

Unfallchirurgie: „Offene Frakturen zwischen Rekonstruktion und Amputation“, sehr umfassend und anschaulich gestaltet wurde.

Prof. Dr. Gerd Meißner, Chefarzt der Chirurgischen Klinik des Krankenhauses Querfurt, referierte zum Thema „Wundheilung und Ernährung“ und betonte die Bedeutung einer optimalen Nährstoffzufuhr für die Heilung chronischer Wunden. Er konnte sehr gut darstellen, dass sowohl Übergewicht, etwa bei Diabetes, als auch Mangelernährung, welche häufig bei älteren Patienten zu beobachten ist und zum Dekubitus führen kann, die Wundheilung negativ beeinflussen. Im zweiten Teil der Veranstaltung standen zunächst gefäßchirurgische Aspekte im Vordergrund. PD Dr. Jörg Tautenhahn, Chefarzt der Gefäßchirurgie des Klinikums Magdeburg, erläuterte die Strategie bei der Behandlung von Patienten mit fort-



Nach dem Auftritt der Mädchen und Jungen vom Kinderdorfhaus Meininger beim Wundforum. (Fotos: Thomas Jonczyk-Weber)

geschrittener arterieller Verschlusskrankheit (pAVK-Stadium IV). Prof. Dr. Thomas Bürger, Chefarzt der Gefäßchirurgie am Diakonissen-Krankenhaus Kassel, widmete seinen Beitrag dem Problem der gefäßchirurgischen Amputationen und erläuterte die prinzipielle Vorgehensweise und Besonder-

heiten bei und nach den Operationen. Im letzten Teil des Wundforums wurden vorrangig praktische Aspekte behandelt. Aus der Klinik für Allgemeinchirurgie referierten dazu Regine Kaiser zum Thema „Versorgung parastomaler Wunden“ und Bernd Wontraba zu den Auswahlkriterien bei der breiten Palette heute zur Verfügung stehender Verbandsmaterialien. Horst Braunwarth, Hamburg, stellte in seinem Beitrag Möglichkeiten der lokalen antimikrobiellen Wundbehandlung vor.

Alle Vorträge wurden von den fachinteressierten Teilnehmern mit großer Aufmerksamkeit verfolgt und rege diskutiert. Diese positive Resonanz stimuliert die Veranstalter für die Organisation des 9. Wundforums 2012.

Dagmar Halang

Small-Fiber-Neuropathien und Morbus Pompe

Zahlreiche Ursachen können zu einer „Störung“ führen

Eine weitere Grand Round der Universitätsklinik für Neurologie fand am 23. November 2011 im Hörsaal der Kinderklinik statt, zu der Dr. Anne Schänzer vom Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH eingeladen wurde. Die Referentin ist als Oberärztin am Institut für Neuropathologie in Gießen verantwortlich für die neuromuskuläre Diagnostik, zu der auch die Auswertung von Hautbiopsien gehört.

Der Schwerpunkt des Vortrages war auf die Bedeutung von Hautstanzbiopsien in der Diagnose von Small Fiber Neuropathien (SFN) gerichtet. Dr. Schänzer gab zunächst einen Überblick über das Periphere Nervensystem und berichtete, dass dieses sich aus myelinisierten und unmyelinisierten Nervenfasern zusammensetzt. Nach ihrer Anatomie und Funktion werden große myelinisierte und kleine dünn myelinisierte und unmyelinisierte Fasern, die sog. Small Fiber unterschieden. Kleine Fasern haben unterschiedliche Funktionen, insbesondere das Vermitteln von Temperatur- und Schmerzempfinden. Es gibt zahlreiche Ursachen, die zu einer Störung und einem Verlust der kleinen Nervenfasern (Small Fiber Neuropathie), führen können. Als bisher häufigste Ursache gilt der Diabetes Mellitus, wobei auch eine prädiabetische Stoffwechsellage



Referentin Dr. Anna Schänzer und Prof. Dr. Stefan Vielhaber, stellvertretender Leiter der Universitätsklinik für Neurologie. (Foto: Klinik)

schon zu einer SFN führen kann. Weiterhin gibt es eine große Anzahl an metabolischen, entzündlichen, immunvermittelten, toxischen und hereditären Erkrankungen, die mit einer SFN einhergehen.

Die Diagnose einer SFN ist schwierig. Die Patienten geben häufig schmerzhafte Missempfindungen („brennen oder Ameisenlaufen“) an. In den neurologischen Routineuntersuchungen zeigen sich allerdings keine motorischen Defizite, Reflexabschwächungen oder eine Verminderung der Nervenleitgeschwindigkeit. Auf Grund dieser Tatsache wird dieses Krankheitsbild oft nicht erkannt und die Beschwerden werden als „psychogen“ eingeordnet.

Es stehen verschiedene Möglichkeiten der Diagnostik, insbesondere die erweiterten elektrophysiologischen Untersuchungen zur Verfügung. Bei der „Quantitativen Sensorischen Testung (QST)“ können Temperaturschwellen und Druckschmerzschwellen psychophysisch bestimmt werden. Diese Untersuchungen sind allerdings sehr aufwendig und haben einen großen subjektiven Anteil.

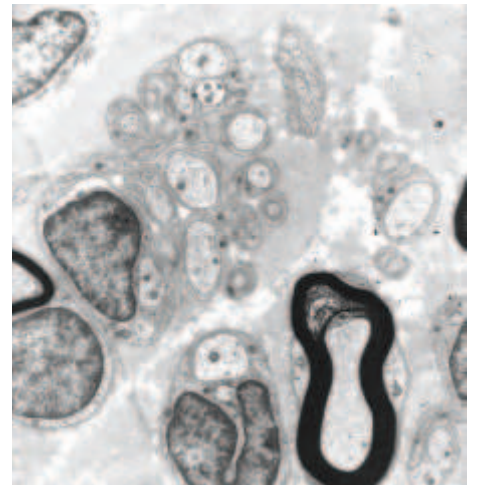
„Eine weitere Methode zur Diagnostik der SFN“, so Dr. Schänzer, „ist die Bestimmung von intraepidermalen Nervenfasern in Hautstanzbiopsien. Eine Hautprobe ist ambulant einfach zu erhalten und kann fixiert auf dem Postwege zu Speziallabors versandt werden.“ Die Techniken der quantitativen Auswertung sind in zahlreichen Publikationen beschrieben und haben eine hohe Sensitivität und Spezifität. 2010 wurde im *Journal of the Peripheral Nervous System* von der Joint Task Force of the EFNS and Peripheral Nerve Society eine Richtlinie über die Bedeutung von Hautbiopsien in der Diagnose von SFN publiziert. Mit dem panaxonalen Marker werden die kleinen intraepidermalen Nervenfasern ausgezählt und mit den publizierten Kontrollwerten verglichen. Hautbiopsate werden 10 cm oberhalb des äußeren Knöchels entnommen.

In einer Studie von Devigili et. al. Brain 2008 wurde in der eine Gruppe von 67 Patienten die klinische Effektivität von QST, Hautbiopsie und klinischer Untersuchung bei der Diagnosestellung verglichen. Nach der Definition der Forscher lag eine SFN vor, wenn mindestens zwei der Untersuchungen einen auffälligen Befund ergaben. Dr. Schänzer führte aus, dass mit dieser Arbeit ein „diagnostischer Goldstandard“ für SFN aufgestellt wurde. Darüber hinaus zeigt die Studie, dass die Hautbiopsie bei weitem die effektivste diagnostische Maßnahme dar-

stellt und kombiniert mit der klinischen Untersuchung bei über 50 % der Patienten eine Diagnose zulässt.

Am Ende des Vortrags stellte Dr. Anna Schänzer kurz eine Studie vor, an der sie zurzeit in Kooperation mit der Neuropädiatrie in Gießen arbeitet. In der Studie werden die morphologischen Veränderungen der Skelettmuskelfasern bei Patienten mit einer Glykogenose Typ 2 (Morbus Pompe) untersucht.

Ögelin Düzel



Bei dem Bild handelt es sich um eine elektronenmikroskopische Aufnahme von kleinen myelinisierten und unmyelinisierten Nervenfasern. (Quelle: Dr. Anne Schänzer)

Arbeitsgemeinschaft Gastrointestinale Onkologie „Im onkologischen Fokus“

Im Frühjahr vergangenen Jahres startete eine neue Veranstaltungsreihe mit dem Titel „Im onkologischen Fokus“, bei der sich die neu gegründete Arbeitsgemeinschaft Gastrointestinale Onkologie des Universitätsklinikums Magdeburg vorstellte. Beteiligt sind Vertreter der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie sowie der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin. Anliegen der Initiatoren ist es, die Komplexität der gastrointestinalen Tumorerkrankungen im interdisziplinären Kontext zu besprechen. Eröffnet wurde diese Fortbildungsreihe mit dem Schwerpunktthema Magenkarzinom.

Am 14. Dezember 2011 fand die Auftaktveranstaltung eine Fortsetzung mit einem Symposium zu den hepatobiliären Tumoren. Die Karzinome des biliären Systems und das



Prof. Dr. Peter Malfertheiner (Gastroenterologie), Dr. Erika Kettner (Radiologie) und Prof. Hans Lippert (Chirurgie) gehören zu den Initiatoren der Arbeitsgemeinschaft Gastrointestinale Onkologie (v.l.), Foto: privat

hepatozelluläre Karzinom fordern wie kaum eine andere Tumorentität die interdisziplinäre

re Kooperation in Bezug auf Diagnose, Staging und Therapie. Die Arbeitsgemeinschaft Gastrointestinale Onkologie ist vehement an der Umsetzung und Evaluation neuer und innovativer Therapiekonzepte dieser Tumorentitäten interessiert. Ausdruck findet dies u. a. in der Vorstellung eigener interdisziplinärer Studienkonzepte. Erfahrene Vertreter der einzelnen Fachdisziplinen gaben, unterstützt von Oberärztin Dr. Dörthe Küster aus dem Institut für Pathologie, Übersichten über aktuelle diagnostische und therapeutische Standards und Ausblicke auf neue therapeutische Möglichkeiten im fachübergreifenden Kontext. Das nächste Treffen „Im onkologischen Fokus“ als Workshop findet am 1. Februar 2012 zum Thema Gastrointestinale Stromatumore statt. Weitere Veranstaltungen zum Thema Pankreas folgen im April.

Die Hautklinik sagt „DANKE“

Zum 31. Dezember 2011 ging unsere sehr geschätzte Schwester Ilse Schulz in den Ruhestand. Wir hätten sie gern noch einige Jahre an unserer Seite gehabt aber der Ehemann und die Hobbys rufen. Schwester Ilse ist seit 1969 in unserer Klinik und sie begann ihre Tätigkeit auf der damaligen Kinderstation. Sie wurde dann Stationsleitung auf der Säuglingsstation. Nach der Auflösung der Kinderstationen leitete sie das Team der Station Frauen 1, später dann die Station 4 sehr erfolgreich. Eine sehr gute Leitungstätigkeit

zeichnete sie stets aus und trug zum Erfolg als Stationsleitung bei. Für ihre Patienten und Teammitgliedern hatte sie stets ein offenes Ohr und konnte so sehr erfolgreich wirken.

Wir möchten uns für die vielen Jahre in unserer Klinik bedanken und hoffen, dass die Reflektion an diese Zeit positiv ausfallen wird. Für den neuen Lebensabschnitt von allen Mitarbeitern viel Glück, Gesundheit und ein sorgenfreies Rentnerleben .



Schwester Ilse Schulz (re.) zusammen mit ihrer Nachfolgerin Kerstin Schumacher-Ahrendt (Foto: Elke Lindner)

Im Namen der Mitarbeiter
Eva Rhode, Pflegedienstleitung