

Ungarisches Tagebuch

Budapest 24.5.08, 23.30 Uhr

24.5.08

Malev bringt uns nach Budapest, rechts liegen die Alpen, immer noch schneebedeckt, dann kommt nach einem kurzen Sandwich schon der Plattensee und runter geht's an den Flughafen. Nein, diesmal nahm ich nicht den (Nacht)Zug, das wäre einmal mehr gemütlicher (Einchecken am Samstagmorgen zehrt, weil zeitlich eher knapp, etwas an den Nerven) gewesen (ich erinnere mich an die City Night Line-Fahrt vor 2 Wochen nach Dresden an die AO-Dreiländertagung mit einem Nachtessen im Zug, während die Welt in der Nacht am Fenster vorbeizieht, einer ruhigen Nacht im Duvet, habe nicht einmal gemerkt, dass wir irgendwo in Halle längere Zeit gestanden sind – Chirurgen können überall schlafen, höre ich immer wieder) – ich hätte Closing Ceremony bei der ESTES und SGC-Kongressbeginn in Basel am 28.5.08 nicht geschafft, also für einmal den Flieger.

In Budapest sehr komfortabel untergebracht (Mondial, die Kongressorganisation, schaut dazu), Blick auf die Donau, auch an der Vorstandssitzung der ESTES, man sieht die Tragflächenboote vorbeiziehen, im Hintergrund Buda, in Pest sind wir – wir hören, dass die ESTES rund 5700 institutionelle Mitglieder hat, 342 (aktive) individuelle aus 53 Ländern und ist erstaunt, dass es auch eine ganze Reihe aus Lateinamerika hat, den Rekord hält die Türkei und ist froh, dass die Schweiz auch 14 individuelle Mitglieder zählt (was ich persönlich bei 205 institutionellen SGTV- und 254 institutionellen SGAUC-Mitgliedern immer noch sehr wenig finde). Es sind 15 nationale Gesellschaften aus Europa, davon 2 (!) aus der Schweiz, die SGTV (war schon bei der ETS dabei) und neu die SGAUC. Die Vorschläge für den neuen ESTES-vorstand werden geprüft, man diskutiert die 5 Sektionen in der ESTES (und warnt vor Gesellschaften innerhalb der Gesellschaft) und man spricht von den nächsten ESTES-Kongressen: Die Schweiz stellt mit einer eigens dafür produzierten Broschüre für die Vorstandsmitglieder und einer kurzen Power point Präsentation die Kandidatur Basel 2012 vor – die Kandidatur wird gutgeheissen (und später an der GV vom 26.5.08 dann mit Akklamation bestätigt). Damit steht die Schweiz vor einem medizinischen Grossereignis in Sachen Kongress – viel Ehre, noch mehr Arbeit und eine grosse Verpflichtung. Das gemütliche Präsidentenessen an der Seite des ersten ETS-Kongresspräsidenten 1994, Prof. Antal Renner mit Gattin, erlaubt das Näherrücken mit den Repräsentanten der europäischen Gesellschaften – man ist in guter Gesellschaft! Und man denkt insgeheim schon etwas an den Rahmen 2012 – black tie ist hier heute abend dress code – in Basel auch?

25.5.08

Die Auswahl der Sitzungen ist rein zufällig, sprich persönlich.

Management of acute hand injuries – are there golden standards?

M. Traub, Switzerland: Intraarticular fractures of the metacarpals:

Die Gelenkskongruität soll wiederhergestellt werden, am ehesten mit Zugschrauben. Präoperativ ist ein CT-Scan „mandatory“. Die postoperative Nachbehandlung richtet sich nach der erreichten Stabilität.

I. Cizmar, Czech Republic: Intraarticular fractures of the phalanges:

Basisfrakturen P2 mit dorsaler Dislokation: Extension block pinning (Viegas SF 1992; J Hand Surg), allenfalls auf Dorsalseite minihookplate (Idee Leixnering).

M. Leixnering; Austria: Acute traumatic instabilities of the carpus: Sieht in den anatomischen Aufnahmen einfach aus, diagnostisch aber gehört es in experienced hands.

Founding session ESTES section of skeletal trauma and sports injuries (siehe Beilage)

Elbow I:

R. Babst: Elbow injuries – reconstruction vs replacement: Der Trend 2008 am distalen Humerus geht zur Osteosynthese mit winkelstabilen Implantaten im osteoporotischen Knochen, sofern damit eine stabile Fixation erzielt werden kann, weniger in Richtung Prothese. Bei den Radiusköpfchenfrakturen wenn möglich Rekonstruktion, allenfalls mit langen Zugschrauben schräg bis in die Metaphyse, lieber keine Platten am Rand, die bei Rotation trotz Berücksichtigung der safe zone, stören können. Die (bipolare) Prothese bleibt dem instabilen, nicht rekonstruierbaren Ellbogen vorbehalten.

B. Zifko: Displaced fractures of the capitulum humeri – closed reduction versus operation: Geschlossene Reposition nach Böhler, Extension, Daumen-Druck von volar und Supination. Beeindruckende Präsentation von Resultaten. Falls irreponibel, Zugang von radiolateral: „Der beste ORIF case ist schlechter als der schlechteste konservativ behandelte Fall“!

S. Kuhn: The radial head's anatomy with special emphasis to the safe zone: the radial head is not round, gender difference, safe zone

D. Michalik: The outcomes of open reduction and internal fixation of the radial head fractures: 114 Osteosynthesen, wovon 77 mit einem follow-up von 10 Jahren. Macht immer auch ein Rx des Handgelenkes wegen der Möglichkeit der Essex-Lopresti Verletzung.

T. Braunsteiner: Limits of radial head reconstruction: Ein Highlight! Der mehrfragmentäre Radiusköpfchen wird on table mit Osteosutures, Ethipin oder Minischrauben rekonstruiert und dann in möglichst korrekter Position (Einschätzung anhand der gezahnten subkapitalen Frakturlinie) wieder auf den Radiushals aufgesetzt (Radiuskopfreplantation). Keine Fixation zwischen Kopf und Hals! Postop: 2 Wochen Gips, dann 2 Wochen Orthese. Das Radiusköpfchen als Bioprothese – und es funktioniert!

Elbow III:

R. Jeavons: Fixation of comminuted olecranon and proximal ulna fractures using a low profile, precontoured olecranon plate: Das Problem ist die dicke Platte an dieser Lokalisation. Mit dem Gebrauch einer dünnen Platte (low profile, precontoured, titanium), deren cranialste Schraube „axial“ nach distal zielt, wird eine ME unnötig. Auf den Rx etwas viel Schrauben im proximalen Ulnaschaft (jedes Loch hat seine Schraube).

D. Heim: The modified one third tubular hook plate for complex olecranon fractures: Man mache aus dem letzten Loch der Drittelrohrplatte zwei Haken, hänge diese in der Tricepssehne ein, lege eine 2. Drittelrohrplatte (wie bei einer Blattfeder drüber) bohre exzentrisch (für die axiale Kompression) und überbrücke und komprimiere die Fraktur. Simple, effective and cheap.

T.DE. Nowak: Biomechanical evaluation of a new intramedullary locking nail for olecranon fracture fixation in comparison to tensionband wiring: Der (klobige) Verriegelungsnagel ist deutlich stabiler in einem experimentellen set-up als die konventionelle Drahtzuggurtung.

W. Friedl: The Xs nail: A new concept of intraosseus stabilisation of complex olecranon and proximal ulna fractures: Dieser Nagel ist deutlich weniger „auftragend“ als der vorgängig vorgestellte. Er ergibt in der klinischen Anwendung in 78% sehr gute, und in 22% gute Resultate, 6% zeigten mässige Resultate und das waren alle mehrfragmentäre Frakturen. Geht der Trend auch an dieser Lokalisation zum intramedullären Implantat?

P. Nagel: Posterior interosseus nerve syndrome: a rare complication of Monteggia fracture: a case report. Entspricht dem Bild eines supinator Syndroms mit Kompression des tiefen Radialisastes in der arcade de Frohse.

M. Zlowodzki: Simple decompression versus anterior ulnar nerve transposition for the treatment of cubital tunnel syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials: Angesichts der Morbidität der subcutanen oder submuskulären Transposition des n. ulnaris (in einer Metaanalyse von randomisierten Studien) ist die einfache Dekompression die bessere Option zwischen Dekompression und Verlagerung bei nicht-traumatischen und nicht-voroperierten Ellbogen.

Montag 26.5.08

Minimally invasive techniques in trauma and emergency surgery I

E. Verleisdonk (Vortragender G. Roukema): The clavicle hookplate for Neer type II lateral clavicle fractures: 44 Platten in 7 Kliniken. 67% waren durch das Implantat gestört, deshalb ME nach durchschnittlich 8.4 Monaten, 1 sekundäre Dislokation, Osteolyse des Acromions in 4 Patienten, 2 asymptomatische Pseudoarthrosen. Platte wird empfohlen.

K. Papagiannakos: Operative treatment for delayed union and nonunion of midshaft clavicular fractures: 14 Patienten, 3 Plattentypen und Spongiosa. Gute Resultate nach 1 Jahr. Alle Patienten symptomfrei nach 10 Wochen. Indikation zur Op: symptomatische non-union.

S. Nijs: A new fracture specific reversed shoulder arthroplasty to treat complex proximal humerus fractures in the geriatric patient: preliminary results: Das generelle Problem ist bei den Prothesen die Tuberositasheilung, wird normalerweise in 70% erreicht, bei den geriatrischen Patienten jedoch ein grösseres Problem. Deltasplit-zugang, die beiden tuberositas werden mit Kabeln an die Prothese fixiert. Bis anhin promising.

C. Kollersbeck: Treatment of proximal humerus fractures using a helix wire. Results after 400 patients: Technik: Extension mit einer speziellen Vorrichtung, dann Corticalisloch von 6mm und Helix"spindel" eindrehen – ist eine Einmann-operation. 12% Komplikationen, aber Op-zeit nur 24 Minuten und low costs. Postop Immobilisation für 2 Wochen. Operativer Fehler: Distraction der Fraktur. B Frakturen sind gute Indikationen, bei C- Frakturen wird es borderline, A-Frakturen, junge Patienten (<50j) sind Kontraindikationen.

L. Kovacic: Minimally invasive treatment of displaced proximal humeral fractures with angular stable locking nail –advantages and limitations: Targon Nagel. Deltasplit-zugang. Sehr gutes Implantat für 2 Fragment-Frakturen. Im Vergleich zur LCP weniger Komplikationen, sogar in geriatrischen Patienten.

B. Almazedi: Intramedullary nailing versus plate fixation for the treatment of humeral shaft fractures: Which is best?: A medline literature search: Non-union mehr bei Nagel, Infekte mehr bei der Platte, peroperative Radialispareesen mehr beim Nagel, mehr Reoperationen beim Nagel. Conclusion: The plate (es wurden verschiedene Typen verwendet) is superior to intramedullary nailing.

K. Smejkal: Operation treatment of 2-3 fragments proximal humeral fractures using Zifko versus Philos: Zifko ist eine Bündelnagelung. Bündelnagelung mit kürzerer Operationszeit und eher kürzerer Rehabilitationszeit (und ist billiger). Problem Bündelnagelung: die Nagelmigration, Problem Philos: subacromiales Impingement. Studie noch nicht abgeschlossen.

Minimally invasive techniques in Trauma&Emergency Surgery II

AR. Sermon: New implants for the treatment of distal radius fractures:

Advantages, pitfalls and complications: Da die volare, winkelstabile Platte mit all ihren bekannten Vorteilen mit ihrem Zugang bei extraartikulären Frakturen invasiv erscheint, kommen neue Implantate für minimalinvasive Anwendungen auf den Markt. Klinisch erprobt wurde die X-screw (Zimmer): Nur 4/10 gute Resultate, Probleme sind n. radialis superficialis-irritationen und Kirschnerdrahtwanderungen – Anwendung wurde gestoppt. Dorsal nail plate (Depuy): 6 minor complications, Problem ist die Nagelentfernung. Ueberzeugt auch nicht. Beide Implantate sind auf dem Markt.

J. Trlica: Trueflex nail used for intramedullary osteosynthesis of forearm shaft fractures – long-term experience: Bone healing in 94%, kein Infekt, keine Refraktur nach ME. **Diskussion: M. Blauth:** mit Trueflex mehr non-unions, mehr Sehnenprobleme, weniger gute Resultate. Implantatanwendung in Innsbruck gestoppt. Rotation bleibt ein Problem, Rückkehr zur Platte. Bemerkung T. Braunsteiner Wien: Rotation kann man durch Kompression der membrana interossea durch Druck zwischen beiden Vorderarmknochen korrekt hinkriegen (nach Böhler).

G. Gradl: Intramedullary nailing versus volar plating for the treatment of unstable distal radius fractures: Nachteil der volaren Platte: Stört am Knochen, tilt nicht ganz gut, zu lange Schrauben dorsal. Darum Einsatz eines Targon-Nagels. Beim Nagel kann der n.radialis ein Problem sein, hat aber im Vergleich zur volaren Platte weniger postoperative CTS. Postoperative Schmerzen und Frühfunktion sind beim Nagel besser. But – nail cannot replace the plate!

L.Schütz (Vortragender Ch. Josten): Minimal invasive screwosteosynthesis of the scaphoidfracture: In 80% erreicht man konservativ gute Resultate, Problem ist die lange Ruhigstellung. Dementsprechend ein Trend zur operativen Versorgung auch von undislozierten Frakturen. Falls Op vorgesehen: CT mandatory wegen Normvarianten: volare und dorsale perkutane Insertion der Herbert screw in 45 Patienten (Opdauer 20 Minuten), 9 Platten. Postoperativ 3 Wochen softcast. Schraube schneidet im martini und DASH-score besser ab. **Diskussion: M. Blauth:** In der prospektiven AO Studie ist die Schraube oekonomisch besser, Resultate kons vs operativ sind gleich.

M. Agrawal: Metacarpal fracture fixation: Comparison of novel technique (intramedullary interlock nailing) with conventional intramedullary k-wiring: Die Nagelung bringt eigentlich nichts, Nagelentfernung bringt nur zusätzliche Kosten und bringt dem Patienten das Risiko einer Allgemeinnarkose.

W. Friedl: Percutaneous stable fixation of the 5th metatarsal avulsion and the Jones fracture: Perkutanes Einbringen eines 3.5mm XXS Verriegelungsnagels und axiale Kompression durch eine proximale Kompressionsschraube, sofortige Vollbelastung. 77 Patienten. Resultate: Keine Pseudoarthrose, kein implant failure, in

69% ME. Indikation: alle dislozierten Avulsionsfrakturen, Dislokation definiert als Spalt von mehr als 1mm.

Hip fractures II

Keynote lecture: V. Vecsei: Hip fractures – actual aspects and treatment

modalities: Tribut an Prof, Manninger, Ungarn (90j), der sein Leben der „Erforschung der Schenkelhalsfraktur“ gewidmet hat. Heute: Die Schenkelhalsfraktur ist ein Notfall wie eine akute appendicitis. Die Reposition soll anatomisch und nicht „hut on the hook“ sein, keine intrakapsuläre Hämatomevakuierung. Implantate: Kanülierte Schraube, DHS, Winkel-/ Condylenplatteplatte. Man bedenke: 30% 1-Jahresmortalität bei Osteosynthese, 40% bei Hemiarthroplastik, die DHS hat weniger avaskuläre Nekrosen und weniger Risiko der sekundären Dislokation. Die Winkelplatte ist die am wenigsten günstigste Option.

L. Kopp: Risk factors influencing mortality after osteosynthesis of proximal femoral fractures in elderly patients: Etwas konfus. Der Autor war nach dem Feuerwerk von Vilmos Vecsei erschöpft, die postprandiale Müdigkeitsphase setzte ein und das abstract operiert mit Begriffen, die nie „ausgedeutet“ werden: Der Zeitpunkt der Operation beeinflusste die Ueberlebensrate nicht, auch die Spinalanästhesie nicht... , hingegen waren decubitus und Verwirrtheit (mental desorientation) ein schlechtes Vorzeichen, die prä- und postoperative ADL (,) und die postoperative MMSE (?) waren outcome-bestimmend.

M. Zlowodzki: Patient function following femoral neck shortening after cancellous screw fixation of femoral neck fractures: A multicenter cohort study: Der SF-36 war deutlich negativ beeinflusst durch eine Verkürzung und einen varus-Kollaps des Femurkopfes und trat auf bei 2/3 der mit kanülierten Schrauben fixierten Schenkelhalsfrakturen. Die unkontrollierte Lateralisierung (shortening) bei der mit Schrauben fixierten medialen Schenkelhalsfrakturen hat ihre Grenzen!

L. Vamhidy: Osteosynthesis of femoral neck fractures with fixed angled compression screw-plate system: Prof. Forgon empfahl diese Methode in den 60iger Jahren. Nun wurde das Implantat verbessert, womit eine sofortige Kompression möglich wurde: 49 Patienten, kein implant failure, aber 7 Reoperationen. Die Gardenklassifikation erwies sich als schlechter „Prognostiker“.

J. Nyarady: Intraoperative evaluation of the femur head circulation at femur neck fractures: Mittels eines Bohrkanals in der Schraubenebene wird nach Reposition die Femurkopfdurchblutung beurteilt.

Minimally invasive techniques in trauma&emergency surgery IV

M. Zago: Laparoscopic treatment of small bowel obstruction. A retrospective analysis of a single centre experience: Wegen einer hohen Konversionsrate sind die Patienten, die sich für eine Laparoskopie eignen genau auszusuchen. Die Anzahl von abdominalen Voroperationen ist nicht entscheidend, hingegen ist eine radiologische Dilatation des Dünndarmes > 40mm ein Indiz dafür, dass die laparoskopische Variante wahrscheinlich nicht geht (Vortrag stimmt mit dem abstract nicht ganz überein).

G. Mulieri: Non operative management (NOM) of blunt hepatic trauma needs invasive procedures: NOM von Leberverletzungen ist bei entsprechender Infrastruktur gut möglich, braucht aber einen multidisziplinären Einsatz. Chirurgie war schlussendlich bei 18% der Patienten doch nötig.

H. Yanar: Minimal access treatment of necrotizing pancreatitis: Experience with 18 cases: Die Mortalität ist so oder so hoch, ein konservatives Vorgehen ist eher angezeigt, anstelle einer Operation kann in den restlichen Fällen eine perkutane oder endoskopische Nekrosectomie angewandt werden.

F. Gras: Minimal invasive screw-osteosynthesis of acetabular fractures using a 2D-fluoroscopic navigation system: Mit Verwendung des Computernavigationssystem sollen Röntgenexposition, falsche Schraubenplatzierung und postoperative Probleme durch den offenen Zugang reduziert werden. 14/69 Patienten mit Acetabulumfrakturen wurden auf diese Weise behandelt. Abgesehen von einem Infekt keine postoperativen Probleme. In ausgewählten Fällen eine gute Alternative zur herkömmlichen (offenen) Schraubenosteosynthese.

G. Farkas: Emergency treatment of medial neck fracture with minimal invasive hemiarthroplasty: Bei 10/52 Patienten wurde die Hüftendoprothese mit dem neuen minimalinvasiven Zugang eingebracht.

N. Beks: Functional outcome of Achilles tendon ruptures after minimal invasive tenodesis with bone anchors: Results of 54 Patienten: Die beiden resorbierbaren Fäden, welche im proximalen Stumpf in der Kesslertechnik eingeflochten wurden, werden im Calcaneus mit Mitekankern fixiert. Es entfällt das Fassen des distalen Stumpfes. Postoperatives Tragen eines VacoPed mit Teilbelastung von 3-6 Wochen. Komplikationen: 1 DVT, 2 Wundinfekte.

E. Verleisdonk (Vortragende: N. Kofschoten): Acute Achilles tendon rupture: Minimally invasive surgery versus conservative treatment with immediate full weight bearing. A randomized controlled trial: 5/41 Rerupturen in der konservativ behandelten Gruppe, 3/42 in der operativen Gruppe (Op-technik wie bei N. Beks). Return to work in der operativen Gruppe nach 59 Tagen, 108 Tagen in der konservativen.

Surgical infections I

Introduction Z. Detre: Infection and fracture surgery: Die Zahl der nosocomialen Infekte steigt. Im sog. Biofilm auf den Implantaten sind diese Bakterien aber für Antibiotikas nicht zugänglich. Dementsprechend gehen heute die Bemühungen in der Richtung der Oberflächenveränderung zur Senkung der Biofilmbildung. Beim postoperativen Infekt steht beim traumatischen Patienten die Frakturheilung im Vordergrund, in der Prothetik die Infektheilung. Beim osteosynthetisierten Patienten wird eine Implantatentfernung beim floriden Infekt nur bei resistenten Keimen und/ oder instabiler Fixation empfohlen. Bei infizierten Hüftosteosynthesen aber wird das Osteosynthesematerial entfernt, der Kopf reseziert und durch einen temporären antibiotikabeschichteten Spacer ersetzt, welcher dann durch den erneuten Einbau einer Totalprothese abgelöst wird. Damit konnte eine dramatische Verbesserung der Resultate nach infizierten Osteosynthesen beim proximalen Femur erzielt werden.

G. Jukema: Sterile maggot excretion can influence pseudomonas aeruginosa biofilm formation on different biomaterials: Die Biofilmproduktion war am stärksten auf Polyethylen, weniger auf Titan und am wenigsten auf stainless steel (!). Sterile Madensekretionen können diesen Biofilm zerstören. Was genau in dieser Sekretion die Zerstörung bewirkt, ist jedoch (noch) nicht bekannt.

D. Heim: Infections after internal fixation of fractures – 12 year results in a rural hospital: Die totale Infektrate betrug 0.94%, am häufigsten traten Infekte am proximalen Femur (mehr nach Hüftendoprothesen als nach Osteosynthesen), am Tibiaplateau und am Tibiaschaft auf. Patienten mit Malleolarfrakturen und Osteosynthesen an der Hand hatten keine/ fast keine postoperativen Infekte.

P. Horkay: Clinical and bacteriological analysis of septic complications after sterile operations at our traumatology department: 1,2% postoperative Infekte im gesamten. Dreimal mehr an der unteren Extremität als an der oberen, am meisten an der Tibia und am proximalen Femur (PFN 4%, DHS 3.5%).

S. Nijs: Outcome of revision reversed arthroplasty after previous infected arthroplasty: 5 Patienten. Technik: Explantation der Prothese, Zementspacer und Antibiotikatherapie für 6 Wochen. Nach einem antibiotikafreien Intervall von weiteren 6 Wochen und negativen Infektparametern wird eine revision reversed arthroplasty durchgeführt. Dieses Zweiphasen-konzept hat sich in den ersten 6 postoperativen Monaten bewährt, Langzeitresultate fehlen. Für's Glenoid wird kein bone graft gebraucht.

K. Horisberger: Necrotizing fasciitis – rapid diagnosis and radical surgery are pivotal: Der Infekt breitet sich immer horizontal aus. Klinisch ist anfänglich wenig zu sehen (ev. leichte Rötung). Typisch sind enorme Schmerzen. Das häufige Multiorganversagen bestimmt die Prognose. Radikales Debridement ist entscheidend gefolgt von einem second look, häufig dann ein Fall für VAC. Bei „unproportionalen“ Schmerzen muss an diese Möglichkeit gedacht werden.

H. Yanar: Necrotizing fasciitis: Microbiology, risk factors and outcome of management: 122 Patienten. Prädisponierende Faktoren sind: Diabetes, chron.

Alkoholismus, terminale Niereninsuffizienz und Malignom. Auftreten am häufigsten perineal, gefolgt von Extremitäten. Die meisten Patienten (mehr Frauen als Männer) zeigten mehrere Keime. Mortalität 32 %

Polytrauma in combination mit Thorax Trauma III

T. Kastenberger: Delayed diagnoses in the age of MSTC: Verpasste Diagnosen trotz multislice computer tomography (MSCT) bei 6% der Patienten. Häufiger bei Patienten mit höherem ISS und nach Sekundärtransport. 2.1% delayed diagnosis, wovon bei 18% eine chirurgische Konsequenz da war. Instabile Patienten zeigten mehr verpasste Diagnosen.

M.Z. Farook: Head injury management in orthopaedic unit – is a change in strategy needed? Patienten mit einem Schädelhirntrauma gehören nicht auf eine orthopädische Abteilung (auch wenn sie ein Neurokonsil kriegen)!

Sh. Sakhvadze: Biological osteosynthesis in treatment of complex subtrochanteric fractures in polytraumatic patients: Ad hoc Uebersetzung D. Heim. 3 Phasen der Behandlung: geschlossene Reposition, kleine Incision zur Implantation der Hüftkomponente der Platte (DHS, angled plate), Platte durchschieben und Fixation caudal der Frakturzone durch kleinere Incision. 34 Patienten. 33 Patienten hatten eine Frakturheilung nach durchschnittlich 5.6 Monaten, 1 Patient verstarb am Schädelhirntrauma.

J. Waddell: Openversus closed fractures in polytrauma patients: Offene Femurfrakturen bei Polytraumapatienten erhöhen die Mortalität. Closed vs open: 30% vs 12%. Wahrscheinlich liegt's am Behandlungsprotokoll mit initialem Debridement und temporärer Stabilisierung und dem Zeiteingriff nach rund 3 Tagen, der wahrscheinlich grad in die vulnerable Phase des Patienten fällt. Das Behandlungsprotokoll wurde dementsprechend individualisiert. Der obligate second look hängt von den lokalen Verhältnissen ab.

GE Wozasek (Vortragender: F. Kovar): Myth and facts on fat embolisation – clinical prevention: Schafsmodell: Intramedulläre Frakturfixation erhöht den intramedullären Druck und bewirkt eine Knochenmarksembolisation, jedoch konnte keine Veränderung der pulmonalen Parameter nachgewiesen werden! Neue Bohrer und Bohrtechniken mit RIA (reaming, irrigation, aspiration) machen das Marknageln auch beim Patienten mit Thoraxtrauma zu einem safe procedure.

M. Hofbauer: Pediatric polytrauma in combination with thorax trauma: A retrospective analysis in an urban level I trauma center: Rippen bei Kindern sind elastisch. Auch wenn keine Rippenfrakturen radiologisch gesehen werden, können intrathorakale Verletzungen bei Kindern vorliegen (am ehesten Pneumothorax und Hämato-pneumothorax). Therapie konservativ, Pleuradrain oder im Extremfall Thorakotomie. Jüngere Patienten haben eine erhöhte Mortalität.

T. Söderlund: Deaths in just arrived trauma patients in emergency room:

Demographics and analysis of preventability of 120 consecutive cases: Alle Patienten wurden autopsiert und von einem unabhängigen Dreier-team beurteilt. Die dominierende Verletzung war das Schädelhirntrauma. Verhinderbare Todesfälle wurden eingeteilt in: falsche chirurgische Entscheidung (7 Pat), Unterschätzung (2) und falsche Diagnose (1). Die Fehler passieren häufig in Nachtzeiten – mehr Training wird gefordert.

Hip fractures IV

C. Frank: Total hip replacement in posttraumatic coxarthrosis following

acetabular fractures: 45 Patienten. HüftTP nach Acetabulumosteosynthese haben eine höhere Komplikationsrate. Technik: ME und erst nach 6 Wochen TP, ev. mit bone graft impaction im Acetabulum. Resultate erstaunlich gut

S. Hullmann: Acetabular fracture in the elderly: Primary hip replacement:

23 Patienten, Durchschnittsalter 81 Jahre: 19 mit zusätzlicher Schraubenfixation, 11 mit Rekonstruktion des Acetabulum Daches. Lohnt sich. Opzeitpunkt: möglichst früh. Lockerung der Pfanne nicht selten (whs Frage der Vascularität).

Zusammenfassung der Sitzung: Thema ist aktuell und wird noch aktueller in Zukunft mit der steigenden Lebenserwartung. Bei gelockerter TP ist ein Ersatz indiziert, bei stabilem Sitz (Rx reicht nicht, die peroperative klinische Prüfung ist entscheidend –K. Corten) Osteosynthese mit Cerclagen, in Kombination mit allograft. LCP mit den monocorticalen Schrauben nicht gut, eher konventionelle bicorticale Schrauben, die möglichst noch im Zement fassen

Best oral papers:

Aufgefallen ist:

M. Maier: Serum procalcitonin levels in patients with multiple injuries including

visceral trauma: Procalcitonin (PTC) ist ein marker für ein okkultes abdominales Trauma. Sepsis und Massentransfusionen können aber PTCwerte stören.

Acute Abdomen III

L. Ansaloni: What shall we do finding an adenocarcinoid of the appendix:

Eine maligne Affektion der Appendix kann sein: Carcinoid (2-5% Metastasen), AdenoCa des Colontyp, Adenocarcinoid (15-30% Metastasen) und anderes. Beim Adenocarcinoid ist – sofern kein Coecum involviert und der Tumor low grade ist – keine Hemicolecotomie rechts notwendig.

C. Frizis (Vortragender Komninos): acute presentation of cancer of the coecum in the elderly mimicking acute appendicitis: 44 Patienten (Durchschnittsalter > 64 j), 9/44 hatten ein CoecumCa: ihre Charakteristiken: Normale Leuc, tiefes Hb, längerdauernde Anamnese.

H. Kurihara: Acute abdomen due to stool impaction. 4 Patienten mit Colon-Perforation bei Koprostase: totale Colectomie notwendig bei allen. „ überlebten, 2 verstarben.

H. Yanar: Methods of abdominal closure: Bogota bag vs VAC: Die Resultate sehen etwas besser aus für VAC.

E. Benninger: Comparison of intra-abdominal pressure development after different temporary abdominal closure techniques – an in vivo study (in domestic pigs): Bag silo closure und Reissverschluss scheinen bessere Methoden für den temporären abdominalen Verschluss zu sein als VAC in der initialen Phase nach dekompressiver Laparotomie.

Persönliches Résumé des Kongresses:

Sehr positiver Eindruck, enorm breites fachliches Spektrum, sehr breites Spektrum an Teilnehmern, man kommt in Kontakt mit Teilnehmern, die man sonst im eigenen Land oder in andern Kursen und Kongressen wenig treffen würde. Der Kongress dient der medizinischen Verständigung in Europa. Die Gründung von ESTES aus ETS und EATES war sehr sinnvoll und die jährlichen Kongresse gehören in den Terminkalender jedes Chirurgen/ Traumatologen in Europa, der mit Trauma und Notfallchirurgie in seinem Alltag konfrontiert ist.

Die Vergabe des 13. European Congress of Trauma and Emergency Surgery 2012 nach Basel ist in diesem Sinne eine grosse Ehre und birgt eine grosse Verantwortung gegenüber unseren europäischen Kollegen in sich. Es soll eine medizinisch hochstehende, sozial wichtige und kulturell unterhaltsame Veranstaltung in unserem Land werden – es wird viel Arbeit sein, die wir aber nur in Zusammenarbeit mit unseren medizinischen Partnern und Kollegen in unserem Land realisieren können.

Basel 29.5.08 (am SGC-Kongress)