



AIOD aktuell

Gesellschaft für Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Entwicklung in der Unfallchirurgie und Orthopädie

Die Themen

TITELTHEMA

- Wer war Carl Hansmann?

KONGRESS- UND KURSBERICHTE

- Annual Meeting und Leadershipforum der OTC Foundation in Berlin vom 20. bis 22. Juni 2012
- 1. Operationskurs der Wirbelsäulen-sektion der AIOD Deutschland, 28. bis 29. Juni 2012

NACHGELESEN

- Regionalanaesthetie reduziert Komplikationen und Mortalität bei der Versorgung von Schenkelhalsfrakturen
- Hüftendoprothetik – Vergleich minimal-invasiv/konventionelle Versorgung

KONGRESSKALENDER


IMPRESSUM



Save the Date

 **19.–21. September 2012 · Gießen**
29. Handkurs

 **30. September–05. Oktober 2012 · Sylt**
Inselkurs der AIOD, Herbstkurs

 **25. Oktober 2012 · Berlin**
AIOD Mitgliederversammlung
im Rahmen des DKOU

→ Informationen unter:
www.aiod-deutschland.de



Abb. 1

Wer war Carl Hansmann?

Carl Hansmann gilt als einer der Erfinder der Plattenosteosynthese. Auch die Prinzipien der Winkelstabilität wurden von ihm schon erkannt.

Hansmann stammte aus Holzhausen bei Kassel, wo er 1852 geboren ist. Er wuchs im Dorf auf und besuchte das Gymnasium in Gießen. Medizinstudium in Marburg und Würzburg, danach 1880 Promotion bei Bollinger in München.

Ab 1883 war er Assistent bei Schede in Hamburg – St. Georg. Nachdem er 21 Frakturen mittels der von ihm entwickelten Plattenosteosynthese behandelt hatte, stellt er das Verfahren 1886 auf dem Chirurgenkongress in Berlin vor. Als Vorzüge seines neuen Verfahrens gibt er an:

- sie ist leichter durchführbar als die Knochennaht
- Periost und Knochen werden bei der Operation weniger geschädigt als bei der Knochennaht.
- Die Stabilität ist zumindest genau so gut
- Die Entfernung der Platte ist ohne zusätzlichen größeren Eingriff leicht möglich.

Der Pionier und Erfinder der Plattenosteosynthese hat in seiner Veröffentlichung 1886 schon an die Winkelstabilität gedacht, indem er die Kontaktstelle zwischen Schraubenkopf und Platte flächenhaft gestaltet hat (siehe Pfeile Abb. 2).

Im Jahr darauf verließ er Hamburg und ging nach Buenos Aires, wo er am dortigen Hospital Aleman gemeinsam mit Dr. Beeck arbeitete. Im Jahre 1892 kehrte er nach Deutschland zurück und wurde leitender Arzt am Knappschaftslazarett in Völklingen-Saar. Wegen eines Rückenleidens wurde er 1907 vorzeitig in den Ruhestand versetzt. Er zieht sich nach Montigny bei Metz zurück, wo er während des Krieges 14/18 nochmals ein Feldlazarett leitet. Hansmann stirbt 1918 und ist in Montigny-les-Metz beerdigt.

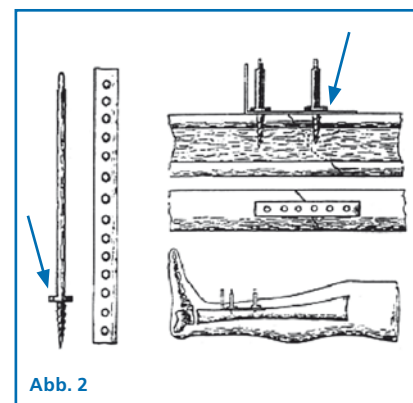


Abb. 2

→ **Literatur:** Wolter D, Schümann U, Seide K (1999): *Universeller Titan-Fixateur Interne*, Trauma Berufskrankh (1999) 1:307-319, Springer, Berlin, Heidelberg, New York
Povacz F.: *Geschichte der Unfallchirurgie*, 2. Auflage 2007, Springer Verlag Berlin

KONGRESS- UND KURSBERICHTE

Annual Meeting und Leadershipforum der OTC Foundation in Berlin vom 20. bis 22. Juni 2012

Trotz der Schließung des Büros der OTCF in Bern fand das vor einem Jahr geplante Jahrestreffen der Präsidenten der Länderorganisationen der OTC bzw. AIOD in Berlin statt. Es wurde organisiert vom „Board of Trustees“ mit Unterstützung der AIOD Deutschland. Die Kommission für Wissenschaft und Forschung der OTCF tagte ebenfalls am 20.6.2012 in Berlin.

Mit großer Zufriedenheit berichteten die Mitglieder über die erfolgreiche Arbeit der Kommission. Die vorgetragenen Projekte sind in einem Buch zusammengefasst worden, das an die Mitglieder des Forums verteilt wurde.

Am Vormittag des nächsten Tages versammelten sich die Vertreter der einzelnen Länderorganisationen. Hauptthemen waren die Finanzierung der Chapter und die Arbeit in ihren Ländern. Es ergab sich, dass die Möglichkeiten der verschiedenen Länder sehr unterschiedlich sind, bei einigen Ländern sogar katastrophal gering. Alle hatten sich ein deutlich größeres Engagement der OTCF hinsichtlich der finanziellen Unterstützung der Länder versprochen. Die Delegierten wurden nach den Zielen ihrer Arbeit und der Aufgabe der OTCF befragt. Die Aussagen waren sehr einheitlich. Ganz im Vordergrund stand die Verantwortung für die Aus- und Weiterbildung des Pflegepersonals und der Ärzte. Hier müssen Defizite dringend aufgefüllt werden und dies sei ohne finanzielle Unterstützung nicht möglich. An zweiter Stelle standen die Bildung eines globalen Netzwerkes zum Austausch der ärztlichen Mitarbeiter und die Möglichkeit der Hospitation in einer Spezialklinik weltweit. Grundsätzlich stimmten die Verantwortlichen der OTCF diesen Zielen zu, sahen aber keine Chance, diese finanziell abzudecken. Hierfür sollen die Chapter aufgerufen werden, sich zusätzlich an die lokale Strykerorganisation oder an andere Sponsoren zu wenden. Ein weitergehender Beschluss wurde nicht gefasst.

Das fachlich-wissenschaftliche Programm für den Donnerstag nachmittag und den Freitagvormittag hat Prof. Bühren, Murnau, zusammengestellt. Die erste Sitzung befasste sich mit den Frakturen des Ellbogengelenkes. Anschließend wurden Problemfälle und schwierige Versorgungen an **der oberen Extremität** demonstriert und diskutiert. Am nächsten Vormittag wurde die Highlights der Traumaversorgung und Forschung aus berufenem Munde vorgetragen (Bühren, Taglang, Schnettler, Franke, Patka). Zum Abschluss wurde aus dem Bereich **der unteren Extremitäten** zum Thema „Mein schwierigster Fall“ berichtet. Während die wissenschaftlichen Sitzungen hervorragend vorbereitet waren, sind die Delegierten in Hinblick der Verwirklichung ihrer vorgeschlagenen Ziele sehr unbefriedigt nach Hause gefahren.



KONGRESS- UND KURSBERICHTE

1. Operationskurs der Wirbelsäulensektion der AIOD Deutschland, 28. bis 29. Juni 2012

Seit 2006 richtet die Wirbelsäulensektion der AIOD jährlich ein internationales Spine-Symposium aus, in dem sowohl die Neurochirurgen, Unfallchirurgen und Orthopäden gemeinsam die Thematik der degenerativen, traumatischen, tumorösen und infektiösen Indikationen zu korrigierenden und stabilisierenden Eingriffen an der Wirbelsäule darstellen und diskutieren.

Eine logische Ergänzung zu diesen Symposien war die Idee einen Hands-on Workshop mit Humanpräparaten zu etablieren, um die inzwischen sehr anspruchsvollen minimal-invasiven dorsalen Techniken der Wirbelsäulenstabilisation und funktionserhaltenden Operationen wirklichkeitsnah zu üben. Diese Techniken der Stabilisation sind insbesondere an der thorakolumbalen Wirbelsäule schon fest etabliert.

Die Zugänge zur oberen und unteren HWS erfordern, in Übereinstimmung mit vielen anderen hochspezialisierten Kollegen, Schulungsbedarf, wobei die besondere Anatomie der oberen HWS im Vergleich zur unteren HWS und der oberen BWS einer noch intensiveren technischen Schulung bedarf als in anderen anatomischen Wirbelsäulenregionen.

Mit Unterstützung des rechtsmedizinischen Institutes der Hamburger Universitätsklinik unter der Leitung von Herrn Prof. Püschel, haben wir ein erfahrenes Team, zusammen mit PD Dr. Nils Hansen-Algenstedt und PD Dr. R. Kothe gewinnen können, um ein Programm zu entwickeln, welches bei den Erwartungen der Teilnehmer keine Wünsche offen ließ.

Der Kurs war von Anfang an auf 25 Teilnehmer limitiert. Dieses Kontingent war schnell während der Anmeldefrist ausgeschöpft. Organisatorisch war der Donnerstag der theoretischen Übersicht der Techniken gewidmet. Nach Darstellung aller dorsaler Techniken sind neben der funktionserhaltenden Open-door Laminoplastie insbesondere die Massa-lateralis-Schrauben, die zervikalen Pedikelschrauben, die thorakalen Pedikelschrauben, die verschiedenen Techniken der C 1/2 Stabilisation und die Rekonstruktion der ventralen Säule gezeigt worden.

Ein gemeinsames Essen mit lebhafter Diskussion rundete den ersten Tag ab.



Hamburg · 28. – 29.06.2012

Der Freitag war von morgens bis abends der Arbeit an den Humanpräparaten gewidmet, wobei auch Navigation und Neuromonitoring demonstriert worden sind. Insbesondere die Laminoplastietechniken und die transpedikulären Schraubentechniken an der Halswirbelsäule sind intensiv geübt worden, was in der Evaluation durch die Teilnehmer als sehr instruktiv und perfekt bewertet worden ist, da 5 Tische mit je 4 Teilnehmern und 2 Instruktoren besetzt waren.

Die große Zustimmung und die Ergebnisse der Evaluation sind mit Sicherheit die besten Voraussetzungen für einem Wiederholungskurs im nächsten Jahr.



NACHGELESEN

Regionalanaesthetie reduziert Komplikationen und Mortalität bei der Versorgung von Schenkelhalsfrakturen

Der Einsatz der Regionalanaesthetie gegenüber der Vollnarkose war mit einer signifikanten Reduktion schwerer pulmonaler Komplikationen und Todesfällen bei Patienten nach Schenkelhalsoperationen verbunden, laut einer Studie über mehr als 18000 Patienten.

„Die Schenkelhalsfraktur ist ein häufiges und kostspieliges Ereignis bei älteren Menschen“ stellt der Hauptautor der Studie Mark D. Neumann in einer Pressemitteilung der Med. Fakultät der Universität von Pennsylvania fest. „Einer von fünf Patienten mit einer Schenkelhalsfraktur stirbt innerhalb eines Jahres nach der Verletzung. Es besteht ein dringender Bedarf sowohl der Patienten wie der Ärzte einer besseren Information, um die Entscheidung über die Anaesthetie bei Operationen der Schen-

kelhalsfraktur zu erleichtern, dagegen gibt es nur sehr wenige große Beobachtungsstudien in der Allgemeinbevölkerung, die diese Frage geprüft haben.“ Laut dem Abstrakt der Studie untersuchten die Autoren eine Kohorte von Patienten aus 126 Krankenhäusern in New York, die sich einer Operation einer Schenkelhalsfraktur in den Jahren 2007 und 2008 unterzogen haben. Bei der Verwendung der Regional- und Allgemeinanaesthetie wurden die stationäre primäre Mortalität und die späteren sekundären pulmonalen und kardiovaskulären Komplikationen untersucht.

Die Autoren berichten über 18158 Patienten, davon erhielten 5254 (29 %) eine Regionalanaesthetie. Die intra- und postoperative Mortalität stationär be-

trug 2,4 % (435 Patienten). Die Wahrscheinlichkeit der Mortalität war um 29 % bei der Regionalanaesthetie geringer als bei der Allgemeinanaesthetie. Auch die Wahrscheinlichkeit der pulmonalen Komplikationen konnte nach den Autoren um 24 % gesenkt werden bei der Verwendung der Regionalanaesthetie. Die Autoren fassten zusammen, dass auch die Patienten mit intertrochanteren Frakturen bei der Versorgung in Regionalanaesthetie in ähnlicher Weise profitieren könnten.

➔ **Ref.:** Neumann MD, Silber HJ, Elkassabany MN, et al.

Comparative effectiveness of regional versus general anesthesia for hip fracture surgery for adults.

Anesthesiology. 2012. doi:10.1097/ALN.0b013e3182545e7c

Hüftendoprothetik – Vergleich minimalinvasiv/konventionelle Versorgung

Das Ziel dieser Metaanalyse war zu untersuchen, ob der minimalinvasive Zugang für die TEP dem konventionellen Zugang in Hinblick auf die postoperativen Komplikationen überlegen ist. Angewandt wurden der Harris-Hip-Score und Western Ontario and Mc Master Universities Arthritis Index (WOMAC) Score. Randomisierte, kontrollierte Studien zu dem Vergleich wurden ausgewertet. Die methodische Qualität der einzelnen Studien wurde an Hand der Physiotherapie Evidenz Datenbank (PEDro) Skala beurteilt (Centre for Evidence-based Physiotherapy, the George Institute for

Global Health, New South Wales, Australia). Die Einstufung der Qualität der Evidenz wurde nach den vorliegenden Bewertungskriterien durchgeführt. Vierzehn Studien mit 1254 Patienten (1329 TEP) waren in die Metaanalyse eingeschlossen, 659 minimalinvasive Eingriffe (mittleres Patientenalter 63,9 Jahre), 670 konventionelle Eingriffe (mittleres Patientenalter 65 Jahre). Ein Querschnittszeichnung (Funnel Plot) der postoperativen Komplikationen zeigte, dass eine leichte Publikationsvoreingenommenheit in der Studie bestand. Nach der Metaanalyse wurden keine statistisch signifikanten

Differenzen bei den Komplikationen bis zu 3 Jahre postoperative beobachtet. Dies trifft sowohl für Harris-Hip-Score über 2 Jahre als auch für den WOMAC-Score über sechs Wochen zu. Daher ist die minimalinvasive TEP gegenüber der herkömmlichen TEP in der frühen postoperativen Erholung, der Hüftfunktion und der Komplikationsrate der herkömmlichen TEP nicht überlegen.

➔ **Ref.:** Ning Li MD, Yu Deng MD, Liaobin Chen, MD PhD

Orthopedics, August 2012, Volume 35, Issue 8:e1152-e115

KONGRESSKALENDER

SEPTEMBER

06.09.–07.09. Berlin OP-Workshop für OP-Personal

19.09.–21.09. Gießen 29. Handkurs

30.09.–05.10. Sylt Inselkurs der AIOD, Herbstkurs

OKTOBER

23.10.–26.10. Berlin DKOU

Impressum

AIOD Deutschland e.V.

Ronsdorfer Straße 74 · Gebäude 18

40233 Düsseldorf

Fon: +49211 698219-25

Fax: +49211 698219-60

info@aiod-deutschland.de

www.aiod-deutschland.de

Redaktion: Dr. Jörg Franke · Dr. Wolfgang Roth · Dr. Kord Westermann

Layout: NEWTON 21 GmbH