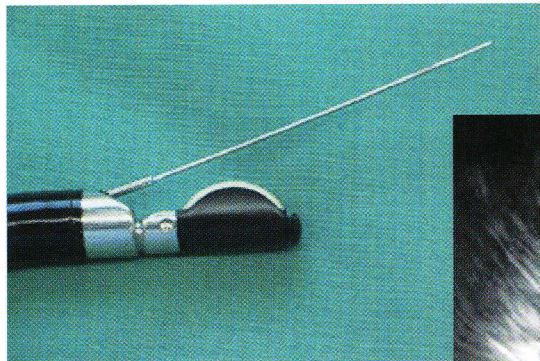


## Diagnostische und therapeutische Endosonographie

Anfang dieses Jahres wurde im Krankenhaus Reinbek ein neuer Endosonographie-Prozessor (ALOKA Prosound  $\alpha$  10) und zwei Endosonographie-Endoskope (OLYMPUS UE 160 und UCT 140) angeschafft. Mit diesen Neuinvestitionen verfügt das Krankenhaus über eine der modernsten und besten derzeit verfügbaren Endosonographieanlagen, mit deren Hilfe alle diagnostischen Untersuchungen aber auch therapeutischen endosonographischen Eingriffe durchgeführt werden können.

Bereits im Jahr 2008 wurden über 400 Endosonographien durchgeführt, diese Zahl wird 2009 deutlich gesteigert werden. Bei keiner endosonographischen Untersuchung trat eine relevante Komplikation auf. Der Stellenwert der Endosonographie hat deutlich an Bedeutung gewonnen, da für die Entscheidung über eine neoadjuvante Therapie beim Ösophagus-, Magen- und Rectumkarzinom die Endosonographie unverzichtbarer Bestandteil der praeoperativen Staging-Untersuchungen geworden ist. Dies gilt auch für die praeoperative Abklärung der Operabilität des Pankreaskarzinoms.



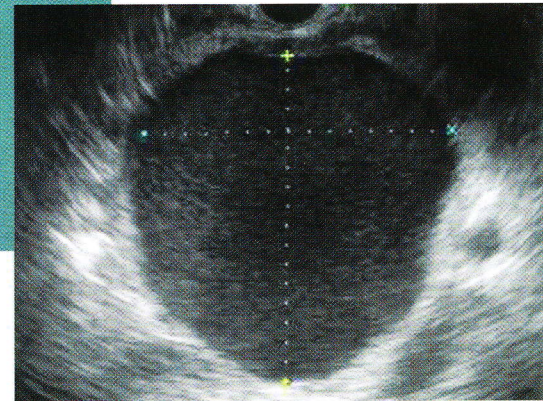
Endoskopischer Schallkopf mit Punktionsschleife.

Unverzichtbar ist die endosonographisch gesteuerte Feinnadelpunktion für die Diagnostik unklarer Lymphknotenvergrößerungen u.a. im Mediastinum, aber auch in der Diagnostik submucöser Tumoren wie dem GIST.

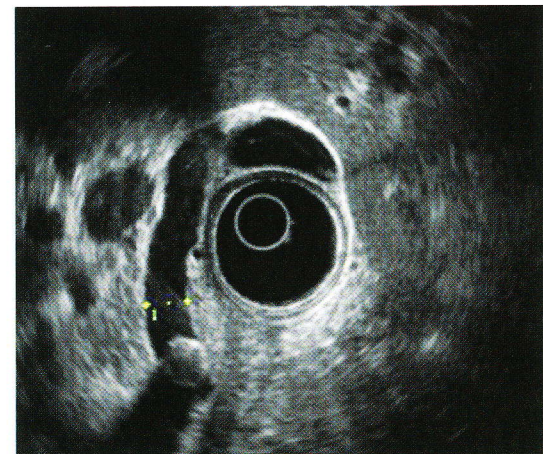
Für die Diagnose von Gallengangsteinen besitzt die Endosonographie die höchste Sensitivität.

Die therapeutische Endoskopie ist heute integraler Bestandteil in der Behandlung von Abszessen und Pseudozysten, durch die Ableitungen in den Gastrointestinaltrakt geschaffen werden können.

(Dr. Stahmer, Dr. Duschek)



Endosonografische Darstellung einer Pankreas-Pseudozyste.



Endosonografische Darstellung einer Cholecholelithiasis.

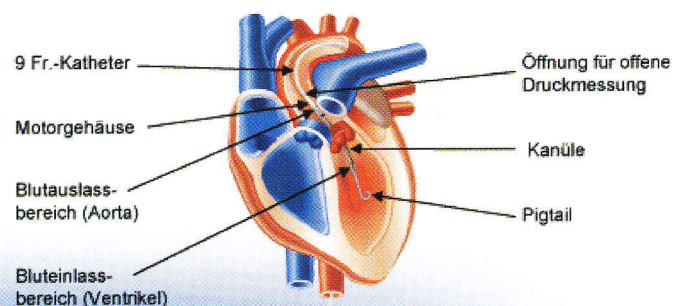
## Therapie des kardiogenen Schocks mit der Impella-Pumpe

Mechanische Herzkreislauf-Unterstützungs-Systeme (left ventricular assist devices, LVAD) wurden in den frühen 1960er Jahren entwickelt. In der weiteren Entwicklung entstanden verschiedene Systeme mit pulsatilem und mit kontinuierlichem Blutfluss sowie extrakorporale und intrakorporale Systeme. Die Herzkreislaufunterstützungs-Systeme dienen bei Patienten mit kardiogenem Schock der Erhaltung des Kreislaufes während der Revaskularisierung oder auch als Brücke zur Transplantation.

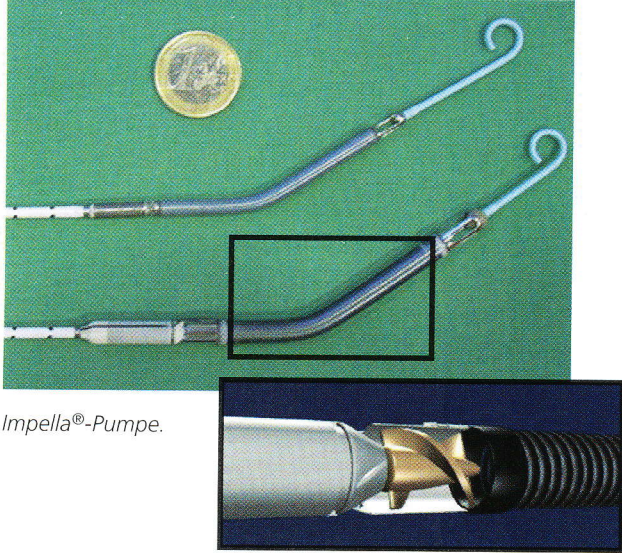
Die Sterblichkeit bei Patienten mit kardiogenem Schock ist weiterhin sehr hoch mit ca. 46 %. Im Kran-

### Impella® LP2.5

Katheterpumpe 12 Fr., perkutan über die Femoralarterie implantiert



Platzierung der Impella®-Pumpe.



Impella®-Pumpe.

kenhaus Reinbek St. Adolf-Stift wird ein Herzkreislaufunterstützungs-System (die Impella-Pumpe) seit 2007 eingesetzt. Unser Haus besitzt damit in der Therapie des kardiogenen Schocks alle Therapie-Optionen.

Die Impella-Pumpe ist eine axiale Fluss-Pumpe, die über die Leisten-Arterie vorgebracht und im linken

Ventrikel platziert wird (s. Abbildungen). Im linken Ventrikel wird das Blut kontinuierlich angesaugt und kontinuierlich hinter der Aortenklappe wieder ausgeworfen. So kann entweder bis 2,5l/min oder bis 5l/min Blut in den großen Kreislauf zusätzlich gepumpt werden und der Herzkreislauf damit nahezu komplett ersetzt werden.

Die erste Therapie beim akuten Myokardinfarkt ohne oder mit kardiogenem Schock ist stets die rasche Gefäßwiedereröffnung. Eine 24-Stunden-Herzkatheter-Rufbereitschaft existiert hier im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift seit 2005; die Zeitintervalle von Erst-Kontakt bis Koronargefäß-Eröffnung ist mit 83min (Mittelwert 2007) in Reinbek überdurchschnittlich gut. Gefordert wird von den Leitlinien der DGK eine Zeit unter 120 min.

(PD Dr. Nägele, Dr. Krause, Dr. Behrens)



## Porträt Herr Lankenau

Herr Gunnar Lankenau, Facharzt für Anästhesiologie, ist seit November 2007 in der Abteilung für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie des Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift beschäftigt. Seine

Ausbildung absolvierte er von 2000 bis 2007 am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Neben seiner Tätigkeit in der Anästhesie, Notfall-, und Intensivmedizin lag sein besonderer Schwerpunkt in der akuten und chronischen Schmerztherapie. In der Schmerzambulanz des UKE erwarb er sich umfassende

Kenntnisse und Erfahrungen, insbesondere in interventionellen Methoden der Behandlung verschiedenster chronischer Schmerzsyndrome. Im Jahre 2007 erwarb er die Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie. Des Weiteren war er an der Ablauforganisation des Akutschmerzdienstes, sowie an der Etablierung eines interdisziplinären Palliative Care Teams beteiligt. Am Krankenhaus Reinbek soll er in oberärztlicher Funktion den Bereich der akuten und chronischen Schmerztherapie leiten und weiter ausbauen.

PD Dr. Krause

## Konzept der Schmerztherapie

Die Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten soll verbessert werden.

Ein Schwerpunkt der Tätigkeit soll die interventionelle Schmerztherapie mit neuromodulativen und neuroablativen Verfahren sein. Neuromodulation in Form von elektrischer Rückenmarkstimulation (SCS – Spinal Cord Stimulation) ist ein effektives Verfahren bei verschiedenen chronifizierten Schmerzzuständen wie neuropathischen Beinschmer-

zen, Ischämieschmerzen bei operativ nicht angebarter pAVK oder inoperabler, therapierefraktärer Angina pectoris.

Neuroablativen Verfahren wie die Alkoholneurolyse des Plexus coeliacus oder des sympathischen Grenzstrangs auf verschiedenen Höhen der Wirbelsäule können sehr effektiv bei Schmerzen tumoröser Grundlage (z.B. Pankreas-Karzinom) oder neuropathischen Schmerzen im Rahmen von Postzosterneural-

gien oder CRPS Syndromen eingesetzt werden. Andere interventionelle Techniken, die bei ausgewählten Patienten eingesetzt werden können, sind Kryo- oder Thermoablationen von Nerven der Facetengelenke oder des Iliosacralgelenks bei pseudoradikulären LWS-Schmerzen.

Eine Vernetzung mit etablierten Strukturen der schmerztherapeutischen Patientenversorgung haben