

Kleinchirurgie

Operieren in der Hausarztpraxis

Während Wundversorgungen für den Hausarzt zum täglichen Geschäft gehören, werden chirurgische Eingriffe in der Hausarztpraxis vergleichsweise seltener durchgeführt. Dabei ist der Hausarzt aufgrund seiner Ausbildung durchaus in der Lage, kleinere Eingriffe vorzunehmen. Voraussetzung ist, dass die notwendige Infrastruktur vorhanden ist, lokale Anästhesieverfahren beherrscht werden und der Operateur die «kleine Chirurgie» mit Interesse, Freude und mit handwerklichem Geschick betreibt und die dazu nötige Zeit erübrigen kann.

Von Dr. med. Michael-Alexander Reinke



Was kann operiert werden?

Zu den kleineren chirurgischen Eingriffen gehören dermatologische Operationen, also die Entfernung oberflächlicher Hautveränderungen, wie Hattumore, Naevi, Fibrome, Warzen, Keratosen, Narbenknoten, Atherome, ebenso unter der Haut liegende Lipome, Ganglien, kleinere Schleimbeutel (z.B. am Ellenhaken) und Fremdkörpergranulome sowie kleinere Plattenepithelkarzinome. Auch eingewachsene Grosszehennägel mit Paronychie und Panaritien sind in der Hausarztpraxis versorgungsfähig.

Erforderliche personelle und räumliche Voraussetzungen

Aufgrund seiner Fähigkeiten und Erfahrungen wird der Operateur das angemessene Vorgehen bei der Entfernung verschiedener Hautveränderungen wählen. Dazu gehören die Festlegung des Sicherheitsabstands bei den zu entfernenden Veränderungen, die Auswahl des Instrumentariums, die Anwendung der optimalen Schnittführung (abhängig von der Lage des Operationsfeldes) und die Wahl des geeigneten Nahtmaterials beziehungsweise die ideale Nahttechnik.

Zu den räumlichen Voraussetzungen für die Durchführung chirurgischer Eingriffe gehört, dass die Eingriffsräume von den allgemeinen Praxisräumlichkeiten separiert sind, allerdings bedarf es dabei aber keiner Schleuse. Beim Personal sollte mindestens ein Assistent oder eine Assistentin so weit ausgebildet sein, um die OP-Vorbereitungen treffen zu können und für Handreichungen als Springer tätig zu sein. Die Räumlichkeit sollte mit einem in der Höhe verstellbaren OP-Tisch ausgestattet sein, um eine für den Operateur spannungsfreie Haltung zu gewährleisten. Kopf- und Beinverstell-

barkeit ist von Vorteil, und ein gutes Licht braucht es immer! Das Instrumentarium kann entweder aus Einmalmaterial bestehen, was

relativ teuer ist, oder wiederverwendbar sein. Für die Sterilisation der Instrumente und Verbandstoffe wird ein Sterilisator benötigt. Wer gern und häufig operiert, wird sich auch eine Lupenbrille anschaffen, die das Operationsfeld vergrößert und so die Versorgung feinerer Gewebestrukturen erleichtert.

Vor jedem Eingriff ist die Aufklärung des Patienten und seine (unterschriebene) Einverständniserklärung erforderlich, ebenso die Frage nach regelmässig eingenommenen Medikamenten (Blutverdünner!). Eine grosszügige, gründliche Desinfektion des Operationsfeldes vor der Schnittführung sowie das Abdecken der Umgebung mit sterilen Tüchern verstehen sich von selbst.

Anästhesie

Die Wahl des richtigen Anästhesieverfahrens und seine sachgerechte Anwendung ist von immenser Bedeutung, denn der Patient muss während des Eingriffs absolut schmerzfrei sein. Zum einen lässt es sich ruhiger und komplikationsfrei arbeiten, zum anderen spricht es sich herum, dass beim Doktor ohne ausreichende Betäubung geschnitten wird.

Die örtliche Betäubung bietet sich bei den meisten der oben genannten Eingriffe an, Ausnahmen sind Eingriffe an Fingern und Zehen, für die eine Leitungsanästhesie nach Oberst sinnvoll ist.

Lokal- oder Infiltrationsanästhesie

Bei der örtlichen Betäubung ist zu beachten, dass keine zu dicken Nadeln verwendet werden – als ideal haben sich Nadeln der Grösse 12 erwiesen. Hinsichtlich Menge und Konzentration reichen 5 bis 10 ml eines 1-prozentigen Lokalanästhetikums wie beispielsweise Mepivacain (Scandicain®), Maeverin® oder Xylocain®. Bei sehr schmerzempfindlichen Patienten hilft ein Zusatz von Bupivacain (1:5), um länger andauernde Schmerzfreiheit zu erreichen. Wenn eine direkte Infiltration des Operationsfeldes vermieden werden soll, kann eine Umgebungs- oder Randwallanästhesie erfolgen, bei der fächerförmig um den Operationsbereich iniziert wird. Die Haut sollte bei der Lokalanästhesie nicht zu stark aufgespritzt werden, damit das Operationsgebiet nicht anschwillt beziehungsweise deformiert wird. Sollte es dennoch vor-

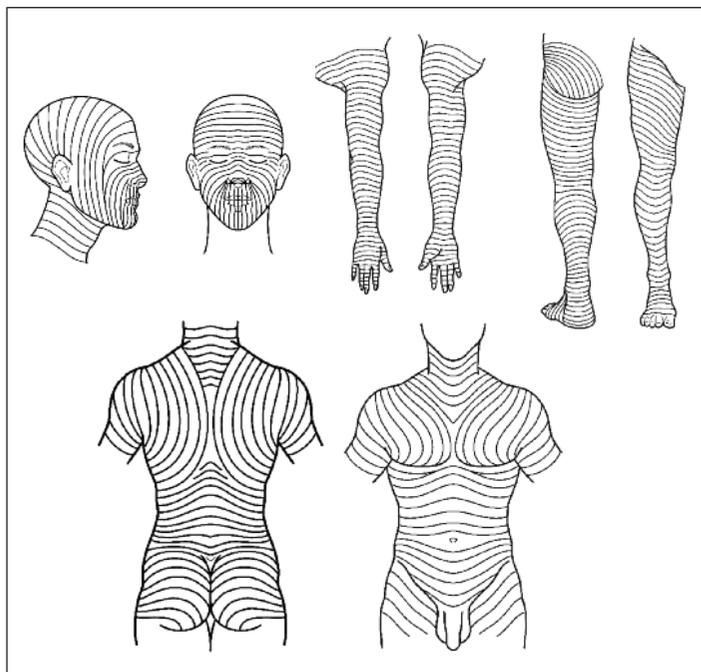


Abbildung 1: Verlauf der Hautkraftlinien

(mod. nach Kaufmann, Podda, Landes: Dermatolog. Operationen, Thieme-Verlag 2005)

kommen, so ist längeres Warten vor dem Schneiden vorteilhaft, damit keine zu grossen Schnitte gesetzt werden.

Leitungsanästhesie nach Oberst

Für Eingriffe an Fingern und Zehen (z.B. Paronychien) wird die Leitungsanästhesie nach Oberst verwendet. Damit lassen sich die streck- und beugeseitigen palmaren und dorsalen Nervenfasern blockieren, wobei jeweils kleine Depots langwirksamer Lokalanästhetika injiziert werden (z.B. 0,5–2%iges Mepivacain). Zu beachten ist, dass hier der Einsatz adrenalinhaltiger Lokalanästhetika kontraindiziert ist.

Schnittführung und Hautcharakteristik

Die Führung der Schnitte ist nicht nur für einen spannungsfreien Wundverschluss, sondern auch in ästhetischer Hinsicht von grosser Bedeutung. Die Klinge des Messers soll die Haut senkrecht durchtrennen, wobei die Schnittführung wenn immer möglich den Verlauf der Haut- oder Kraftlinien berücksichtigen sollte, da die kosmetischen Ergebnisse dadurch wesentlich besser werden (Abbildung 1). Darauf sollte besonders bei Eingriffen im Gesichtsbereich geachtet werden. Ein Abweichen von diesen Linien kann zu unschönen breiteren oder wulstigen Narben oder gar zur Kelloidbildung führen (Abbildung 2). Allerdings gibt es zwingende Operationszugänge, die diese Linien nicht beachten können.

Exzision von Hautveränderungen

Bei den einzelnen Eingriffen ist ein angemessener Randabstand zu den in der Haut liegenden Veränderungen zu beach-



Abbildung 2: Handrücken, Kelloidbildung



Abbildung 3a: Multiple Lipome



Abbildung 3b: Lipom



Abbildung 4: Bursa olecrani

ten, vor allem wenn es sich um Präkanzerosen oder Karzinome handelt. Hier ist eine Lupenbrille hilfreich. Während beim M. Bowen ein Sicherheitsabstand von 5 mm in der Regel ausreicht, sollte er bei Plattenepithelkarzinomen – abhängig von Höhe und Ausdehnung der Veränderung – mindestens 1 bis etwa 2 cm betragen.

Beim Atherom (Grützbeutel) erfolgt ein lanzettförmiger Schnitt um das Zentrum (meist erkennbar an dunkler Pore) sodass der Knoten – ohne Eröffnung der Kapsel – herausgelöst werden kann. Ähnlich ist das Vorgehen bei der Entfer-

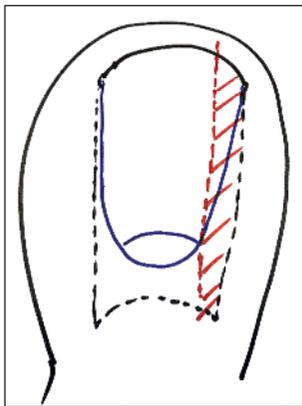


Abbildung 5:
Nagelstreifenentfernung

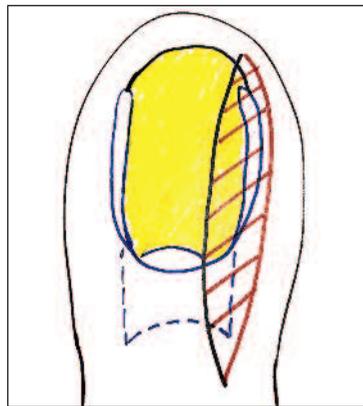


Abbildung 6:
Emmert-Plastik, Draufsicht

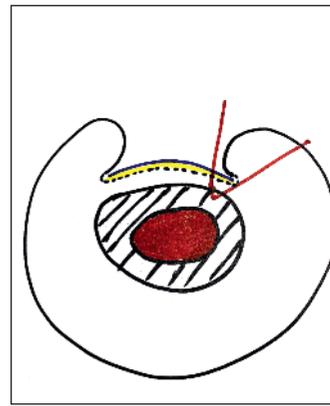


Abbildung 7:
Emmert-Plastik, Querschnitt

Eingriff wird nach Desinfektion und Setzen der Oberstschien Leitungsanästhesie (s.o., feine Nadel 20) sowie einer Blutsperrung (Vesselloop mit Klemme) eine gerade Nagelstreifenexzision durchgeführt. Mit einem 19-er- oder 21-er-Messer erfolgt ein keilförmiger Schnitt unter vollständiger Mitnahme der Nagelwurzel bis auf den Knochen (Abbildungen 6 und 7). Eine Naht mit nicht resorbierbarem Faden (3-0) zur Blutstillung ist sinnvoll. Paronychien sind eitrige Nagelwallgeschwüre, auch Nagelumlauf genannt.

Hier wird in Oberstschien Leitungsanästhesie ein teils bogenförmiger Längsschnitt über der höchsten Erhebung der entzündlichen, meist eitrigen Veränderung gemacht und eventuell ein Streifen eingelegt.

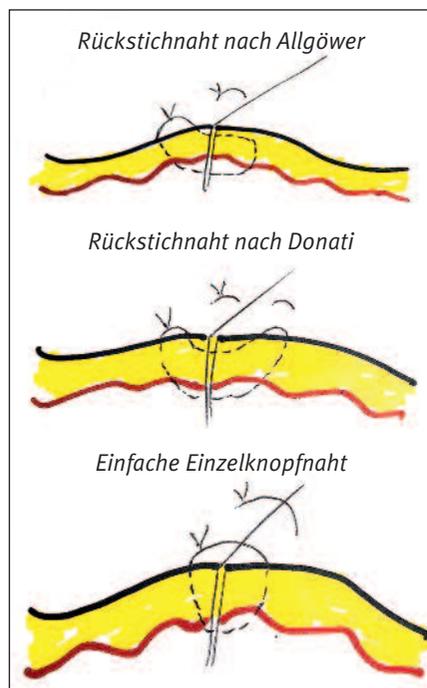


Abbildung 8: Nahttechniken

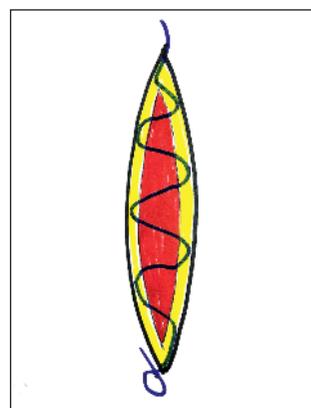


Abbildung 9:
Fortlaufende Intrakutannaht

nung von Lipomen, die sich – nach einem zentralen Schnitt über der vorgewölbten Tumorregion – auf seitlichen Fingerdruck meist gut herausdrücken und entfernen lassen (Abbildungen 3a, 3b und 4).

Eingriffe am Nagelorgan

Eingewachsene Grosszehenägel (Unguis incarnatus) mit und ohne Infekt, sogenannte Paronychien, werden leider oft rezidivbehaftet angegangen. Um das zu vermeiden sollte bei einfachen Paronychien ein Nagelstreifen mit einer geraden Schere entfernt werden (Abbildung 5). Ein kleiner Keil, am Ende des Nagelfalzes gefertigt, kann oft Rezidive verhindern. Bei grösseren entzündlichen Granulomen ist die Totalentfernung des Nagelfalzes mit Teilnagel und Matrix erforderlich. Diese sogenannte Emmertsche Operation hat die besten Ergebnisse, ist jedoch auch am schmerzhaftesten. Bei diesem

Blutstillung

Bluten wird es während und nach dem Eingriff. Zur Blutstillung werden sterile Tupfer benötigt und eine baldige Naht. Selten muss man bei tieferen Wunden Unterbindungen mit resorbierbarem Faden (Stärke 4-0 oder 3-0) vornehmen. Ein Elektrokauther ist, wenn vorhanden, von grossem Vorteil.

Wundverschluss

Nach dem Entfernen der Veränderungen ist das Nähen angesagt. Die Art des Wundverschlusses richtet sich dabei nach der Lokalisation und Grösse der Operationswunde und sollte wenn möglich auch kosmetische Belange berücksichtigen. Zum notwendigen Instrumentarium sowie zur Auswahl des Nahtmaterials sei auf den Beitrag zur Wundversorgung auf S. 8ff. in diesem Heft verwiesen.

Gebräuchliche Nahttechniken sind neben den einfachen Einzelknopfnähten die fortlaufenden Intrakutannähte, die von der Technik her anspruchsvoller sind, aber deutlich schönere Ergebnisse erzielen, wobei die Rückstichnaht nach Allgöwer (mit einseitig versenkter Fadenführung) oder nach Donati inzwischen schon zum Standard gehören (Abbildungen 8 und 9). Zusätzliche Steristrips, die quer über die Wunde geklebt werden, bieten sich bei spannungsbehafteten Wunden an. Im Übrigen wird hier zwar von Kleinchirurgie in der Hausarztpraxis gesprochen, es gibt aber keine «kleine» Chirurgie; jeder Eingriff kann Folgen haben: gute, erfreuliche, zufriedenstellende oder grosse Katastrophen. **X**