor der Entlassung werden Absprachen für einen geordneten Übergang in die ambulante Weiterbehandlung mit Hausärzten, Angehörigen und Sozialstation getroffen. Gelingt es bei einem älteren multimorbiden Patienten nicht, den Allgemeinzustand zu stabilisieren, ist es für unser Team wichtig, Ruhe und Geborgenheit für die verbleibende Lebenszeit zu sichern und bei entsprechendem Patientenwunsch auch die Angehörigen einzubeziehen.

*Dr. Eyke Bayer, Ltd. Oberarzt Geriatrie,
IV. Medizinische Klinik, 4.med.klinik@ctk.de*

Nematodeninfektion in Betracht ziehen

Vorgestellt wurde ein sehr seltener Fall einer folliculären kutanen Larva migrans.

Bei einem 25-jährigen Mann bestanden seit zwei Monaten stark juckende Hautveränderungen gluteal. Angefangen hatten diese während eines Urlaubsaufenthaltes auf Sri Lanka. Nach seiner Rückkehr wurde er zunächst unter dem Verdacht einer tropischen Hautmykose antimykotisch, später antibiotisch behandelt. Die Zunahme der Beschwerden führte schließlich zur stationären Einweisung in die Hautklinik.

Bei der körperlichen Untersuchung zeigten sich im Bereich des Gesäßes über 100 erythematöse, größtenteils folliculär gebundene Papeln, die teils krustig belegt, teils exkoriert waren. Vereinzelt bestanden Pusteln und es zeigten sich mehrere kurze gewundene erythematöse Streifen. Im Blut fand sich eine Erhöhung der eosinophilen Granulozyten auf 25% sowie der Leberwerte. In der entnommenen Gewebeprobe fiel ein perifolliculäres lymphohistiozytäres Infiltrat mit zahlreichen eosinophilen Granulozyten auf. In lediglich einem histologischen Schnitt fanden sich innerhalb eines partiell zerstückelten Talgdrüsenfollikels Anschnitte einer Larve, welche in der 400-fachen Vergrößerung anhand ihrer doppelten lateralen Alae an der Außenseite der Larve *Anclystoma* sp. larva. zugeordnet werden konnte.

Aufgrund des ausgeprägten Befalls erfolgte eine Behandlung mit Albendazol 400 mg/d oral für die Dauer von 3 Tagen. Darunter kam es zu einem vollständigen Verschwinden des Juckreizes, die Hautveränderungen zeigten sich innerhalb von 10 Tagen nahezu vollständig rückläufig.

Die diagnostizierte folliculäre kutane Larva migrans stellt eine besondere Manifestationsform der kutanen Larva migrans dar. Die kutane Larva migrans kommt in Europa selten vor und wird meist als Reisekrankheit importiert. Auslöser des Krankheitsbildes sind Nematodenlarven. Die Würmeier werden mit Fäzes und Urin von infizierten Hunden und Katzen im Sand oder in der Erde abgelegt. Häufigste Erreger sind die Hakenwürmer *Ancylostoma caninum* und *Ancylostoma brasiliense*, aber auch andere Nematoden können derartige Hautveränderungen induzieren. Die Verbreitung der Hakenwürmer ist wegen ihrer nicht-parasitischen, freien Lebensphase auf feucht-warme Gebiete (zwischen den Breitengraden 40° N und 30° S) beschränkt. Die ausschlüpfenden filariformen Larven orten mit kreisenden Suchbewegungen den Wirt und dringen aktiv in die intakte Haut ein. Gemäß der Expositionsmöglichkeit ist beim Fehlwirt Mensch der häufigste Manifestationsort der Fuß, am zweithäufigsten ist das Gesäß befallen. Die Larva migrans bahnt sich gewöhnlich ihren Weg in einem intraepidermalen Tunnel und führt sekundär zu einer entzündlichen Reaktion. Eine Penetration von der Epidermis in die Dermis findet nur selten statt. Typischerweise ist die kutane Larva migrans eine selbstlimitierte Infektion, die für 2 - 8 Wochen besteht, in Einzelfällen sind langwierige Verläufe von fast zwei Jahren beschrieben.

Der Nachweis der Larve mittels Hautbiopsie ist bei typischer Klinik nicht zwingend erforderlich. Bei untypischer Manifestation wurde hier eine Hautbiopsie zur Diagnosesicherung durchgeführt. Der gelungene histologische Nachweis innerhalb eines Talgdrüsenfollikels stellt in zweifacher Sicht eine Rarität dar: Zum Einen ist

der Nachweis der Larve generell selten erfolgreich, da sich deren Sitz gewöhnlich 1 bis 2 cm entfernt von den makroskopisch sichtbaren Enden der Hautveränderungen befindet; dieses erschwert die Wahl der Hautbiopsieentnahmestelle. Zum Anderen ist die Lokalisation der Larve in dem Talgdrüsenfollikel eine Ausnahme. Wenn man das Glück hat, bei einer Probenbiopsie eine Larve darstellen zu können, so liegt diese erwartungsgemäß intraepidermal.

Der intrafolliculäre Larvennachweis lässt die klinisch sichtbare Follikulitis gut erklären. Die lange Bestandsdauer sowie die zunehmende Beschwerdesymptomatik waren weitere Besonderheiten des vorgestellten Krankheitsverlaufes.

Bei typischer Klinik wird mit lokaler Applikation von Thiabendazol-Creme in 10%-iger Konzentration okklusiv über 3 - 4 Tage therapiert. Bei Versagen der Lokaltherapie, bei ausgeprägtem Befall oder folliculärer Verlaufsform ist eine systemische Therapie indiziert. Hierfür stehen Albendazol, Ivermectin und Thiabendazol zur Verfügung, wobei Letzteres ein ungünstiges Nebenwirkungsprofil aufweist.

Eine Follikulitis kann eine ungewöhnliche klinische Manifestationsform der kutanen Larva migrans sein, insbesondere am Gesäß. Deshalb sollte bei glutealen Follikulitiden mit Juckreiz und Aufenthalt in einem endemischen Land an eine Nematodeninfektion gedacht werden. Die pathognomonischen erythematösen Bänder der kutanen Larva migrans können bei der folliculären Verlaufsform in den Hintergrund treten.

(Zusammenfassung eines Beitrags im „Hautarzt“, Juli 2007 von Dr. med. Dieter Bachter, Chefarzt Hautklinik des CTK)

NEUES AUS DER CHIRURGISCHEN KLINIK

Habilitation: Im Januar 2008 wurde Oberarzt Dr. H. Ptok mit dem Thema „*Die Qualität der chirurgischen Therapie des Rektumkarzinoms in der klinischen Routineversorgung in Deutschland – Analyse der Daten der prospektiven multizentrischen Beobachtungsstudie: „Qualitätssicherung Kolon/Rektum-Karzinom (Primärtumor)“*“ an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg habilitiert.

Veröffentlichungen: „*Ösophaguskarzinom – unizentrische Ergebnisse nach Resektionsbehandlung*“, Originalarbeit von I. Gastinger in „Der Chirurg“ (online first November 2007; DOI 10.1007/s00104-007-1402-9; über die Bibliothek im Internet abzurufen)

„*Rektumkarzinom – unizentrische Ergebnisse nach neoadjuvanter Kurzzeit-Strahlentherapie im uT3-Stadium*“, Originalarbeit von R. Kube in „Diseases of the Colon & Rectum“

„*Impact of anastomotic leakage on oncological outcome after rectal cancer resection*“, Originalarbeit (Autoren: H. Ptok, F. Marusch, F. Meyer, D. Schubert, I. Gastinger, H. Lippert) in British Journal of Surgery (2007; 94: 1548 - 1554)

Weitere Informationen:
Chirurgische Klinik, Chefarzt Prof. Dr. Ingo Gastinger,
chirurgie@ctk.de

Tuberkulose auf schnellstem Weg identifizieren

Über den Einzug der molekularbiologischen Diagnostik anhand der Tuberkulosedagnostik hat das Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene im Rahmen der Cottbuser Großveranstaltung „Nacht der kreativen Köpfe“ im Oktober 2007 berichtet. Dabei wurde die Bedeutung der Tuberkulose in der Welt und in Deutschland an epidemiologischen Daten aufgezeigt. Die Tuberkulose ist weltweit die tödlichste durch Bakterien hervorgerufene Infektionskrankheit. Besonders getroffen sind die armen Länder der Welt, aber auch große Industrienationen (Russland, USA) verzeichnen zum Teil dramatische Zunahmen an Tuberkuloseerkrankungen. In Deutschland erkranken 6,6 von 100.000 Menschen jährlich an Tuberkulose, dabei sterben 0,2 von 100.000. Noch sind nur 2,7 % aller in Deutschland isolierten Tuberkulose-Stämme multiresistent. Die dünnbesiedelten Flächenländer in Deutschland zeigen eine geringere Inzidenz als die Großstädte. Im Land Brandenburg führt Cottbus die Statistik der Neuerkrankungen an und liegt 50 % über den Bundesdurchschnitt. Neue Verfahren am Institut sollen gewährleisten, dass die Diagnostik schnell und effizient durchgeführt werden kann. So ergänzen neue mikroskopische Verfahren mit Fluoreszenzfärbung und die

Flüssigkulturen zur Anzucht der Bakterien das Spektrum der klassischen Tuberkulosedagnostik. Da die Organismen nur sehr langsam wachsen, werden zur Identifizierung molekularbiologische Verfahren eingesetzt.

Die PCR (Polymerasekettenreaktion, engl. polymerase chain reaction,) ist ein DNA-Kopierverfahren, bei dem in nur zwei Stunden kurze Teilabschnitte des Bakteriumgenoms milliardenfach vervielfältigt werden und damit für die Augen des Menschen und derer von elektronischen Geräten sichtbar macht (Link zu PDF-File: POSTER TAG PCR). Mit Hilfe der DNA-Sequenzanalyse wird der Abfolge der DNA-Basen ermittelt und in im Internet freizugänglichen Datenbanken abglichen. Als Ergebnis kann die Mykobakterienart in weniger als 2 Tagen ermittelt werden (Link zu PDF-File: POSTER TAG Seq). Herkömmliche Verfahren benötigen das Wachstum der Bakterien und die Identität des Bakteriums liegt erst nach Wochen vor.

Autoren der Vorträge sind: Dr. med. habil. Werner Bär, Chefarzt, Frau Dr. Q. F. B. G. Marquez de Bär und Dr. Thomas Juretzek, alle Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene, mikrobiologie@ctk.de

TERMINE

16. April 2008: 5. Carl-Thiem-Symposium im Hörsaal des CTK (Beginn 17 Uhr) zum Thema *Minimal-invasive Frakturversorgung mit modernen Implantaten und angepasster Operationstechnik*, veranstaltet von der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Chefarzt PD Dr. med. A. Domagk.

19. bis 21. Juni 2008: Vortrag und Poster von Dr. D. Bachter, Chefarzt der Hautklinik auf der 7. Tagung der Deutsch-Ungarischen Gesellschaft für Dermatologie in Budapest

Weitere Informationen zu Fach- und öffentlichen Veranstaltungen des Carl-Thiem-Klinikums finden Sie auf www.ctk.de



Herausgeber:

Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH,
Thiemstr. 111, 03048 Cottbus, www.ctk.de
Geschäftsführerin: Heidrun Grünewald,
Aufsichtsratsvorsitzender: Berndt Weisse
Redaktion: Annegret Hofmann, Pressesprecherin,
pressesprecherin@ctk.de
Grafik: Corax, Weimar,
Gestaltung: Contentic Media, Berlin

Mit dem Newsletter informieren wir Sie regelmäßig und kostenlos über medizinische und wissenschaftliche Neuigkeiten aus dem Carl-Thiem-Klinikum Cottbus, aktuelle Entwicklungen in der Forschung, Kampagnen, Termine, Kongresse und vieles mehr. Sollten Sie den Newsletter nicht mehr erhalten wollen, teilen Sie uns dies bitte kurz mit.