

Slowenisches Tagebuch

Bericht vom 7. EuroTraumaKongress in Ljubljana 14.5. – 17.5.06

Die Reise:

Die Reise lässt sich auch sehr gut im Zug machen. Einsteigen in Zürich um 21.40 Uhr, der Andrang auf die 4-er Couchetten ist nicht enorm, es gibt keine 1. Klasse und dann fährt man durch die Nacht nach Sargans, bettet sich ein im oberen Bett und hört knapp noch, wie später auch Autos auf den Zug kommen. Um 6 Uhr verlassen diese bereits wieder den Zug in Villach, man wacht auf, wenn man die slowenische Grenze erreicht hat, langsam liegen die Berge dann hinter uns und man folgt dem Fluss in die Ebene nach Ljubljana. Der Bahnhof um 8 Uhr morgens erinnert irgendwie an Domodossola, zu Fuss ist man sofort in der grossen, schön restaurierten Altstadt mit ihren barocken Bauten, am Fuss der Schlosses. Das Hotel ist ein ganz einfaches mittendrin in einem Hinterhof, 2 Sterne, es wird noch geputzt am Morgen, als man eintrifft, das Zimmer ist im Nebengebäude, sauber, weiss, modern im Stil, eine einfache Nasszelle mit milchiger Glastüre, eine einfache Ablage, wo man den Computer und seine Arbeitssachen hinstellen kann und ein blauer Plüschhocker davor. Simple, schlicht, sauber, gemütlich – 12 Zugstunden von Zuhause weg.

Der Kongress:

Ist in einem riesigen Kongresskomplex, Cankarjev dom, cultural and congress centre. 6 grosse Parallelveranstaltungen sind möglich und laufen.

1327 Teilnehmer aus 64 Ländern, 209 Aussteller, 383 Vorträge, 414 Posters. Ueber 100 Beiträge aus Grossbritannien. Sehr unterschiedliches Niveau der Präsentationen in Bezug auf Datenauswertung, Foliengestaltung und Sprache.

Dazu kommen die Satellite Symposien von Synthes ("What's new in acetabular und pelvic surgery" und "Expert nailing system, clinical application and results"), De Puy ("Introduction to the PolyAx knee fracture system" und "Introduction to the VersaNail system") und Zimmer ("Anatomical nail; Sirus Femur und Tibia" und "NCB polyaxial angular stable plating system" und eines von KCL ("21st century woundcare").

Zusätzlich ein Satellite Symposium der AO Foundation über "fracture treatment in osteoporotic bone": Ausgezeichneter Ueberblick über

- Epidemiologie (M. Raschke, Münster)
- "Was unterscheidet die geriatrische Fraktur von jener des gesunden, jungen Patienten" (J. Goldhahn, Zürich)
- "Frakturen des proximalen Femur " (Ch. Van der Werken, Utrecht – die Entwicklung des PFN A, die blade ist besser als die Schraube, die helical blade in die DHS übernehmen? Man muss bei der Reposition eine Valgusstellung erreichen, ev. ist eine offene Reposition mit temporärer Cerclage bei A3 Frakturen für den outcome beim älteren Patienten besser als eine insuffiziente geschlossene Reposition. Das Teaching der Chirurgen (korrekte Operationstechnik) ist wichtiger als Implantat-Modifikationen!
- "Frakturen des proximalen Humerus" (F. Kralinger, Innsbruck) – die Philosplatte mit den winkelstabilen Schrauben im osteoporotischen Knochen (am "hartesten" ist die Kalotte noch subchondral, im Kopfbereich ist es "leer") alleine löst nicht alle Probleme, sollte mit Fadenzuggurtungen augmentiert werden als Prophylaxe der sekundären Varusdislokation. Das Interface Implantat- Knochen muss adaptiert werden: "weicher" Knochen, "weiches"

Implantat (Resch: Resch-block bei über 70-jährigen Patienten, Philos unter 70 Jahren)

- "Neue Lösungen, um wohlbekannt Probleme zu lösen" (N. Suhm, Davos/ Basel): Interface zwischen "rigidem" Implantat und "weichem" osteoporotischen Knochen verbessern durch Zementinstillation im Femurkopf...
- "Ueberblick über das AO clinical priority program" (M. Blauth, Innsbruck)
- Zitat: Osteoporose nimmt zu, auch der Traumatologe wird beginnen müssen, medikamentös zu denken (M. Blauth)

Persönliche Eindrücke (aus den besuchten Sitzungen – man beachte, es laufen 6 Parallelveranstaltungen!, man wählt, was am meisten Relevanz für seine tägliche Tätigkeit hat):

Allgemein:

Die Frakturversorgung heute steht

- 1) unter dem Eindruck der unaufgebohrten Marknagelung mit ständiger Implantatmodifikation an Humerus, Femur, und Tibia – man sucht weiterhin die Ausdehnung der Indikation zum Nagel in die gelenknahen Regionen (macht die Platte Angst?)
- 2) unter dem Eindruck der winkelstabilen Plattenosteosynthese (locking screws it is!). Meine persönliche Befürchtung: die winkelstabilen Schrauben liegen bei den meisten Platten in einer Schraubenebene, spröde Knochen können sich dadurch spalten (bestens bekannt am Humerusschaft) – werden wir in Zukunft durch die Anwendung der winkelstabilen Implantate (Indikation: der osteoporotische Knochen) beim osteoporotischen Knochen (Osteoporose= spröder Knochen) vermehrt Knochen"sprengungen" sehen? (Erste Beispiele beim distalen Radius waren auf postop. Röntgenbildern zu sehen).

Einzeleindrücke:

Divergierende Schraubenrichtung beim proximalen Humerus wichtig – in vitro Untersuchung (W. Friedl, Aschaffenburg). Fadenzuggurtungs-augmentation bei Plattenosteosynthese am proximalen Humerus dringend (A. Kelc, Maribor). Impingementprobleme beim T2 proximalen Humerusnagel (H. Pullen, Swansea). Vergleich proximale Humerussysteme – PHN is best (B. van Roy, Belgien). Bei 4-part Frakturen des proximalen Humerus ist "Philos" heikel, Resultate Platte vs Prothese halten sich die Waage (V. Senekovic, Ljubljana). Drittelrohrplatte bei Olecranonfraktur des über 65 Jährigen – gute Resultate, 43% ME (R. Wyss, Winterthur). Bei Radiusköpflfraktur und proximaler Migration des Radius über 2mm im DRUG ist Essex-Lopresti-Läsion vorhanden (P. Jungbluth, Düsseldorf). Radiuskopfprothese (bei Essex-Lopresti und irreparabler Fraktur) ev. nur als temporärer spacer – eine Möglichkeit (P. Jungbluth und R. Ramaswamy, Morriston). Sternumfrakturen meist problemlos, selbst bei mediastinalen Hämtomen, ECHOabklärung aber sinnvoll (F. Berizzi, Varese). Profifussballer-verletzungen: 10-35 Verletzungen pro 1000 Fussballstunden, selten sehr gravierend, ACL eher selten, "happy players have less groin pain!" (A. Rafee, Blackburn Rovers Football Club). Multidirectionales winkelstabiles Implantat bei instabilen distalen Radiusfrakturen (L. Mehling, Mainz). Kombinierte dorsale und volare Plattenosteosynthese bei komplexen, distalen Radiusfrakturen selten nötig – sehr gute Resultate sind möglich (RA Drosler, Luzern). Kompression bei Scaphoidpseudoarthrosen reicht zur Heilung (R. Ramaswamy, Morriston). Dorsaler und volarer Zugang bei perilunären

Luxationsfrakturen (M. Kastelec, Ljubljana). Knochenszintigraphie zeigt occulte Carpalkfrakturen frühzeitig an (R. Mansingh, Macclesfield). Läsion der volaren Platte und volar lip fracture des PIP mit statischer Ruhigstellung nur 1 Woche, dann dynamische Nachbehandlung besser als statische Ruhigstellung für 3 Wochen (Z. Orošim, Celje). Strahlungszeit beim Gamma-Nagel länger als bei DHS (S.S. Swarna, Grossbritannien). DHS teurer aber besser als Endernägeln, aber billiger als proximale Femurnägel (J. Kaczmarczyk, Bonn). DHS für einfache, PFN für instabile proximale Femurfrakturen (Y. Brin, Israel). 13% Komplikationen nach Verriegelungsmarknagelentfernung – relative Indikation zu überdenken (C. Gaebler, Wien). Nur 55% der älteren Patienten mit medialen Schenkelhalsfrakturen überleben 1 Jahr, kanülierte Schrauben sind billiger als Prothesen, selbst mit Reoperation eingerechnet (DA Czako, Debrecen). Malleolarfrakturen: postoperative Vacuumorthesen vs funktionelle Nachbehandlung: schnellere Rehabilitation bei gleichem outcome mit Orthese (H. Philipp, Luzern).

Key-note lectures von Prof. Trentz über Abdominaltrauma und Prof. Regazzoni über Navigation in surgery.

Duodenaltrauma bei stumpfem Bauchtrauma selten, Kocher-Manöver, keine primäre Naht erzwingen, ev. Roux-Y-rekonstruktion später. Whipple-procedure bei stumpfem Bauchtrauma mit Mortalität 70% (M. Reischl, Linz). Kindertraumatologie: Generalisierte Gelenkslaxität mit vermehrten Frakturen an der oberen Extremität vergesellschaftet (M. Bader, Macclesfield). Epiphseolyse des distalen Humerus bei Neugeborenen: Sehr selten, Diagnose via Ultraschall, klinisch Bild der Ellbogenluxation (A. Donamardi, Sheffield). Intramedulläre Fixation bei kindlichen Vorderarmfrakturen: bei mühsamer, unmöglicher geschlossener Reposition kleiner offener Zugang, um Rx-Zeit zu sparen, immer gipsfrei, ausser bei Monteggiafrakturen mit Gips für 3 Wochen (F. Vindisar, Celje) – Kritik in Diskussion: Monteggiafrakturen sollen offen reponiert und mit einer Platte fixiert werden. Kindliche Schenkelhalsfrakturen: selten, niemand hat grosse Zahlen, es braucht viel Kraft für eine solche Frakturierung. Undisloziert mit Gips behandeln, dislozierte mit Osteosynthese, Gefahr der avaskulären Nekrose (C. Bytygi). Komplexe Gefässverletzungen an der unteren Extremität: Arterie und Vene rekonstruieren mit patch oder Bypass, keine av-Fistel bei Kindern (F. Vojko, Maribor).

Closing ceremony 17.5.06: Kurze Ansprache von Prof. Trentz, Präsident ETS 2006-2008. Erste Informationen über Budapest 2008...

Hei 17.5.06 19.00