

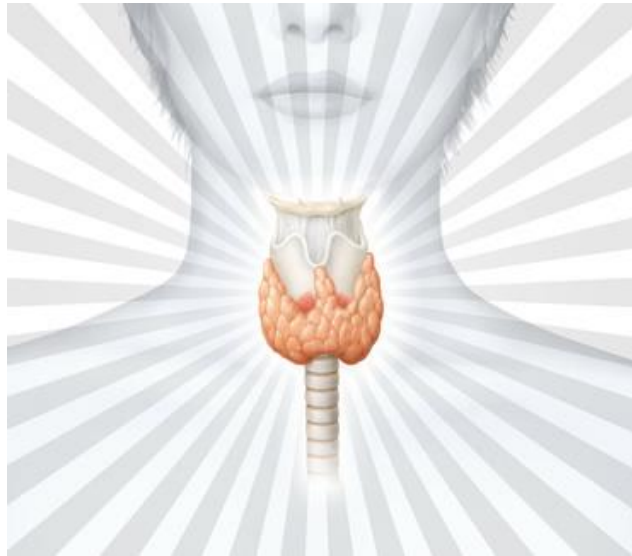
Regionalia Deutschland

Leben+Gesundheit

Artikel vom 08.11.2016 23:43

Koryphäe für die Schilddrüse: Professor Andreas Zielke, Diakonie-Klinikum Stuttgart.

http://www.regionalia.de/null/koryphaeue-fuer-die-schilddruese-professor-andreas-zielke-diakonie-klinikum-stuttgart_A11434



Schilddrüsen-Professor Andreas Zielke: Wenn die Schilddrüse „Butterfly“ spielt. (Bild: Fotolia)

Wenn die Schilddrüse „Butterfly“ spielt, müssen immer mehr Patienten ihr für immer ADIEU sagen. Doch wer sich seinen Hals aufschneiden lässt und ein wichtiges Organ für immer verliert, wählt seinen Arzt und Operateur genau aus. Viele Patienten haben nicht das medizinische Wissen, um einem Arzt auch kritische Fragen zu stellen. Für viele Arzt-Patienten-Gespräche gibt es zu wenig Zeit.

Die Schilddrüse hat nicht nur die Form eines Schmetterlings: Sie spielt in uns und mit uns „Butterfly“ und steuert in unserem Kehlkopf die Balance zwischen Körper und Seele. Bei Störungen kann sie stechen wie eine Biene und den Menschen in regelrechte Panikattacken versetzen. Das kleine Organ mit der großen Wirkung (nur rund 25 Gramm schwer) regiert nämlich unsere Hormone und die Funktion des menschlichen Körpers. Es steuert unsere Lebens-Energie und die Wärme in uns. Das Schmetterlings-Organ aktiviert Nerven, Muskeln, Herz, Kreislauf,

Magen und Darm. Aufgabe der Schilddrüse ist die Produktion und die Freisetzung unserer zwei Schilddrüsenhormone T3 (Trijodthyronin) und T4 (Tetraiodthyronin/Thyroxin). Diese Hormone sind das Zaubermittel für die Steuerung unserer Fettstoffe, Eiweißstoffe, Kohlenhydrate und Mineralstoffe. Sie steuern auch unsere Sexualität, unsere Leistungsbereitschaft und unser seelisches und geistiges Befinden. Die Schilddrüse ist also nicht überflüssig wie ein Kropf, sondern ein lebenswichtiges Organ. Nur wenn die Hormon-Zentrale zum Kropf wuchert, kann eine medikamentöse Behandlung oder eine Operation erforderlich werden. Dann braucht ein kranker Kropf einen tollen Kopf, nämlich einen erfahrenen Facharzt für Endokrinologie. Welche Fragen stellen sich den Patienten bei krankhaften Befunden der Schilddrüse und wo findet man die besten Ärzte? Das Gesundheitsportal von Regionalia Deutschland bringt's. Herausgeber Werner Semmler stellte ausgewählten Ärzten kritische Fragen. Die Antworten der besten Koryphäen für die Operation der Schilddrüse stellen wir danach in einen Vergleich. Sie sind so lang, dass alle 33 Fragen nicht alle in den Artikel passten. Das vollständige Interview mit dem Stuttgarter Schilddrüsen-Professor Andreas Zielke lesen Sie hier im Regionalia-PDF.

Schilddrüse ADIEU?

Zur Person: Prof. Dr.med. Dr.med.habil Andreas Zielke MBA, FACS
Chirurg, Viszeralchirurg, Endokrines Zentrum Stuttgart - Klinik für Endokrine Chirurgie
Kompetenzzentrum Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie (DGAVC)

Wer sich ein so lebenswichtiges Organ wie die Schilddrüse entfernen lässt, hat wichtige und berechtigte Fragen. Herausgeber Werner Semmler stellt dem Schilddrüsen-Operateuren 33 kritische Fragen:

1. Frage:

Warme Knoten, kalte Knoten, Wucherungen, Vergrößerungen, Unterfunktion oder Stoffwechsellentgleisung im wichtigen Schmetterlingsorgan: Welche Indikation verlangt eine Schilddrüsenoperation?

Professor Zielke:

Aus meiner Sicht ist eine Operation an der Schilddrüse ausschließlich dann begründet (medizinisch „indiziert“), wenn mit der Operation wirklich etwas Wertvolles für die Betroffenen erreicht werden kann. Wenn zum Beispiel eine Überfunktion der Schilddrüse die Lebensqualität und ggf. auch die Lebenszeit bedroht, oder wenn vermutet wird, dass ein Krebs in der Schilddrüse ist oder, wenn z.B. durch die Größe der Wucherungen in der Schilddrüse die Luftröhre sehr verengt ist und das Atmen deshalb schon schwerfällt – dann können dies gute Gründe sein, eine Operation zu erwägen. Es ist mir aber immer wichtig, die medizinische Begründetheit des Eingriffs zusammen mit den persönlichen Zielen der Betroffenen zu werten. Erst wenn die persönlichen Ziele mit den medizinischen Gründen gut in Übereinstimmung kommen, dann ist auch eine gute Indikation gefunden.

2. Frage:

Welche Untersuchungen vor der Entscheidung über eine OP liefern hinreichende Gewissheit für einen so extremen Eingriff?

Professor Zielke:

Naja, ob der Eingriff extrem ist, da habe ich eine begründete andere Meinung als Sie. Aber unstrittig ist, dass die Operation sehr gut begründet sein muss, denn sie ist nicht ungefährlich. Die wichtigste „Untersuchung“ für uns im Endokrinen Zentrum ist die ausführliche Unterhaltung mit den Betroffenen. Wir fragen nach Ihren Beschwerden und den persönlichen Zielen, die sie mit einer Behandlung verbinden. Die beiden wichtigsten apparativen Untersuchungen sind eine Blutuntersuchung d.h. konkret eine Blutuntersuchung zur Beurteilung der Schilddrüsenfunktion und die Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse.

3. Frage:

Welche Untersuchungsmethoden und modernen Geräte stehen in Ihrer Klinik für die Voruntersuchungen zur Verfügung?

Professor Zielke:

Wir sind eine Spezialklinik für Erkrankungen der hormonbildenden Drüsen. Als hoch spezialisiertes Endokrines Zentrum verfügen wir routinemäßig über Methoden und Geräte, die sonst nicht üblich sind. Neben der Standarddiagnostik der Nuklearmedizin, der Radiologie und der Inneren Medizin, haben wir ein eigenes PET-CT eine 3D-SPECT-Kamera, Kathetermessplätze für selektive Angiographien und mit der sog. Elastographie auch die allerneueste Ultraschalltechnologie. Wir schätzen uns sehr glücklich mit exzellenten klinischen Zytopathologen zusammenzuarbeiten, die uns oft noch am gleichen Tag die Ergebnisse ihrer mikroskopischen Diagnose liefern. Denn oft kann durch eine Mini-Probenentnahme (eine sogenannte „Punktion mit der feinen Nadel“; sog. Feinnadelaspirationszytologie“) auch ohne eine Operation geklärt werden, ob es sich um einen verdächtigen Knoten handelt oder nicht.

4. Frage:

Die Medikamentenverschreibungen für das Schilddrüsenhormon Thyroxin steigen in den letzten Jahren extrem. Ist die Schilddrüse der Verschiebebahnhof für nicht gelöste andere körperliche Ursachen und/oder für ärztliche Verlegenheit?

Professor Zielke:

Wir erleben das bei unseren Patienten und den Ärztinnen und Ärzten die uns ihre Patientinnen und Patienten zuweisen nicht so. Oft sind die Anliegen, welche die Betroffenen bezüglich Ihrer Schilddrüse haben für uns gut nachvollziehbar. Richtig ist aber auch, dass heute die Ursachen der Entstehung von Kröpfen und Knoten viel besser bekannt sind, als noch vor 10 oder 20 Jahren. Und da spielt das Thyroxin eine große Rolle.

Denn, das Beste was man tun kann um Knoten am weiteren Wachstum zu hindern, ist Thyroxin zu nehmen und, wenn es geht, dann in der Kombination mit Jodid. Ich denke deshalb, dass die gestiegene Verschreibung von Thyroxin auch zu einem gehörigen Teil widerspiegelt, dass bei den Ärzten und den Betroffenen das Wissen um die Ursachen und die korrekte Behandlung der Knoten in der Schilddrüse gestiegen ist.

5. Frage:

Fachleute sagen, die Schilddrüse sei launisch. Braucht es für eine Entscheidung über ihre Entfernung über längere Zeit Beobachtung und Messungen (u. a. mehrfache TSH-Messungen)?

Professor Zielke:

Da ist sicher etwas dran, denn viele Zustände an der Schilddrüse brauchen eine lange Zeit um sich auszuprägen. Das kennen auch viele Patienten, die zu erzählen wissen, dass bei Ihnen bereits vor 10 – oder 20 Jahren Knoten festgestellt wurden, oder dass sich seit Jahren, langsam aber sicher, eine Störung der Schilddrüsenfunktion entwickelt hat. Es ist aber auch gar nicht selten, dass

bereits mit einer einzigen Untersuchung relevante Veränderungen an der Schilddrüse festgestellt werden können, die keine weitere Beobachtung brauchen sondern eine umgehende Therapie – ich denke da an die manifesten Überfunktionen der Schilddrüse oder eine offensichtliche Krebserkrankung.

6. Frage:

Nur Götter der Schöpfung kennen alle Funktionen des Körpers. Kennen Sie „Götter in Weiß“ auch wirklich alle Funktionen der Schilddrüse? Kritiker sagen, wegen den Fallpauschalen würden in Deutschland zu viele Schilddrüsen entfernt werden. In vielen Fällen genüge die Entfernung des Schilddrüsenlappens.

Professor Zielke:

Zunächst einmal trifft es zu, dass in Deutschland mehr Menschen pro 100.000 an der Schilddrüse operiert werden, als in anderen Ländern in Europa. Und richtig ist auch, dass das derzeitige System, mit dem Krankenhäuser vergütet werden, eine Fokussierung auf die Menge begünstigt. Und Sie haben auch Recht, dass es eine Zeit gab, in der die gesamte Schilddrüse quasi „als Prinzip“ wegoperiert wurde. Damit wollte man verhindern, dass sich im Rest wieder Knoten oder neue Funktionsstörungen ausbilden und diese dann mit viel mehr Aufwand und mit viel mehr Risiko behandelt werden mussten.

In den letzten Jahren hat sich das aber verändert – von der Schilddrüse soll, wo immer das sinnvoll und technisch möglich ist, möglichst viel erhalten bleiben. In den Kliniken in denen viele solche Operationen vorgenommen werden steigt der Anteil der Teilentfernungen zunehmend. In unserem Endokrinen Zentrum beträgt er inzwischen bis zu 40%.

7. Frage:

Operateure leben vom Operieren. Wenn der Hals erst einmal aufgeschnitten ist, gibt es kein zurück? Gibt es auch Fälle, in denen bei einem realen Originalblick auf die Schilddrüse doch noch von einer Totalentfernung abgesehen wird?

Professor Zielke:

In der Regel legt der Operateur zusammen mit dem Patienten vor einer Operation fest, was und wie operiert wird. Dabei wird nur so viel operiert wie wirklich erforderlich ist. Und es kann Situationen geben, in denen man während der Operation erste mikroskopische Analysen macht, um sich zu vergewissern, dass nur ein Teil und nicht die gesamte Schilddrüse operiert werden muss. Das sind meistens Fälle, in denen eine Krebserkrankung der Schilddrüse vermutet wird.

8. Frage:

Was macht man bei einer Schilddrüsenoperation?

- a) **einer totalen Thyreoidektomie**
- b) **bei einer Hemithyreoidektomie**
- c) **bei einer Enukleation**
- d) **bei einer subtotalen Schilddrüsenoperation**

Professor Zielke:

Diese Ausdrücke bezeichnen den Umfang einer Operation an der Schilddrüse. „Thyroid“ – steht dabei für Schilddrüse und „Ektomie“ für das herausoperieren. Eine Hemi-Thyreoidektomie beschreibt die Entfernung der Hälfte (Hemi-) einer Schilddrüse, die ja mit jeweils einem Lappen rechts und links neben der Luftröhre in der Nähe des Schildknorpels liegt. Und eine sub-totale Operation beschreibt jede teilweise Entfernung eines Lappens. Mehr ist damit nicht gesagt.

9. Frage:

Was geschieht vor dem Eingriff – wie bereitet man die Operation vor?

Professor Zielke:

In spezialisierten Einrichtungen kann der Eingriff sehr zeit- und aufwandsarm vorbereitet werden. Es gibt vor allem ausführliche Gespräche zu der Operation und den Tagen danach und zu der Narkose – die fast immer eine Vollnarkose ist. Es sind wirklich nur ein paar wenige Voruntersuchungen nötig, ganz selten ein EKG und kaum jemals muss vorher noch eine Röntgenaufnahme gemacht werden. Eine wichtige Untersuchung ist die der Stimmbandfunktion vor der Operation. Das macht ein HNO-Arzt, der die Funktion der Stimmbänder checkt. Das gleiche machen wir dann auch nach der OP – und dann weiß man, dass alles an den Stimmbändern in Ordnung war und in Ordnung geblieben ist.

10. Frage:

Wie läuft die Schilddrüsenoperation ab?

Professor Zielke:

Es gibt eine ganze Reihe verschiedener Techniken die Schilddrüse zu operieren. Wir nutzen in unserem spezialisierten Zentrum die neueren Techniken aus der Minimalinvasiven Chirurgie. Diese erlauben uns die Operation heute sehr zügig, mit einem kaum mehr nennenswerten Blutverlust und über viel kleinere Schnitte zu machen, als das noch vor 10-15 Jahren möglich gewesen wäre. Wir haben jedes Jahr viele Ärztinnen und Ärzte als Gäste bei uns, die unsere Techniken in Kursen erlernen.

11. Frage:

Wie lange dauert sie und welche Komplikationen können auftreten?

Professor Zielke:

Für eine halbseitige Schilddrüsenoperation rechnen wir mit 35-55 Minuten und für eine beidseitige Operation mit 60-90 Minuten. Wohlgemerkt, das sind die durchschnittlichen Operationszeiten bei uns. Die drei häufigsten Nebenwirkungen betreffen die Beeinträchtigung der Nebenschilddrüsenfunktion, die Störung der Stimmbandnervefunktion und die ebenfalls sehr seltenen Nachblutungen.

12. Frage:

Welche Operationstechniken setzen Sie in Ihrer Klinik ein?

Professor Zielke:

Mit großem Abstand operieren wir im Südwesten Deutschlands die meisten Menschen an der Schilddrüse, den Nebenschilddrüsen und den Nebennieren. Als ein Expertenzentrum mit einer jahrzehntelangen Tradition in der endokrinen Chirurgie nutzen wir eine Reihe verschiedener Operationstechniken und die jeweils neuesten technischen Methoden, die dazu erforderlich sind.

Vor über 10 Jahren haben wir die minimalinvasiven, videoassistierten Operationen an der Schilddrüse und Nebenschilddrüse (MIVAT, MIVAP) eingeführt und viele hundert Patientinnen und Patienten sind seither mit diesen speziellen Methoden operiert worden. Neu ist die sog. offen-minimalinzisionale Operationstechnik (OMIT, OMIP), im Grunde auch in örtlicher Betäubung durchgeführt werden kann. Und im kommenden Jahr werden wir Roboter-assistierte Operation an der Schilddrüse anbieten (DaVinci). Diese Operationen hinterlassen dann keinen sichtbaren Schnitt mehr am Hals. Aber wir können auch noch „ganz normal“ operieren.

13. Frage:

Gibt es alternative OP-Techniken und ggf. welche?

Professor Zielke:

Nun ja, das Spektrum das ich Ihnen aufgezeigt habe, ist das Spektrum eines Expertenzentrums. Und bei uns würden Sie alle derzeit gängigen Methoden sehen können. Aber einige der Verfahren, wie z.B. die Robotik und die ABBA sind nach wie vor Außenseiter-Methoden - die finden Sie nur in höchst spezialisierten Kliniken. Weit mehr als 90% aller Operation an der Schilddrüse werden in Deutschland immer noch auf die „gute-alte-Art“ gemacht.

Ganz neu und in der Zukunft wahrscheinlich bedeutsame Alternativen, sind die Verödung und die Ultraschallzerstörung von isolierten Schilddrüsenknoten. Diese Verfahren (RFA, HiFU) können eine Operation über einen Schnitt gänzlich ersetzen. Sie funktionieren so, dass entweder eine Sonde in den Knoten eingebracht wird und der Knoten innerlich durch Mikrowellen verodet wird oder, dass der Knoten von außen mit Ultraschall zerstört wird. Die Nebenwirkungen und Risiken sind ein bisschen so wie bei der Operation. Aber wir sind davon überzeugt, dass diese Behandlungsmethoden in der Zukunft eine bedeutende Rolle spielen werden.

14. Frage:

Bei Schilddrüsenoperationen kann es zu Verletzungen des Recurrens-Nervs auf einer Seite (mit der Folge von Heiserkeit) oder bei beidseitiger Verletzung zu Atemnot und künstlicher Beatmung kommen. Wenn der Stimmbandnerv durchtrennt wird, verändert sich die Stimme dramatisch und kann ganz verlorengehen. Wie vermeiden Sie solche Komplikationen?

Professor Zielke:

Echte Durchtrennungen des Nervs sind wirklich sehr selten. Die meisten Fehlfunktionen des sehr empfindsamen Nervens sind Folge der Manipulation während der Operation. Das erklärt auch, warum die meisten Störungen vorübergehend sind und sich die gestörten Funktionen wieder erholen.

Aber in jedem Fall ist die beste Strategie eine perfekte persönliche Operationstechnik gepaart mit richtig viel Erfahrung.

Es gibt wissenschaftliche Untersuchungen die zeigen, dass ein Chirurg mindestens 30 Operationen pro Jahr an der Schilddrüse

machen sollte oder besser noch 70-100 Operationen, wenn er Spitzenergebnisse erreichen will. Und die Anzahl der Operationen die in einer Klinik gemacht werden, kann man heute ja im Internet nachlesen.

Natürlich benutzen viele Kliniken heute das sog. „Neuromonitoring“. Das ist eine technische Hilfe, mit der der freigelegte Stimmbandnerv während der OP bezüglich seiner Funktion kontrolliert werden kann. Leider schützt das nicht vor einer Funktionsstörung nach der Operation. Das Neuromonitoring ist trotzdem eine tolle Methode, denn man kann es gut dazu nutzen beidseitige Verletzungen des Stimmbandnervens zu verhindern.

15. Frage:

Wie oft treten Verletzungen auf? Sind diese Ihnen schon passiert und wie oft?

Professor Zielke:

Da es in Deutschland keine Pflicht gibt die eigenen Behandlungsergebnisse aufzuschreiben oder gar zu veröffentlichen, gibt es wirklich sehr wenig „echte“ Daten dazu. Das meiste was wir dazu in Deutschland wissen sind mehr oder weniger geschätzte Zahlen. Bei den Lähmungen der Stimmbandnerven sollen z.B die Kliniken, die sich als ein spezialisiertes Zentrum zertifizieren lassen wollen, dauerhaft nicht mehr als 5 % Lähmungen bei Entlassung und 2.5 % Lähmungen nach einem Jahr haben. Es gibt um die 35 Kliniken die derzeit ein solches Zertifikat haben.

Bei uns im Endokrinen Zentrum haben wir eine eigene Nachsorgeeinheit. Wir nennen das unsere „Outcome Research Unit“. Hier werden die Ergebnisse unserer Operationen über ein Jahr lang nachkontrolliert. Von daher wissen wir ganz genau, was wir tun und mit welchen Ergebnissen. Bei meinen Patientinnen und Patienten sehen wir, je nach Quartal, in 1.1 bis 5.4 % eine Einschränkung der Stimmbandbeweglichkeit unmittelbar nach der Operation. Und nach einem Jahr sind das noch 0,15 bis 0,25 %.

16. Frage:

Auf der Rückseite der Schilddrüse liegen die winzigen Nebenschilddrüsen. Wie vermeiden Sie eine Schädigung oder versehentliche Herausnahme und eine dauerhafte Störung des Kalziumspiegels?

Professor Zielke:

Das ist ein ganz wichtiger Punkt, denn alle reden zwar über die Stimmprobleme im Zusammenhang mit einer Schilddrüsenoperation. Aber die Funktionsstörungen der Nebenschilddrüse können zu einem Mangel an Kalzium führen und das kann ebenfalls große Probleme bereiten. Und das tritt viel häufiger auf. Schätzungen zufolge soll dieses Problem bei 15-50 % der Patienten mit einer kompletten Schilddrüsenentfernung vorkommen – und Langzeitergebnisse sind in Deutschland nahezu unbekannt. Bei meinen Patienten sehen wir vorübergehende Kalziumstörungen in 12 bis 14% der Fälle. Die Nebenschilddrüsen erholen sich bei uns aber sehr häufig und kaum jemals haben wir nach einem Jahr überhaupt noch einen Mangel gesehen. Woran das liegt? Eigentlich gilt das Gleiche wie vorhin schon einmal angedeutet, eine schonende persönliche Operationstechnik und viel, viel Erfahrung. Und wenn mal eine Nebenschilddrüse nicht an ihrer angestammten Stelle bleiben kann, so gibt es Techniken, sie im Hals neu einzusetzen.

17. Frage:

Wann wird die Schilddrüse komplett und wann nur teilweise entfernt?

Professor Zielke:

Nur, wenn bestimmte Krebsarten an der Schilddrüse behandelt werden, muss immer die gesamte Schilddrüse raus. Wenn eine Überfunktion der gesamten Drüse vorliegt, und die Alternativen der nichtoperativen Behandlung entweder versagt haben oder nicht gewünscht sind, dann muss die Schilddrüse unter Umständen auch ganz raus. Oder wenn besondere Formen der „Entzündung“ der Schilddrüse, wie die Basedow'sche Krankheit oder eine Autoimmunthyreopathie vom Typ Hashimoto vorliegt oder schlichtweg die ganze, viel zu große Drüse ein einziges Meer von Knoten ist - dann können totale Entfernungen ebenfalls sinnvoll sein. Ansonsten ist weniger oft mehr.

18. Frage:

Bei Operationen am Hals kommt es auch auf das handwerkliche Geschick des Operateurs an. Bleibt eine sichtbare Narbe? Sind Schilddrüsenchirurgen grobe oder feine Künstler?

Professor Zielke:

In der Chirurgie ist handwerkliches Geschick grundsätzlich wichtig – und im Hals besonders– denn da gibt es viele Dinge, die heil bleiben müssen. Also ist Erfahrung und ständiges Training wichtig. Wie bei einem Spitzensportler, der auch nicht heute mal beim Tennis und morgen auf dem Ski Spitzenleistungen bringen kann.

Aber im Ernst - es gibt keine Schilddrüsenoperation, bei der Knoten entfernt werden, ohne dass eine Narbe bleibt. Die neuen Techniken erlauben heute viel kleinere und oft auch kosmetisch ansprechendere Narben. Aber es ist und bleibt eine Narbe. Auch die Roboter-assistierten oder ABBA-Verfahren hinterlassen Narben, aber eben nicht am Hals.

Die Verödung oder Ultraschallzerstörung der Schilddrüsenknoten hinterlässt keine Narben am Hals aber sie entfernt auch kein Knotengewebe und darf deshalb nach unserer Überzeugung nur bei bestimmten Knotentypen angewendet werden. Diese nicht-operativen Techniken hinterlassen lediglich eine Narbe im Hals und keine Narbe die man von außen am Hals sieht. Sie ist deswegen allerdings keineswegs risikolos.

Viele versierte Schilddrüsenchirurgen benutzen Lupenbrillen und spezielle Kopflampen – weil sie das, was zu schützen ist – also den Stimmbandnerv und die Nebenschilddrüsen – dann besser erkennen können. Diese Operationen sind also eher vom Typ her eine „feine“ Chirurgie.

19. Frage:

Wie läuft die Heilung nach einer Schilddrüsen-OP ab? Wie lange dauern OP und Klinikaufenthalt?

Professor Zielke:

Die Heilung ist in der Regel wenig problematisch. Infektionen der Wunden sind sehr selten. Die meisten Patienten gehen nach 2 Übernachtungen nach Hause und die durchschnittliche Krankschreibungsdauer in Deutschland beträgt 10 Werkstage. In vielen Ländern auf dieser Erde beträgt die Krankschreibung nur 5 Werkstage.

20. Frage:

Wie lange sollten sich die Patienten danach schonen? Was müssen die Patienten nach der OP beachten?

Professor Zielke:

Die meisten unserer Patienten nehmen kaum oder ganz milde Schmerzmittel und wenn dann in den ersten zwei, drei Tagen, denn die modernen Techniken verursachen auch deutlich weniger Schmerzen. Die Teilnahme am Kraftverkehr kann während der Krankschreibungsdauer eingeschränkt sein. Aber langsam gesteigerter Sport ist oft nach 10 Tagen wieder möglich und viele erreichen Ihre Vollbelastung - je nachdem welche Sportart sie betreiben - nach 8 bis 12 Wochen.

21. Frage:

Wie können Menschen ohne Schilddrüse leben? Mit welcher Therapie werden die Hormone Trijodthyronin und Thyroxin ersetzt?

Professor Zielke:

Menschen können deshalb ohne Schilddrüse leben, weil die Hormone der Schilddrüse mit Tabletten ersetzt werden können. Täglich eine Tablette reicht in der Regel aus. Und wenn die Einnahme sehr regelmäßig erfolgt, dann stellt sich oft schon innerhalb eines halben Jahres ein Gleichgewicht ein, dass lediglich 1 oder 2 mal im Jahr kontrolliert werden muss. Wenn das ausnahmsweise einmal nicht so ist, dann gibt es Alternativen beim Hormonersatz. Entweder indem man eine Mischung aus T3 und T4 benutzt oder auch indem man Schilddrüsenextrakte einsetzt. Aber das ist alles sehr speziell und wir benötigen diese besonderen Behandlungen nur bei wenigen Patienten.

22. Frage:

Wie viele Jahre sind die Erfahrungen alt, die mit Patienten ohne Schilddrüse gewonnen wurden? Wie lange haben die ältesten Patienten ohne Schilddrüse noch gelebt?

Professor Zielke:

Seit Theodor Kocher, dem Chirurgen, der 1876-1912 als erster die totalen Schilddrüsenentfernungen gemacht hat und mit mehr als 5000 Operationen über sehr viel Erfahrung verfügte, wissen wir, dass Menschen ganz ohne eine funktionierende Schilddrüse sich nicht gut entwickeln und u.U. sehr beeinträchtigt sind. Damit war klar: ganz ohne die Hormone der Schilddrüse geht es nicht. Zu seiner Zeit, als es noch keine Schilddrüsenhormontabletten gab, riet Theodor Kocher deshalb dazu, immer etwas von der funktionierenden Schilddrüse bei einer Operation zu hinterlassen. Aber heute haben wir mehr als diese eine Möglichkeit. Es gibt überall Hormontabletten und mit dem Ersatz der eigenen Schilddrüsenhormone kann es sehr wohl weitergehen – auch nach einer totalen Operation der Schilddrüse. Allerdings muss dann ein Leben lang das Hormon eingenommen werden. Wenn z.B. Kinder an Schilddrüsenkrebs erkranken und operiert werden müssen, dann werden sie ihr ganzes Leben die Hormontabletten nehmen und

dann können sie ein nahezu normales Leben führen, selber eine Familie gründen und genauso alt werden wie ihre nicht an der Schilddrüse erkrankten Altersgenossen.

23. Frage:

Welches Risiko hat ein Mensch ohne Schilddrüse, wenn die Medikation mit der Zufuhr der Hormone T3 und T4 nicht stimmt, er die Einnahme oder Tabletten vergessen hat oder die Medikamente (z. B. in Krisen) nicht verfügbar sind?

Professor Zielke:

In Krisenzeiten ist ein Mangel an Tabletten zwar theoretisch vorstellbar, aber dadurch, dass Millionen von Menschen in allen Erdteilen Thyroxin aus den unterschiedlichsten Gründen nehmen, gibt es eigentlich keinen echten Mangel. Thyroxin ist weltweit verfügbar und wenn erforderlich, dann kann es in großen Mengen für den persönlichen Gebrauch gelagert werden.

Wenn man dauerhaft die Tabletten nicht nimmt, kann sich vieles verändern. Die meisten Menschen fühlen sich energie- und antriebslos, haben das Gefühl keine Kraft zu haben und lustlos zu sein. Die Konzentration und das zielgerichtete Denken fallen zunehmend schwerer und vorher eher nach außen orientierte Personen werden oft deutlich introvertierter. Ältere Menschen erscheinen deshalb oft depressiv. Kinder und Jugendliche werden in Ihrer körperlichen und interjektuellen Entwicklung beeinträchtigt und zwar umso mehr, je früher das Problem beginnt. Deshalb wird heute ein TSH-Test nach der Geburt bereits gemacht um einen eventuellen Mangel festzustellen.

24. Frage:

Wie viele Schilddrüsenoperationen werden jährlich in Ihrer Klinik durchgeführt?

Professor Zielke:

Bereits seit Jahrzehnten gibt es an unserer Klinik eine zunehmende Spezialisierung hin zu der Chirurgie der hormonbildenden Drüsen, der sog. „Endokrinen Chirurgie“. Seit jetzt etwa drei Jahren haben wir diesen Schwerpunkt weiter ausgebaut und als eine eigene Klinik für Endokrine Chirurgie eingerichtet.

Seit diesem Jahr sind wir als höchstspezialisiertes Zentrum für Erkrankungen aller hormonbildenden Drüsen im „Endokrinen Zentrum Stuttgart“ integriert. Hier arbeiten ständig Spezialisten aus mehreren Fachgebieten zusammen, z.B. der Endokrinologie, der Chirurgie und der Nuklearmedizin. Und zusammen mit unseren Partnern außerhalb des Krankenhauses können wir sozusagen „aus einer Hand“ alle wichtigen Dinge für Diagnose und Behandlung vorhalten.

Jedes Jahr sehen wir mehr als 6000 Patientinnen und Patienten und etwa 1800 werden im Krankenhaus behandelt. Bei uns werden 1500 Operationen alleine an der Schilddrüse und der Nebenschilddrüse vorgenommen, sehr viele davon wegen einer Krebserkrankung oder um einen Krebsverdacht auszuschließen. Es gibt in Deutschland nur eine Handvoll Kliniken, die ähnlich viele Operationen durchführen.

25. Frage:

Wie viele Schilddrüsenoperationen haben sie selbst schon durchgeführt?

Professor Zielke:

Oh jeh, irgendwann zählt man nicht mehr, aber mittlerweile dürften es wohl an die 3 bis 4-tausend sein.

26. Frage:

Wie viele Komplikationen hat es dabei gegeben?

Professor Zielke:

Ich habe meine Ausbildung an internationalen Referenzzentren für Endokrine Chirurgie gemacht, z.B. an der Universitätsklinik in Marburg, bei Prof. Rothmund und an der UCSF, der Universität von Kalifornien in San Francisco in den USA bei Prof. Clark und Prof. Duh. Das ist natürlich sehr hilfreich, denn dann starten Sie schon auf einem sehr hohen Niveau.

In den letzten Jahren haben wir mithilfe unserer eigenen Nachsorgeeinheit aber noch einmal Fortschritte gemacht – und dass war auch wichtig, weil wir uns ganz neuen Behandlungsmethoden zugewandt haben.

Normalerweise erfahren nämlich Operateure wenig über die tatsächlichen Ergebnisse ihrer Behandlung, da die Nachsorge abseits des Krankenhauses erfolgt. Über unsere eigene Nachsorgeeinheit bekommen wir aber diese Informationen. Das ist ein wesentlicher Schritt um unsere Ergebnisse ständig weiter zu verbessern. Wichtig ist nun, dass wir nicht nur konsequent unsere

Ergebnisse messen und sondern diese auch geplant miteinander besprechen. Dadurch können wir kleinste Details erkennen und dann wieder Verbesserungen vornehmen. Die Ergebnisse nutzen wir also ganz konsequent zur Weiterentwicklung unserer Operationstechniken. Wir können aber auch unsere Patienten über die jeweils aktuellen Erfolgsraten unserer operativen und interventionellen Therapien informieren. Das besonders hohe Niveau, das in unseren vorhin schon genannten, sehr niedrigen Komplikationsraten zum Ausdruck kommt, bestätigt uns täglich in diesem Vorgehen.

27. Frage:

Gab es Beanstandungen von Patienten? Welche und wie viele?

Professor Zielke:

Es ist nachvollziehbar, dass von Nebenwirkungen betroffene Patientinnen und Patienten sich Sorgen machen. Wir versuchen diesen Sorgen mit besonderer Aufmerksamkeit und klar strukturierten Programmen der Unterstützung zu begegnen. Wir sind auch dann für unsere Patientinnen und Patienten da, wenn der Weg schwieriger als gewünscht und erhofft ist.

Und natürlich begegnen uns auch gelegentlich Beanstandungen. Diese betreffen zumeist die Unterbringung im Krankenhaus oder die organisatorischen Abläufe. Was die Unterbringung betrifft, sind die neuen interdisziplinären Stationen unseres Endokrinen Zentrums nun alle im Neubau – da erwarten wir kaum noch Beanstandungen. Aber wenn Sie hierzu mehr erfahren wollen, dann können Sie auf der unabhängigen Website „Klinikbewertungen.de“ nachlesen, was Patientinnen und Patienten bei und mit uns erlebt haben.

28. Frage:

Sind in der Vergangenheit schon Klagen von Patienten wegen von Ihnen durchgeführter Schilddrüsenoperation eingereicht worden?

Professor Zielke:

Bislang noch nicht. Wir sprechen sehr viel mit den Betroffenen und suchen mit ihnen zusammen sehr kritisch nach den besten Gründen für eine Operation und was genau bei der Operation gemacht werden soll. Tatsächlich aber geht die Mehrzahl unserer Patienten ohne einen Operationstermin wieder aus unserer Sprechstunde. Und wenn doch für eine Operation entschieden wurde, dann besprechen wir das persönliche Risikoprofil und was wir tun werden, um das Risiko so gering wie möglich zu halten. Wir glauben, dass das sehr wichtig ist und bislang haben wir keine Klagen erlebt.

29. Frage:

Wie fühlen sich die Patienten nach der Entfernung der Schilddrüse und nach der Rekonvaleszenz? Haben sich noch Stimmungsschwankungen?

Professor Zielke:

Die meisten Patientinnen und Patienten sind sehr rasch wieder im Gleichgewicht. Wenn nur eine Hälfte der Schilddrüse operiert wird, dann ist auch meistens innerhalb eines halben Jahres alles wieder im Lot und fest „eingestellt“.

Bei einer totalen Schilddrüsenentfernung benötigen etwa 35-40 % der Patienten eine Anpassung oder eine Veränderung der Thyroxindosis, die wir bei Entlassung empfohlen haben im ersten halben Jahr. Innerhalb von einem Jahr fühlen sich bereits 85-90 % wieder „gut eingestellt“ und nach mehr als einem Jahr sind weniger als 10% der Betroffenen noch nicht gut eingestellt. Dies ist dann auch die Zeit, wo wir dazu raten, einen endokrinologischen Spezialisten aufzusuchen – damit er oder sie mal mit draufguckt. Manchmal sind es nur Kleinigkeiten, die noch optimiert werden müssen. Manchmal müssen aber auch ganz andere medikamentöse Strategien eingesetzt werden, wie z.B. Kombinationen von T4 und T3 oder auch Schilddrüsenextrakte. Aber, wie gesagt, für den ganz überwiegenden Teil der Betroffenen ist das „Einstellen“ und die Schwankungen auf dem Weg dahin, weniger bedeutsam als man oft so hört und liest.

30. Frage:

Welche Technik steht Ihnen in Ihrer Klinik für Schilddrüsenoperationen zur Verfügung?

Professor Zielke:

Wir sind eine sehr innovationsstarke hochspezialisierte Klinik, die sich gleichwohl den traditionellen Verfahren und den besten Ergebnissen verpflichtet fühlt. Vor diesem Hintergrund finden Sie bei uns nur solche Techniken, für die es eine etablierte oder erkennbar die Zukunft mitbestimmende, d.h. eine stichhaltige wissenschaftliche Grundlage gibt.

Bei den Operationen sind dies sowohl die klassischen Schilddrüsenresektionen, wobei wir auch hier die aus der Minimalinvasiven Chirurgie stammenden modernen Techniken einsetzen, als auch die Minimalinvasive, videoassistierte Schilddrüsen(teil)-Entfernung (MIVAT) und die offene, minimalinzisionale - Schilddrüsen(teil)-Entfernung (OMIT). Im kommenden Jahr werden wir die Roboter-assistierte Operationen mit dem DaVinci-System starten, bei denen Narben in der Halsregion vermieden werden können.

Schon jetzt bei uns verfügbar sind die ganz ohne Schnitte auskommenden und einzelstehende Knoten zerstörenden Verfahren wie die Radiofrequenz-Verödung (RFA) und die fokussierte Ultraschallzerstörung (HiFU). Wir sind uns mit anderen Experten sehr sicher, dass diese beiden Verfahren in der Zukunft eine größere Rolle spielen werden. Aber sie sind noch sehr neu und zurzeit müssen wir noch jedes Mal von der jeweiligen Krankenkasse der Patientinnen und Patienten eine gesonderte Erlaubnis für den Einsatz dieser Methoden einholen.

31. Frage:

Die Erforschung des Körpers und seiner Krankheiten bringt ständig neue Erkenntnisse. Was würden Sie Ihren Patienten sagen, wenn sich nach der Entfernung ihrer Schilddrüse eines Tages herausstellen würde, dass sie noch weitere Funktionen hat, die mit Gaben von T3 und T4 nicht auszugleichen sind?

Professor Zielke:

Das wäre für die medizinische Fachwelt eine unerwartete und tatsächlich nicht für möglich gehaltene Überraschung. Nachdem mehrere Millionen Menschen auf der ganzen Welt an der Schilddrüse operiert wurden und die besten Wissenschaftler in der Medizin das Organ auf das Gründlichste untersucht haben, erwartet ernsthaft niemand so etwas.

32. Frage:

Wie reagiert oder wehrt sich der Körper auf die Entfernung der Schilddrüse? Was wächst an die entfernte Stelle nach, und wie gehen Sie damit um?

Professor Zielke:

Wenn die Schilddrüse entfernt wird, entsteht kein Loch und es wird keine Lücke hinterlassen. Das, die Schilddrüse umgebende, Gewebe ist weich und gut verschiebbar. Diese Gewebe füllen den Raum, den zuvor die Schilddrüse eingenommen hat, unmittelbar wieder auf. Dabei durchläuft die innerliche und äußerliche Wunde ein Programm der Wundheilung, das bereits viele Millionen Jahre alt ist. Die einzelnen Schritte der nahezu immer gleichen Abfolge von Vorgängen sind den Medizinern bestens bekannt und wir sprechen mit unseren Patientinnen und Patienten darüber. In aller Kürze: der Akutschmerz ist meistens nach drei Tagen weg, die maximale Wundantwort wird meistens nach drei Wochen erreicht und nach drei Monaten fühlt sich für die meisten Menschen alles wieder normal an.

33. Frage:

Warum wurden Sie Chirurg und was empfinden Sie dabei, wenn Sie ihren Patienten etwas heraus- oder weggeschnitten haben?

Professor Zielke:

Als Ärzte und Chirurgen haben wir die Möglichkeit mit einem einzigen Eingriff die schädlichen oder gar bedrohlichen Zustände abzuwenden und die Chance für eine dauerhafte Heilung zu eröffnen. Angesichts der bei den Operationen an der Schilddrüse – durch geübte Hand – zwar seltenen, aber möglichen Nebenwirkungen und Komplikationen, sind wir uns der besonderen Verantwortung bewusst. Denn das oberste Gebot ist es, keinen Schaden zuzufügen („*primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare*“).

Im Endokrinen Zentrum sehen wir unsere Aufgabe deshalb zuallererst darin, die vermeintlichen Gründe für eine Operation sehr kritisch zu hinterfragen. Und wenn eine Operation tatsächlich erforderlich ist, so glauben wir, dass die besten Ergebnisse nur durch höchste Spezialisierung zu erreichen sind. So versuchen wir jeden Tag auf das Neue das Vertrauen, das uns die Betroffenen schenken, zu rechtfertigen.