

STIEFS SPRECHSTUNDE**Leser fragen –
Experten antworten**

PROF. CHRISTIAN STIEF



Liebe Leserinnen und Leser,

als Chefarzt im Münchner Klinikum Großhadern erlebe ich täglich, wie wichtig medizinische Aufklärung ist. Doch im hektischen Alltag von Klinik und Praxis bleiben manchmal Fragen offen. Und: Geht es um ein „Tabuthema“, trauen sich Patienten häufig gar nicht erst nachzufragen. Meine Kollegen und ich wollen Ihnen daher Antworten geben. Haben Sie auch eine Frage zu einem medizinischen Thema? Dann schicken Sie uns diese zu! Bitte fassen Sie Ihr Anliegen kurz zusammen und geben möglichst Ihr Alter an. Schicken Sie uns keine Krankenakten. Die Antworten werden auf dieser Seite anonymisiert veröffentlicht – aber nicht persönlich zugeschickt.

Haben Sie Fragen? Schreiben Sie uns!

Per Mail: mitarbeit.wissenschaft@merkur.de
Per Post: Münchner Merkur, Redaktion Gesundheit,
Paul-Heyse-Straße 2-4, 80336 München

Leserin, 78: Ich hatte 2017 eine Virusinfektion mit Verdacht auf eine „Herpangina“, ein „Herpes zoster“ wurde mit „Aciclovir“ behandelt. Seither habe ich bitteren Schleim im Hals, das Essen schmeckt fad und bitter. Ich kann aber normal riechen. Die anderen Beschwerden habe ich bis heute. Was hilft dagegen?

Bitterer Geschmack: Woher kommt das?

Möglicherweise hat die beschriebene Virusinfektion zu einer Störung eines der Schmeck-Nerven geführt. So können „neurotrope Viren“, zu denen Herpesviren zählen, jede Art von Nerven befallen und ihre Funktion beeinträchtigen. Um sicherzugehen, müsste man einen Schmeck- und Riech-Test durchführen. Therapeutisch lässt sich das Problem kaum beeinflussen. Der Nerv kann sich von allein erholen, was nach ein- einhalb Jahren aber eher unwahrscheinlich ist.



Prof. Wolfgang Wagner
Chefarzt der Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie des Klinikums Schwabing in München

DIE ZAHL DER WOCHE**28**

Wer sich in sozialen Netzwerken wie Facebook & Co. zu Gesundheitsfragen informiert, sollte aufpassen: Forscher aus Kalifornien haben 50 beliebte Artikel zu „Urogenitaltumoren“ geprüft. 35 waren korrekt, doch wurden falsche Inhalte 28-mal so oft geteilt.

Leser: Ist eine Leberzyste gefährlich, wie entsteht sie und welche Untersuchungen sind dann nötig?

Leberzysten: Wie gefährlich sind sie?

Sogenannte dysontogenetische Leberzysten sind harmlos. Um diese sicher feststellen zu können, müssen solide Leberveränderungen wie Adenome oder bösartige Lebertumore zuverlässig ausgeschlossen werden, etwa durch eine Sonografie, eine Computer- oder Kernspintomografie (CT oder MRT). Leberzysten sind flüssigkeitsgefüllte Hohlräume, die von einer zarten Wand umgeben und scharf vom Lebergewebe abgegrenzt sind. Sie können einzeln oder zu mehreren auftreten. Ihr Durchmesser reicht von wenigen Millimetern bis zu mehreren Zentimetern. Leberzysten können erblich bedingt sein, nach einer Oberbauchverletzung auftreten oder auch ohne erkennbaren Grund. Sie werden meist zufällig bei beschwerdefreien Patienten entdeckt, etwa bei einer Routinekontrolle der Bauchorgane per Ultraschall, CT oder MRT. Leberzysten finden sich bei zehn bis 20 Prozent aller Menschen, vor allem bei Frauen über 50 Jahren. Sie sind gutartig und entarten nie. Kleine Zysten führen praktisch nie zu Beschwerden und bedürfen keiner Behandlung. Größere Zysten über zehn Zentimeter können indes die Leberkapsel anspannen und auf Nachbarorgane drücken, was zu einem anhaltenden Schmerz führt. Sie können auch einbluten oder platzen, was plötzliche, heftige Schmerzen auslöst. Bei Beschwerden lassen sich größere Zysten operativ behandeln: Dabei wird die Zyste entleert und mit Bindegewebe aus dem Bauch gefüllt, damit sie sich nicht erneut füllt. Anders als diese harmlosen Leberzysten sind solche, die durch Parasiten wie den Fuchsbandwurm bedingt sind, gefährlich. Diese lassen sich aber per Ultraschall, CT und MRT gut unterscheiden. Der Nachweis einer Infektion erfolgt durch eine Blutprobe. In dem Fall muss die Zyste operativ entfernt und eine antiparasitäre Therapie eingeleitet werden.



Prof. Wolfgang Schepp
Chefarzt der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Gastroenterologische Onkologie, Klinikum Bogenhausen, München Klinik



Prostata-Operation im Klinikum Großhadern: Der Arzt in der Bildmitte bereitet den Eingriff vor. Danach übernimmt der vielarmige OP-Roboter namens „Da Vinci“ das Schneiden und Nähen im Körperinneren. Gesteuert wird er von einem Chirurgen (Foto unten) an einer Konsole. FOTOS (3): MARCUS SCHLAF

Hightech-Helfer im OP-Saal

Im Klinikum Großhadern hat die Zukunft schon vor zehn Jahren begonnen: Patienten mit urologischen Erkrankungen können sich seither von Roboter „Da Vinci“ operieren lassen. Der hat bereits bei mehr als 2000 Eingriffen assistiert – eine Erfolgsgeschichte, wie auch der Fall von Peter K. zeigt.

VON ANDREA EPPNER

Peter K., 55, trägt Dreitagebart zum rot-braunen Sakko. Sein Hemd, weiß-blau kariert, steht oben offen. K. mag es sportlich-leger. Einen wie ihn nennt man in Bayern gern ein „g’ständenes Mannsbild“. Doch die Diagnose, die ihn im Herbst 2018 traf, bringt selbst ihn zum Wanken: Prostatakrebs – mit Mitte 50.

„Das war der niederstemmerndste Tag“, erinnert sich Peter K., der nicht mit vollem Namen genannt werden will. Den Angriff im eigenen Körper hat er nicht kommen sehen. Ein emotionaler Tiefschlag. „Ich war einen halben Tag niedergeschlagen“, sagt K. Dann rappelt er sich wieder auf: Von innen bestrahlen? Nein! Der Krebs muss weg – auch wenn dafür die Prostata raus muss.

In den Anfangsjahren war die Skepsis groß

Die Prostata ist eine kastanienfarbene Drüse im Unterleib des Mannes. Sie produziert nicht nur den Großteil der Samenflüssigkeit. Direkt unter der Blase gelegen umschließt sie auch die Harnröhre. Wird sie entfernt, sind daher „die allermeisten Patienten vorübergehend inkontinent“, sagt Privatdozent Dr. Boris Schlenker, leitender Oberarzt an der Urologischen Klinik am Klinikum Großhadern in München. Manche bleiben es sogar dauerhaft. Da im kleinen Becken Nervenstränge verlaufen, die wichtig für eine Erektion sind, kann der Eingriff auch die Potenz kosten.

Die Angst vor dem Krebs ist bei Peter K. jedoch größer. Und: Seine Frau hat bei der Recherche im Internet einen Chirurgen entdeckt, dessen Hände niemals zittern: den OP-Roboter „Da Vinci“. Der sei nerven- und gefäßschonender und hinterlasse kleinere Narben.

Der OP-Roboter selbst nach dem OP-Roboter fragen, ist heute nicht mehr ungewöhnlich, sagt Schlenker. Im Gegenteil: Heute müssten Patienten mehrere Wochen auf einen Termin warten. Vor zehn Jahren, als der „Da Vinci“ zum ersten Mal in Großhadern das Miniskalpell führte, sei die Skepsis dagegen groß gewesen. „Die Menschen hatten Angst, von einer seelenlosen Maschine operiert zu werden“, erzählt Schlenker. Dabei dürfe man sich das nicht vorstellen wie bei einem dieser vollautomatischen Fertigungsroboter bei BMW. Es sei nicht so, dass der Arzt daneben stehe und nur im Notfall eingreife.

Schlenker spricht daher lieber von einem „Roboter-Assistenzsystem“. Der „Da Vinci“ könne nicht die Expertise des Arztes ersetzen. Vor allem aber bewege er sich auch „keinen Hundertstel Millimeter, wenn nicht der Operateur den Anstoß dazu gibt.“ Wie das genau geht, ließ sich K. bei seinem ersten Termin in Großhadern erklären: Anders als bei einem konventionellen Eingriff ist kein großer Schnitt nötig. Operiert wird quasi „durchs Schlüsselloch“: Durch wenige kleine Zugänge werden eine Kameraoptik und die OP-Instrumente eingeführt. Das hinterlässt nicht nur kleinere Narben – mehrere kleine Wunden heilen auch schneller als ein einziger großer Schnitt. Patienten sind nach dem Eingriff daher früher wieder fit.



Dr. Boris Schlenker (o.) zeigt am Modell, wo im Unterleib des Mannes die Prostata sitzt. Rechts im Bild: Ein Chirurg sitzt an der Steuerungskonsole des OP-Roboters.

**Moderne Technik im OP: Wo Roboter heute schon das Skalpell führen**

Eigentlich sollte er die Herzchirurgie revolutionieren. Doch Karriere machte der Roboter-Assistent „Da Vinci“ in der Urologie: Hier gebe es heute kaum noch einen Eingriff, für den er nicht infrage käme, sagt Experte Dr. Boris Schlenker. Auch größere Tumore in der Prostata, Harnblasenkrebs oder ein verengter Harnleiter ließen sich damit behandeln.

Rund 50 Prozent der Prostatakrebs-Operationen in Deutschland erfolgten 2018 mit dem „Da Vinci“, sagt Schlenker. Heuer könnten es erstmals mehr als die Hälfte werden. Allein am Klinikum Großhadern würden rund **350 Eingriffe pro Jahr** mit dem System durchgeführt.

Längst ist der Roboter nicht mehr nur auf die Urologie beschränkt. Etwa ein Drittel der Eingriffe erfolge inzwischen in der Gynäkologie, ein weiteres Drittel bei OPs im Bauch.

Mit den wachsenden Einsatzmöglichkeiten steigt auch die Zahl der Roboter: Waren vor zehn Jahren nur etwa 20 Systeme in Deutschland im Einsatz, seien es heute fast **150**, sagt Schlenker.

Der OP-Roboter leiht dem Chirurgen dabei „nur“ seine metallenen Arme: Sie halten und führen Kamera und OP-Instrumente. Letztere sind klein und äußerst beweglich – perfekt, um auf engstem Raum präzise zu operieren: Das macht den Roboter gerade bei Eingriffen im kleinen Becken zu einer großen Hilfe.

Gesteuert wird er von einem Operateur, der an einer Konsole mit Joysticks und 3-D-Bildschirm sitzt. Das hat mehrere Vorteile: Der Chirurg kann seine Hände ablegen, statt im Stehen zu operieren. „Das ist viel ermüdungsfreier“, sagt Schlenker. Und davon profitierten auch die Patienten – ihr Arzt bleibe bei der OP länger frisch und konzentriert. Auf dem Bildschirm kann er die Aufnahme

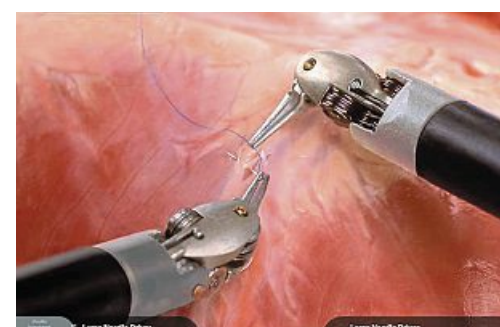
men aus dem Körperinneren zudem stark vergrößert sehen. Damit erkennt er sogar mehr als ein Chirurg bei einer offenen Operation.

Ist der Arzt mit Roboterassistenz also die bessere Wahl? Entscheidend sei die Expertise des Operateurs, der den Roboter bedient, sagt Schlenker. Betrachtet man allein die Langzeitergebnisse, seien beide Verfahren vergleichbar. Durch Studien sei aber klar belegt, dass der Blutverlust bei Einsatz des „Da Vinci“ geringer ist. Auch die Naht zwischen Harnröhre und Harnblase sei dann oft früher dicht als nach einer offenen OP: Das Nähen klappt bei guter Sicht einfach besser. Vor allem aber hätten die Patienten nach einem solchen Eingriff weniger Schmerzen.

Peter K. war schnell von den Vorzügen des Roboters überzeugt. Er entschied sich für den Eingriff – und hat es nicht bereut. „Ich hatte praktisch gar keine Schmerzen“, sagt auch er. Nur ein paar Tage schluckte er Schmerzmittel. Als der lästige Katheter entfernt ist, muss K. zwar anfangs sehr oft zur Toilette. „Doch mit der Kontinenz hat es gleich geklappt.“ Das ist eher ungewöhnlich: Trotz Übungen für den Beckenboden, die Patienten am besten noch vor dem Eingriff lernen, dauere das oft mehrere Wochen oder Monate, erklärt Schlenker.

Beim Sex funktioniere alles wie vorher

Auch mit dem Sex klappte es bei Peter K. schon nach knapp sechs Wochen wieder: „Es funktioniert alles wie vorher“, sagt er. Sogar Kinder könne er theoretisch noch zeugen, aber nur per künstlicher Befruchtung: Da die Prostata fehlt, komme nur noch „heiße Luft“, wie er sagt. Der Tumor in seiner Prostata war allerdings auch eher klein. Bei größeren Tumoren müsse oft mehr Gewebe um die Drüse herum mitentfernt werden, sagt Schlenker. Damit steige auch das Risiko, wichtige Nervenstränge zu verletzen. Wunder kann auch der „Da Vinci“ nicht wirken. „Besser als vorher wird es nicht: Das hatte man mir schon gesagt“, meint Peter K. Am wichtigsten war ihm ohnehin, den Tumor loszuwerden. „Ich bin dankbar, dass alles weg ist.“



Selbst feine Nähte lassen sich mit den sehr beweglichen OP-Instrumenten setzen. FKN

Ein anderer Roboter ist derweil aus deutschen OPs verschwunden: „Robodoc“ sollte in den 90er-Jahren hochpräzise künstliche Hüftgelenke einsetzen. Doch statt wie erhofft nach dem Eingriff wieder schneller auf die Beine zu kommen, kämpfte ein Teil der so behandelten Patienten noch heute mit Schmerzen und Gehproblemen. Anders als der „Da Vinci“, der keine Bewegung eigenständig ausführt, wurde der „Robodoc“ programmiert und operierte dann automatisch. ae