

# Essentials: ein Rückblick auf 45 Jahre Diagnostik und Chirurgie

Für die erfolgreiche Behandlung (nicht nur) von Nervenkompressionssyndromen sind einige Grundprinzipien zu beachten:

Trotz aller Fortschritte bei den apparativen Untersuchungsverfahren ist eine genaue und unvoreingenommen erhobene Anamnese Grundpfeiler jeder Diagnostik und Indikationsstellung für die operative Behandlung. Eine fehlerhafte Diagnose führt auch beim besten Chirurg unweigerlich zu einem Misserfolg. Als Operateur sollte man sich im Zweifelsfall nie, zumindest nicht bei atypischer Symptomatik, auf extern erhobene Befunde verlassen und möglichst die diagnostischen Schritte selbst nachvollziehen.

Was im allgemeinen Klinikbetrieb unmöglich erscheint, nämlich den technischen Aufwand für einen Eingriff den Erfordernissen des jeweiligen Eingriffs anzupassen, die Verhältnismäßigkeit zu wahren und den Aufwand möglichst gering zu halten, ist wahrscheinlich nur im Rahmen einer spezialisierten Abteilung bzw. Praxis möglich. Diese ist gleichzeitig in der Lage, die Belange der Patienten stärker zu berücksichtigen.

Hierzu gehört, den Eingriff möglichst ambulant durchzuführen. Dies ist nicht nur ein erheblicher Kostenfaktor, den letztlich der Versicherte tragen muss, sondern entspricht auch dem Wunsch der allermeisten Patienten. Wir haben bei mehr als 80.000 Eingriffen den allgemeinen Aufwand massiv reduziert ohne Zunahme des Infektionsrisikos bzw. anderer Risiken. Weniger der räumliche und apparative Aufwand als vielmehr die Art des chirurgischen Vorgehens, d.h. der Operateur selbst, bestimmen das Risiko von Komplikationen. Dazu gehört auch das „atraumatische“ Operieren und die Verwendung der Blutsperre, eine Technik, die für Handchirurgen selbstverständlich ist.

„Patientenfreundlichkeit“ wird außerdem durch eine Reihe weiterer Faktoren bestimmt. Da eine Schwerpunktpraxis ein großes Einzugesgebiet hat, haben wir immer darauf geachtet, dem Patienten überflüssige Anreisen zu ersparen. Hilfreich war die Möglichkeit, neurografische (auch sonografische) Untersuchungen selbst vorzunehmen. Die Aufklärung der in der Regel vorinformierten Patienten erfolgte am Op-Tag. Die Nachbehandlung übernahmen meist Überweiser oder Hausarzt. Eine (telef.) Erreichbarkeit des Operateurs war hierbei gewährleistet.

In diesem Sinne haben wir im Verlauf von mehr als 40 Jahren eine Reihe von patientenorientierten „Innovationen“ erprobt, durchgeführt und vielfach publiziert, die z.T. in nachfolgender Tabelle aufgeführt sind (Jahr der Publikation in Klammern).

- Einführung des antidromen sensiblen NAP (Assmus 1972, 1975), Sensometrie (Assmus 1978)
- Lokalanästhesie und Blutsperre bei KTS (Assmus 1975)
- Ambulante Nerveneingriffe (Assmus 1977)
- Ansa hypoglossi - Facialis -Transfer (1977)
- Selbstregulierende pneumatische Druckmanschette (1984)
- Mehrfacheingriffe in Lokalanästhesie (KTS, Tendovaginitis stenosans u.a.) (Assmus 2000)
- Faden schneidender Nadelhalter 1980
- Nervstripper (Assmus 1983)
- Gründung der Praxis für periphere Neurochirurgie 1986
- Op. der Morton-Neuralgie über dorsalen Zugang (Assmus 1994)
- Op. des KTS bei Schwangeren (Assmus u. Hashemi 2000)
- Op. des KTS bei Mamma-Ca und Lymphödem (Assmus u. Staub 2004)
- Op. des KTS am Shunt-Arm und Resektion von Beugesehnen bei Mehrfachrezidiven unter Langzeithämodialyse (Assmus et al. 2005)

- Einfache Dekompression bei KUTS ohne Ulnarisverlagerung (Assmus 1981, 1984 u. 1994)
- Zirkuläre Thermokoagulation bei Tennisellenbogen (Assmus 2005)
- Nervenkompressionssyndrome (mit G. Antoniadis u.a.), Steinkopff/Springer 2008

Die Anwendung der antidromen Technik ersparte dem Pat. die seinerzeit übliche schmerzhafteste Prozedur durch eine dreikantige Nadel, die in Nervnähe platziert wurde. Lokalanästhesie machte den Anästhesisten überflüssig und erlaubte die Anzahl der Eingriffe zu vervielfachen und ambulant durchzuführen. Ein schneidender Nadelhalter ersparte die Schere und erlaubte zügigeres Operieren. Ein Nervstripper ermöglichte die beidseitige Suralisentnahme innerhalb kurzer Zeit. Der dorsale Zugang bei der Op. der Morton-Metatarsalgie reduzierte das Operationsrisiko und vereinfachte die ambulante Behandlung. Die Operation des KTS bei Schwangeren und bei Patientinnen nach Mamma-Ca wurde sehr dankbar angenommen. Das galt auch für Eingriffe am Shunt-Arm von Dialysepatienten, die seinerzeit von den meisten Operateuren ebenfalls abgelehnt wurden. Ein Meilenstein in der Behandlung des Kubitaltunnelsyndroms (KUTS), damals noch Sulcus-Ulnaris-Syndrom, stellte die Einführung der einfachen Kompression in Deutschland (gegen erheblichen Widerstand!) Anfang der 80iger Jahre dar. Die riskante „Dekompression“ des Ramus prof. N. radialis bei Tennisellenbogen wurde durch die gleichermaßen wirksame zirkuläre Thermokoagulation ersetzt.

Beachtung der genannten Aspekte und Anwendung der neuen Verfahrensweisen führten zu einer erfolgreichen Praxistätigkeit mit steigenden Op-Zahlen (Abb. 2 u. 3).

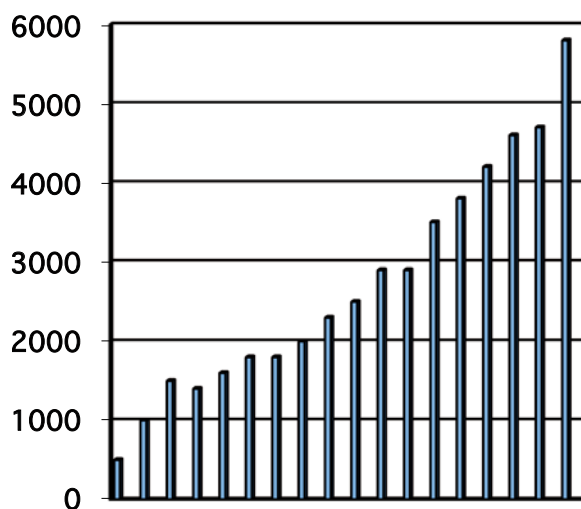


Abb. 2: jährliche KTS-Operationen der Praxis für periphere Neurochirurgie Dossenheim (1986-2007)

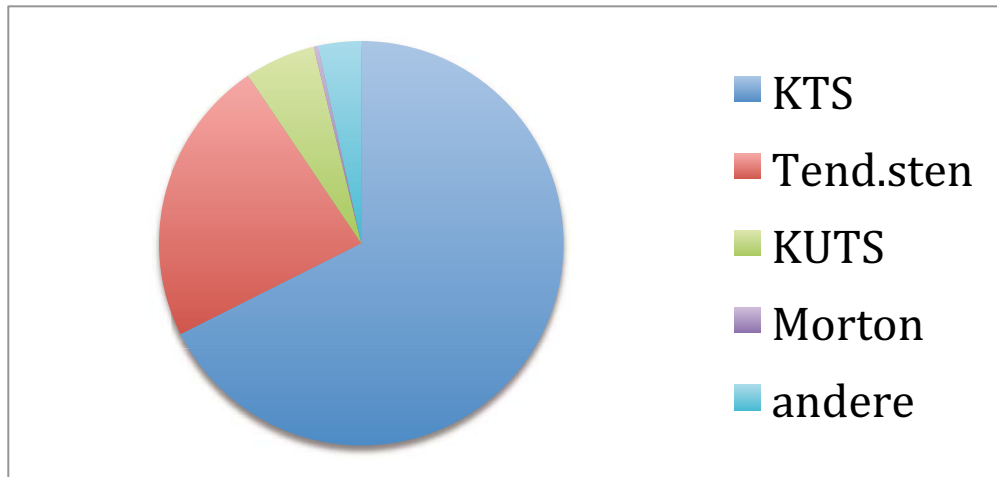


Abb. 3 Aufteilung der operativen Eingriffe (2007)

Die Prognose ist nicht nur von der Qualität des Operateurs sondern auch vom richtigen Timing, weniger von der angewandten Technik abhängig. Die im Trend liegenden endoskopischen Techniken bergen gewisse Risiken, die sich durch entsprechende Ausbildung („Lernkurve“) beherrschen lassen. Die Operation des KTS zählt mit zu den dankbarsten chirurgischen Eingriffen überhaupt. Dies gilt nicht für alle Kompressionssyndrome. Zu den problematischen und umstrittenen Syndromen zählen TOS, Radialis-Tunnelsyndrom, Pronator-teres-Syndrom, Piriformis-Syndrom und idiopathisches Tarsaltunnelsyndrom.

Qualitätsstandards werden in Zukunft nicht nur von den Kostenträgern sondern zunehmend auch von Patienten eingefordert. U.a. sind Leitlinien hierfür dienlich. Für die Nervenkompressionssyndrome existieren bereits zwei interdisziplinäre S3-Leitlinien:

„Diagnostik und Therapie des Karpaltunnelsyndroms“ (Assmus et al. 2007),  
 „Diagnostik und Therapie des Kubitaltunnelsyndroms“ (Assmus et al. 2009), sowie  
 neuerdings die S3-Leitlinie „Versorgung von Nervenverletzungen“ (Assmus et al. 2013).

Von Seiten der NACFW wurde ein Zertifikat für gewisse Qualitätsanforderungen in der Nerven Chirurgie entwickelt.

Zukünftige Entwicklungen werden den Trend zu mehr Qualität noch verstärken. Eine „frühe“ operative Spezialisierung wird unvermeidbar sein. Dies könnte zunächst im Rahmen von Weiterbildungsmodulen realisiert werden, wie sie bereits von einigen chirurgischen Fächern angeboten werden. Im fachübergreifenden NervClub diskutieren wir derzeit ein Curriculum Nerven Chirurgie, das als Grundlage für ein interdisziplinäres Weiterbildungsmodul dienen könnte.

Dr. med. Hans Assmus  
 Abtsweg 13  
 69198 Schriesheim  
[hans-assmus@t-online.de](mailto:hans-assmus@t-online.de)  
[www.dr-assmus.de](http://www.dr-assmus.de)