

Die Kinderchirurgen: Spezialisten für die Kinder!¹

Was Sie über diese chirurgische Spezialdisziplin auch wissen sollten ...

Walter Kistler

Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen

Chirurgie mit kindergerechter Infrastruktur

Der immer wieder zitierte Satz «Kinder sind *keine* kleinen Erwachsenen» wird weiterhin vielerorts hartnäckig ignoriert. Aber Kinder brauchen ein auf die Bedürfnisse ihres sich noch entwickelnden Organismus spezialisiertes Team von Ärzten, Pflegenden, Therapeuten, technischen Assistentinnen, und sie haben ein Anrecht darauf. Diesem Auftrag hat sich der Kinderchirurg verschrieben. Doch im allein vom Kostendenken geprägten Gesundheitswesen – wer führt in der Diskussion schon den Nutzen ins Feld oder versucht gar, diesen zu berechnen – steht der Kinderchirurg zunehmend im Gegenwind, werden doch Kinder weiterhin häufig in Spitälern behandelt, die nicht für sie eingerichtet sind. Weil den Kindern eine Lobby fehlt, werden ihre Bedürfnisse bagatellisiert, und ihre Betreuung ist nicht selten inadäquat.

Der Kinderchirurg bietet dem Kind ein ihm angepasstes Umfeld und eine auf es zugeschnittene Chirurgie; wo er das operative Know-how qualitativ nicht selbst anbieten kann, zieht er den entsprechenden Spezialisten zu und bietet diesem eine kindergerechte Infrastruktur. Solche Kooperationen bestehen und bewähren sich. Kinder und Eltern sind uns dafür dankbar!

Pränatale Beratung

Seit Beginn der pränatalen Ultraschalluntersuchungen in den 1980er Jahren wird die Diagnostik der angeborenen Fehlbildungen zunehmend exakter. Erstaunlicherweise erfolgt aber auch heute noch häufig die Beratung der betroffenen Eltern durch den die Schwangere betreuenden Arzt, ohne dass dieser über die entsprechenden Kenntnisse oder gar Erfahrungen verfügt: Welche operativen Korrekturmöglichkeiten gibt es? Welches sind die Perspektiven für das noch ungeborene Kind und seine Eltern? Was wird unmittelbar nach Geburt sein, und was später? Wo und wie soll die Geburt geplant werden?

Der Kinderchirurg kann diese Fragen beantworten und leistet diesen wichtigen Beitrag kompetent. In grossen Zentren ist er in «prenatal board»-Konferenzen integriert, und die Beratung der Eltern kann rechtzeitig und in Ruhe erfolgen. Ein solcher Kontakt schafft Vertrauen und sollte heute keinem Elternpaar mehr vorenthalten werden!

Bemerkung: Die fötale Chirurgie ist heute immer noch nur in ausgewählten Fällen sinnvoll und sollte wenigen hochspezialisierten Zentren vorbehalten sein.

Neuere Operationsverfahren

In der Behandlung der Hydrozephalie haben sich seit vielen Jahren Shunt-Systeme bewährt, durch die der Liquor in den Bauchraum (peritoneal) oder ins Venensystem (atrial) abgeleitet wird. Die Einzelteile dieser Systeme wurden weiterentwickelt bis hin zum programmierbaren Ventil, bei dem sich der Abflusswiderstand transkutanmagnetisch verändern lässt. Unverändert sind diese Systeme aber mit der Gefahr der mechanischen Dysfunktion oder Infektion behaftet.

In diesem Zusammenhang hat sich mit der Ventrikulostomie des III. Ventrikels [1] für ausgewählte Patienten eine Alternative etabliert, die im Erfolgsfall ein shuntfreies Leben ermöglicht! Die Methode besteht darin, dass neuroendoskopisch eine Verbindung zwischen dem dritten Ventrikel und dem Subarachnoidalraum (Cisterna interpeduncularis) geschaffen und dadurch die Liquorzirkulation zu den externen Räumen wieder möglich wird. Einige wenige Kinderchirurgen haben sich das entsprechende Wissen und Können erworben und führen die Eingriffe an ihren Kliniken durch, mancherorts in Kooperation mit den Kollegen der Neurochirurgie.

Mit einem Morbus Hirschsprung geboren zu werden, bedeutete für die betroffenen Kinder bis vor wenigen Jahren eine operative Behandlung in drei Schritten: Anlage einer Kolostomie, Durchzugsoperation und schliesslich Kolostomieverschluss.

Seit Ende der 1990er Jahre wird bei vielen Kindern die Korrekturoperation in einem Schritt transanal-endorektal [2, 3] durchgeführt, und zwar mit enormen Vorteilen: kein Bauchschnitt, daher geringe postoperative Schmerzen, Nah-

¹ Dieser für die Schlaglichtnummer zum Jahreswechsel verfasste Beitrag erscheint wegen eines redaktionellen Missgeschicks verspätet. Wir bitten die Autoren um Entschuldigung.

rungsaufbau rasch möglich und spontane Defäkation bereits ab dem dritten postoperativen Tag, kurze Rekonvaleszenz.

Dieses Verfahren eignet sich insbesondere für Säuglinge in den ersten Lebensmonaten; die bisherigen Erfahrungen sind sehr befriedigend. Die kinderchirurgischen Zentren haben diese Operationsmethode in ihrem Armamentarium.

Der Siegeszug des Verfahrens nach Nuss [4–6] ist in der breiten Öffentlichkeit wahrgenommen worden: Mussten bisher Patienten mit einer Trichterbrust lange Operationszeiten und grosse Narben in Kauf nehmen, was zudem häufig mit Reoperationen verbunden war, wird heute diese angeborene Anomalie des vorderen Brustkorbes mit einer breiten Metallspange («Pectus-Bar») auf das richtige Niveau gehoben! Der unter endoskopischer Kontrolle durchgeführte Eingriff bedingt zwei kurze Inzisionen jeweils lateral am Thorax im Bereich der vorderen Axillarfalte. Hier werden auch die Stabilisatoren plaziert, die zum Schluss die Metallspange in situ halten. Die postoperativen Schmerzen werden mittels thorakaler Periduralanästhesie bekämpft, und der Patient darf bereits nach wenigen Tagen mobilisiert werden. Die Metallspange wird in der Regel nach zwei Jahren entfernt.

Literatur

- 1 Kinderspital Zürich. www.kispi.unizh.ch/pf/Kinderspital/Chirurgie-1/Hydrocephalus/behandlung_de.html.
- 2 De la Torre-Mondragón L. Transanal endorectal pull-through for "Hirschsprung's disease". *J Pediatr Surg* 1998;33:1283–6.
- 3 Albanese CT. Perineal one-stage pull-through for Hirschsprung's disease. *J Pediatr Surg* 1999;34:377–80.
- 4 Nuss D, Kelly RE Jr, Croitoru DP, Katz ME. A 10-year review of a minimally invasive technique for the correction of pectus excavatum. *J Pediatr Surg* 1998;33:545–52.

Viele Kinder haben jetzt schon von dieser «genialen» Methode profitiert, und zunehmend wollen auch (junge) Erwachsene an diesem Fortschritt teilhaben; die Kinderchirurgen geben dazu gerne ihre Erfahrungen an die Kollegen der Erwachsenen Chirurgie weiter.

Qualität

Um der stets zunehmenden Komplexität unseres Faches gerecht zu werden, bilden sich die Kinderchirurgen in den Kliniken schwerpunktmässig in den Teilgebieten wie Kinderurologie, Kindertraumatologie, Neugeborenen- und Tumorchirurgie weiter; die Fachgesellschaft SGKC/SSCP erarbeitet dazu die Standards, stimuliert den Austausch zwischen den Kliniken und fördert gezielt den Nachwuchs.

So soll die Qualität der chirurgischen Betreuung von Kindern hochgehalten und damit dem eingangs angeführten Recht der Kinder auf «ihre Spezialisten» entsprochen werden.

Weiterführende Hinweise zu den angeführten Themen finden Sie im Internet unter www.kinderchirurgie.ch.

Korrespondenz:
Dr. med. Walter Kistler
Ostschweizer Kinderspital
Claudiusstrasse 6
CH-9006 St. Gallen
walter.kistler@kispig.ch

- 5 Hebra A, Swoveland B, Egbert M, Tagge EP, Georgeson K, Othersen HB, et al. Outcome analysis of minimally invasive repair of pectus excavatum: review of 251 cases. *J Pediatr Surg* 2000;35:252–8.
- 6 Hosie S, Sitkiewicz T, Petersen C, Gobel P, Schaarschmidt K, Till H, et al. Minimally invasive repair of pectus excavatum – the Nuss procedure. A European multicentre experience. *Eur J Pediatr Surg* 2002;12:235–8.