

Belgisches Tagebuch

Vom Flugzeug aus ist es dann doch wieder nicht so hoch, wie es gestern abend ausgesehen hat, als wir staunend darunter standen und in den Nachthimmel schauten – das Atomium in Brüssel, wo das farewell dinner des 11. European Congress of Trauma and Emergency Surgery 2010 der ESTES stattfand.

3 Tage ganz im Bann von Trauma (viszeral und skeletal), Notfall und Katastrophen mit Referenten und Kongressteilnehmern aus 51 Ländern bis hin zu Japan und Indien. Rund 1300 waren es, die nach Brüssel kamen, um an diesen 3 Tagen zu berichten, zu zeigen und zu diskutieren. Es war (einmal mehr – siehe frühere Tagebücher) eine gelungene Mischung von verschiedenen Themen und auch von verschiedenen Ansichten: Hörte man von den Hilfsaktionen in Haiti, Einsätzen in Afghanistan und andern Brennpunkten auf der Welt, sah man die endomorphinen Augen der Referenten glänzen und hörte man zwischen den Zeilen das ganz persönliche Engagement (und auch die persönliche Risikobereitschaft), das zu solchen Einsätzen treibt und beflügelt, kam dann auch einmal der Punkt, wo der Bedarf an logistischen Aspekten solcher Aktionen gestillt war, und wo man dann gerne auch einmal die technischen Aspekte der dazugehörigen Osteosynthese beleuchtet haben möchte, wo man auch wissen möchte, ob die Laparoskopie wirklich ein Pfeil im chirurgischen Köcher bei penetrierenden Abdominalverletzungen ist, was genau beim Explosionstrauma des Thorax adäquate Massnahmen sind – dann wechselte man den Saal (und nicht den Kongress!) und widmete sich für den Rest des Vormittags diesen mehr manuellen Aspekten unseres chirurgischen Alltags. Und wenn dann die Rede auf die verschiedenen Qualitätskontrollen und auf die Trauma Registries kam, dann hinterfragte man sich in seinem burgunderroten Plüschstuhl des hochmodernen Kongressgebäudes „Square“ im Zentrum von Brüssel, ob sich eigentlich das eigene Tun mit den gezeigten Parametern und Richtlinien trifft.

Das ist es, was diese jährlichen ESTES Kongress spannend macht – die vielfältige Beleuchtung eines Themas, dessen Relevanz wir uns meist nur beschränkt in unserem eigenen Röhrenblicks des persönlichen Alltags bewusst sind (da zeigte ein Referent zum Satz „... es gibt aber auch andere, wichtigere Dinge im Leben“ ein Pendant zu Kate Moss und einen schwarzen Porsche). Wir brauchen diese zusätzlichen mondialen Aspekte (vielleicht) nicht oder nur ganz beschränkt – ein Einwand, der im schweizerischen Inseldenken durchaus Resonanz findet - aber als Bewohner einer Erde, die immer kleiner wird, weil wir immer schneller (und immer öfters) an Orte gelangen, wo früher halbe Weltreisen hingeführt haben (was dann beim Vulkanausbruch zur Erkenntnis geführt hat, dass es pro Tag 28'000 Flugbewegungen in Europa gibt), stört es nicht, gelegentlich einmal die eigene Relativität zu erfahren. Disaster and Military Surgery zeigt Photos von blood, sweat and tears (die musikalische Anspielung ist beabsichtigt) und schildert Situationen, die zum Teil ausserhalb unserer persönlichen Imagination liegen (und die Hörsäle sind voll), Education spricht von der Notwendigkeit und den verschiedenen Lehr- und Lernmöglichkeiten und des Trainings und Simulationen von solchen

Notfallsituationen, die Sektionen Visceral Trauma und Skeletal trauma and sports medicine demonstrieren dann in key note lectures, freien Beiträgen und Postersessions die aktuellen Trends und Neuigkeiten und sprechen von der Liebe fürs Details in der Abdominalchirurgie und in der Chirurgie des Bewegungsapparates, ab und zu bleibt es beim Aperitiv (Denkanstoss), ab und zu ist das Buffet reich beladen (dann liest man noch einmal die digitale Abstractsammlung) und ab und zu freut man sich auf die Süßigkeiten oder den hochkarätigen Grappa zum Schluss (dann besucht man die Industrieausstellung). Und wenn dann aus solchen Brandherden berichtet wird, dass die nicht-kriegerische und nicht-katastrophale Emergency surgery des akuten Abdomens, der komplexen Tibiakopffraktur und des Neuro- und Thoraxnotfalls auch in solchen Extremsituationen weiter existiert, dann ist man gedanklich schon wieder in der Mitternachtssituation des eigenen Alltag angekommen und überlegt sich, ob der Schenkelhals im regulären Opsprogramm nach dem Kongress nach der geplanten Cholecystectomy oder nach der inversen Schulterprothese (je nachdem, wo man beruflich wohnt) zuhause auch noch Platz hat.

Ein Wort zum Konglomerat ESTES: Man spürt in den jeweiligen Sitzungen noch den touch der EATES (eher weichteilorientiert), resp. ETS (eher skeletal), aber das Zusammenleben funktioniert gut.

Aufgefallen ist Folgendes in diesen Sitzungen (es ist einmal mehr – bei der Parallelität der 6-7 Sitzungen eine Sammlung von persönlichen Eindrücken und Einzelheiten) - in Klammern der entsprechende Hinweis auf die auf der website www.sgtv.org abrufbare abstract-sammlung:

- Allgemein: Nicht so selten werden die elektronischen Posters zwar angemeldet, der Autor fehlt aber in der dreiminütigen „öffentlichen“ Vorstellung, wahrscheinlich nicht das Problem der elektronischen Form, sondern ein generelles Problem der Poster-idee. Bei den Poster-sessions mehr Zuhörer bei Weichteil/ Viszeral-themen als skeletal, Präsentationszeit von 3 Minuten wird perfekt eingehalten. Diskussions-bereitschaft ist unterschiedlich.
- In Holland liegt die persönliche ambulante Betreuung in den Händen von speziell ausgebildeten fracture nurses. (PM044)
- In den arabischen Emiraten (um einen allgemeinen Terminus für diese ganze Region zu verwenden) gibt es wenig crimes (gunshots und stab wounds), dafür umso mehr road traffic accidents und das auch mitten in der Nacht, was etwas den Lebensstil der dortigen Bevölkerung widerspiegeln, meinte der Referent in der anschließenden Diskussion (PM041)
- Trauma registries: Thema füllt eine ganze Sitzung, auch ein Thema an der Sektions-sitzung „Skeletal Trauma and sports medicine“:

Das Polytrauma-registry in Deutschland zeigt (Vortrag Neugebauer): whole body CT nimmt zu, Zeitintervall bis zum Röntgen nimmt ab, Zeit auf der IPS nimmt ab, am meisten Polytrauma am Abend. Ziel der registries: Daten sammeln, analysieren, Trends und Veränderungen an die einzelnen Kliniken mitteilen.

In England: TARN

Trauma registry ist wichtig für Qualitätsmanagement, sollte ein europäisches Werkzeug werden.

- Laparoscopy in non-trauma emergencies:

Ulcus duodeni perf:

Mit omentum patch gut oder gar leicht bessere Resultate als in der offenen Technik.

„Gastric resection for perforated duodenal ulcer today in the heliobacter era is like pulmonary resection for pneumonia“!

Sigmadiverticulitis perf:

Hinchey I und II: percutaneous drainage und Antibiotika

Hinchey III: Laparoscopic lavage und drainage und Antibiotika. Später elective Sigmoidektomie (**das ist eine neue Therapieempfehlung!**)

Hinchey IV: Hartmann ev lap. oder offen

Acute biliary pathology:

Akute Pancreatitis: laparoscopic retroperitoneal necrosectomy, vorher percutaneous drainage

Akute Cholangitis: ERCP und sphincterotomy

Second look laparoscopy nach acute mesenteric ischemia: macht Sinn, mit 1-2 Trokar, Zeitpunkt: nach 24-72 Std, laparoscopy ist für Pat. weniger insult als offene second look laparotomy.

Zehenfrakturen: Aus Rotterdam. Da wissen wir eigentlich eher wenig darüber. Alle konservativ behandelt. Outcome gut, aber patient's satisfaction weniger überzeugend (PM061)

Metaphysäre prox. Tibiafrakturen: M. Mitkovic stellt seine dynamisierbare „internal fixator“ Platte vor. Entspricht einer Dynamisierung, wie wir sie von der Marknagelung her kennen, aber mit einer einfachen Platte. Bis jetzt 1300 Patienten, soon to be published. Wenn die Resultate gut belegt sind...

Laparoscopy in abdominal emergencies: Keynote von **S. Uranues**. Die Nahttechnik muss beherrscht werden. Blunt trauma führt zu mesenteric tears, bei penetrating trauma denke an Hohlorganverletzungen. Bei dilatiertem Darm (Ileus, Strangulation) muss Meso und nicht Darm mit den Faszangenen gefasst werden. Kontraindikation: Der instabile Patient. Bei unklaren Bildgebungsergebnissen ist die Laparoskopie eine gute Indikation bei hämodynamisch stabilem Patienten. Sie ermöglicht auch eine Dünndarmresektion durch eine Minilaparotomie bei exakter Lokalisation.

R. Latifi (T027): Laparoscopically-assisted mini-thoracotomy: A novel surgical technique for repair of diaphragmatic injuries. Laparoskopisch wird die Diaphragma-ruptur gesehen und lokalisiert. Über eine Minithorakotomie von 4cm kann dann die Naht des Diaphragmas quasi von kranial her vorgenommen werden, dann abschliessend wieder laparoskopische Kontrolle der Naht.

M. Zago (T028 und auch T029): Non-traumatic emergencies treated laparoscopically. Meist ist der Dünndarmileus durch Briden und Verwachsungen verursacht. Das Problem ist, laparoskopisch alle Briden zu sehen und zu lösen (Gefahr des incomplete treatment). Konversionsrate 30%. Immer Minilaparotomie für das Pneumoperitoneum. Vorteil der Laparoskopie ist auch (bei Umstieg) tailored laparotomy dank laparoscopy.

Generell: risk of adhesions nach Appendektomie (1%), nach Colonresektion 18%.

H. Kurihara (T031): Surgeon-performed ultrasound for acute appendicitis: Unnötige Appendektomie kostet in Holland 2700Euro. US ist the "new stethoscop". CT ist diagnostisch zwar sicherer, aber risk of radiation.

Surgical treatment of shoulder injuries

HJ Oestern: Claviculafrakturen – a change of treatment? Overlapping von >15% oder 2 cm eine Op-indikation. Non union risk bei komplexen und dislozierten Frakturen. Die konservativen Resultate sind nicht immer so gut as presumed. Indikation für ESIN: Shortening von >7%. Plattenosteosynthese durch vertikalen Zugang, weniger numbness.. Clavicula Cochrane: risk of non-union konservativ: 5.9%, bei dislozierten Frakturen 15%. Ergo bei dislozierten 2-Fragmentfrakturen Indikation für ESIN, bei Mehrfragmentfrakturen für Platte.

S. Lambert: AC joint disruption. Es ist ein compression-distraction injury. Beachte die vertikale und horizontale Instabilität. Fixation mit hook-plate und zusätzlicher „Bosworth-schraube“, die kommt nach 6 Wochen weg, ME Platte nach 13 Wochen.

S. Nijs: Proximale Humerusfraktur. Zu berücksichtigen: Vaskularität, bone stock und Frakturtyp. Surgical neck: nail, tubercula allenfalls suture. Anatomical neck und C-Frakturen: Platte. Bei medialer Trümmerzone: Humerus einstauchen und verkürzen.

Sport injuries of lower extremity: wenig Leute (letzte Sitzungen des Kongresses)

H. Zwipp: Overuse syndrome of the foot. MT V Basis: Lopresti slipper und als Schraube ein Herbertscrew-äquivalent. Bei Talusfrakturen ev. medialer und lateraler Zugang nötig. Multiple Mittelfussfrakturen sind high energy trauma. Bei Lisfranc-luxationen: StressBV: Man sieht das Gelenk „aufgehen“.

D. Heim: Muscle and tendon injuries. Einwurf Marzi bei postop Procedere nach Quadricepssehennaht: Mit Orthese: 0-30° 2 Wo, dann 0-60° 2 Wo, dann 0-90° für 2 Wochen, aber Abrollbelastung.

A. Gänsslen: Hip und pelvis. Sport hernia DD osteitis pubis. Stressfrakturen des Schenkelhalses: MRI, Frakturen kranial sind unstable, ad Op.

A. Verdonk: Chondral lesions knee und ankle. Mosaic plasty 90% gute Resultate (bleiben gut) vs microfracture 50%. Der ideale Patient für mosaic plasty: 35-40j, nicht adipös, moderat sportlich.

...

Der Kongress endet mit einer schlichten closing ceremony (leider mit mässiger Beteiligung), die nächsten ESTES Kongresse in Milano 2011(länger) und Basel 2012 (kürzer) werden vorgestellt. Der Hirtenstab der ESTES (Präsidentenstab) wird von Prof. Pol Rommens an Prof. Abe Fingerhut, France, übergeben.

Und am Abend findet dann das Farewell Dinner im Atomium statt. Damit ist der Kreis des Kongresses (und dieses Berichtes) geschlossen. Es war - wie immer - ein perfekt organisierter Anlass (Mondial Congress Organisation, Wien), die Teilnehmerzahl war mässig, man erwartet in den kommenden Jahren eine Zunahme (die Kongresspräsidenten sind gefordert), die elektronische Posterpräsentation (eigentlich ein gutes Kommunikationsmedium, aber etwas steril und der Kontaktaufnahme unter den Kongressteilnehmern wenig förderlich) ist zu reevaluiieren, in Milano 2011 ist ein konventionelles Plakat-Poster-Programm geplant, und in Basel 2012? Die Aussteller (dieses Jahr skelett-orientiert) bekunden Interesse, ihre Präsenz auszubauen – ohne Sponsoren keine Kongresse! Die Oeffentlichkeit von Brüssel nahm wenig Notiz von diesem europäischen Kongress. Brüssel ist europagesättigt und europageeicht, und doch war Brüssel der geeignete Ort für diesen europäischen Anlass, Brüssel ist (etwas) Europa.

Der europäische Gedanke, der durch die Fusion EATES und ETS, noch verstärkt wurde, lebt. Die Interaktion zwischen den Ländern existiert, die logistischen und infrastrukturellen Unterschiede innerhalb Europas werden deutlich, sind Anlass zur Diskussion und Absicht zur Verbesserung der Behandlungsqualität. ESTES-Kongresse zeigen auch die Notwendigkeit des breit ausgebildeten Allgemeinchirurgen, zeigen die Schwächen des organ-orientierten Chirurgen in der komplexen Trauma- und Notfallsituation. ESTES Kongresse sind auch ein Ort der persönlichen Begegnung (im noch überschaubaren Rahmen), ein Ort, wo Freundschaften gepflegt und auf- und ausgebaut werden können. ESTES Kongresse sind nötig, für alle von uns – gehen wir 2011 nach Milano „feeding brains- training for life“ und 2012 nach Basel „many ways – one goal“. It's a must!

Dominik Heim, auf dem Rückweg vom ESTES Kongress in Brüssel und vom 4. Wachauer Symposium (der Zug von Wien hat Verspätung, das ist auch europäisch, und schweizerisch? – der Gedanke der Qualität auch im öffentlichen Sektor).

14. Juni 2010