



Der Neubau des Kantonsspitals: Bezug 1. Quartal 2020.

Kleine Schnitte, grosse Wirkung – die Geschichte der Laparoskopie

Vormittags in der chirurgischen Sprechstunde:

Mir gegenüber sitzt ein 67-jähriger Patient. An seiner wettergegerbten Haut sehe ich, dass er viel Zeit im Freien verbracht hat. Als er mir seine raue Hand zu einem kräftigen Händedruck reicht, spüre ich die Hornhaut.

Ich erkläre ihm, dass bei Patienten, die bereits viele schwere Entzündungen von Ausstülpungen der Darmwand (Sigmadivertikel) in einem Bereich des Dickdarms hatten, eine Entfernung des Darmabschnitts empfohlen wird. Seine Augen, die von sympathischen Lachfalten umrandet sind, werden gross: «Und dann schneiden Sie mir einfach den Darm raus...? Kann man das denn mit den kleinen Schnitten machen oder sehe ich dann aus wie ein Verwundeter nach dem Krieg? Wissen Sie, mein Bauch muss ja keinen Schönheitspreis gewinnen, aber die Nachbarin hat sich in Zürich operieren lassen mit ganz kleinen Schnitten.» Ich lächle: «Natürlich machen wir das laparoskopisch, mit kleinen Schnitten. Nur in Einzelfällen sind die Verwachsungen so stark, oder der Darm durch Entzündungen mit der Umgebung verklebt, dass wir doch einen grossen Bauchschnitt machen müssen.» Nachdem ich mit ihm alles Nötige besprochen habe, verabschieden wir uns und ich melde die Operation an. Verrückt, denke ich mir: ich gehöre zu der Arztgeneration, die mit laparoskopischer Chirurgie gross geworden ist. In der ein Schnitt über den ganzen Bauch ein Zeichen ist dafür, dass die Operation besonders schwierig war oder es Komplikationen gab. Wie kam es dazu, dass man heute sogar mit 3D Kameras operiert oder Single-Port Operationen durchführt, bei der alle kleinen Instrumente über einen einzigen kleinen Schnitt in den Bauch eingeführt werden? Wie kam es dazu, den Bauch mit Kohlendioxid über eine kleine Nadel aufzupumpen, um Abstand zwischen der Bauchdecke und den Organen und somit Platz zum Operieren zu gewinnen?

Laparoskopie kommt aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie die Bauchhöhle betrachten. Die alten Griechen versuchten mit Hilfsmitteln die Körperhöhlen der Menschen zu inspizieren. Die ersten Versuche, das Licht in das Innere des Menschen zu bringen, macht Hippocrates mit Hilfe von Spekula und einer ausgeklügelten Anordnung von spiegelnden Flä-

chen. Gulio Cesare Aranzi wagte sich 1587 in Venedig an das Grundmodell der Camera obscura. Er nutzte das in ein dunkles Zimmer einfallende Licht, um es in einem Glasgefäss zu bündeln und damit eine Nasenhöhle auszuleuchten.

1807 gab es durch Philipp Bozzini einen weiteren Fortschritt in Form des ersten Lichtleiters, welcher eine Kerze als Lichtquelle nutzte.

Der nächste grosse Meilenstein in Form eines Instruments mit elektrischer Lichtquelle wurde 1901 durch den Dresdner Georg Kelling erreicht. Er laparoskopierte einen Hund. Die ersten Laparoskopien am Menschen dienten der Diagnostik oder -sicherung. Pionier war hier der Schwede Hans Christian Jacobaeus, dem 1910 die erste diagnostische Laparoskopie gelang. Falls eine Operation nötig war, wurde diese weiter über einen grossen Bauchschnitt durchgeführt. Vom Gynäkologen Kurt Semm und dem Urologen Maximilian Nitze wurden die nächsten entscheidenden Schritte zu therapeutischen Laparoskopien unternommen. Um auch komplizierte Eingriffe laparoskopisch durchführen zu können, war es nötig, dass der Operateur sowie der Assistent durch das eingeführte Instrument das Operationsgebiet sehen konnten. Entscheidend war hierbei die Entwicklung der Mini-Videokamera 1987. Kurz darauf wurden in der Schweiz die ersten Gallenblasen und Blinddärme laparoskopisch über mehrere Instrumentenzugänge, wie wir sie heute kennen, operiert. Laparoskopisch operierte Patienten hatten weniger Schmerzen, eine kürzere Aufenthaltsdauer im Spital und auch ein geringeres Risiko für Brüche an den Operationsnarben. Dieser zukunftssträchtigen Operationsmethode wurde 1989 in der Schweiz die weltweit erste Fachgesellschaft gewidmet.

Heute gilt es diese Operationsmethode stetig zu verbessern und herauszufinden für welche Krankheitsbilder sie geeignet ist. Im Kantonsspital Frauenfeld werden nahezu alle Blinddärme und Gallenblasen laparoskopisch operiert. Auch der Magenbypass, ein Eingriff zur Gewichtsreduktion, sowie Darmoperationen bei Entzündungen oder bösartigen Tumoren werden laparoskopisch durchgeführt.

Es klopft an der Tür. Die nächste Patientin leidet unter Gallenkoliken. Während ich ihren bislang narbenfreien Bauch abtaste, erkläre ich ihr, dass Gallensteine neben Schmerzen, auch eine Entzündung der Gallenblase oder der Bauchspeicheldrüse verursachen können und ich ihr die Entfernung der Gallenblase empfehle. Ich schmunzle und sage: «Keine Angst, wir machen das mit ganz kleinen Schnitten». Sie lächelt erleichtert.



Dr. med. Nina Römer,
dipl. Ärztin