

11. Geraer Symposium für Ambulante Chirurgie

Immer mehr Chirurgen favorisieren die personalisierte Medizin

Konservative vs. operative Therapie in Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie und die Situation der medizinischen Versorgung in Nepal nach der Naturkatastrophe waren die Themen des 11. Geraer Symposiums „Ambulante Chirurgie“ am 19. März 2016, zu dem der Tagungsleiter Dr. Matthias Hager 96 Teilnehmer begrüßte.

Von Dr. Matthias Hager

Lars Bischoff, Orthopädische Klinik Eisenberg, sprach über die Rotatorenmanschettenruptur. Als Ursachen hierfür gelten Trauma, chronisches Impingement, repetitives Mikrotrauma, Minderperfusion bestimmter Sehnenanteile, Degeneration, Hypercholesterinämie, Rauchen und genetische Disposition. Sie äußert sich durch Schmerzen, Kraftverlust und Bewegungseinschränkung. Die Diagnostik erfolgt durch Anamnese, klinische Untersuchung und Bildgebung. Es gibt keine „Selbstheilung“. Vielmehr werden asymptomatische Komplettrupturen irgendwann symptomatisch, symptomatische Komplettrupturen werden größer. Je größer die Ruptur, desto stärker die Symptomatik. Weniger als die Hälfte der symptomatischen Partialläsionen migrieren zu Komplettrupturen. Die Progression der Ruptur ist abhängig von Alter, fettiger Degeneration, Arbeitsbelastung und dominanter Seite. Die konservative Behandlung erfolgt durch NSAR, Injektionen und Physiotherapie und erzielt laut Literatur Erfolgsraten zwischen 33 bis 92 Prozent. Die Progredienz der Ruptur lässt sich konservativ nicht stoppen. Die operative Therapie besteht in der Rekonstruktion der Rotatorenmanschette, welche die Schulterfunktion und Kraft verbessert. Es stehen offene und arthroskopische Verfahren zur Verfügung, die eine langwierige Nachbehandlung erfordern. Allerdings liegt die Rerupturrate bei 27 Prozent nach zwei Jahren. Fazit: Die Behandlung muss individuell geplant werden, abhängig von Aktivitätsniveau, Anspruch und Alter. „Messer ist nicht immer besser“ war das Resümee des Referenten.

» Die Behandlung der Rotatorenmanschettenruptur muss individuell geplant werden, abhängig von Aktivitätsniveau, Anspruch und Alter des Patienten. Messer ist nicht immer besser.«

Lars Bischoff

Dr. Veronika Vollstädt, Orthopädin aus Auerbach/Vogtland, berichtete über aktuelle Therapieoptionen bei „Tennis- und Golferellenbogen“. Es handelt sich dabei um einen erworbenen, schmerzhaften Reizzustand der Sehnenansätze von Muskeln des Unterarms, die an den beiden Knochenvorsprüngen oberhalb des Epicondylus am distalen Teil des Oberarmknochens entspringen. Sie entsteht durch Überbeanspruchung, mit Degeneration im Ansatzbereich der an den Epicondylen entspringenden Muskulatur. Hierbei bildet sich degeneratives Granulationsgewebe.

Ursache sind Arbeiten mit Werkzeug und Sport aller Leistungsstufen. Bei der Anamnese sind Beschwerdedauer, Händigkeit (oft ist die Gegenseite der Gebrauchshand betroffen), berufliche Exposition, (saisonale) Überbelastung und Traumata zu erfragen. Bei der klinischen Untersuchung sind Palpation, Provokationstests, Bewegungsausmaß und Stabilitätsprüfung wichtig. Zur apparativen Diagnostik gehören Sonografie, Röntgen und ggf. ein MRT. Differenzialdiagnostisch müssen ein Cervicobrachialsyndrom, lokale Entzündungsprozesse, Tumoren und Nervenkompressionssyndrome ausgeschlossen werden. Therapeutisch stehen gezielte Physiotherapie, die „Epicondylitis-spange“, die extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT), Infiltrationen mit Lokalanästhetika (vor Kortikosteroiden hingegen wird gewarnt!), Röntgenreizbestrahlung und ggf. Ruhigstellung zur Verfügung. Eine Operation ist nur bei konservativen Therapieversagen nach frühestens sechs bis neun Monaten indiziert. Prognostisch limitieren sich die Verläufe nach ein bis zwei Jahren selbst. Rezidive nach der OP in Hohmann-Technik sind nicht selten. Die Referentin wies darauf hin, dass seit der Einführung der ESWT (keine Kassenleistung!) in ihrer Praxis kein Patient mehr operiert werden musste.

Dr. Carsten Dorow, niedergelassener Handchirurg aus Kahla, sprach über den „Skidaumen“ (besser: ligamentäre Verletzung des ulnaren Daumengrundgelenkes). Die Verletzung entsteht durch die forcierte palmare Abduktion des Daumens, die zur ulnaren Seitenbandläsion führt. 1,2 Prozent der Skiverletzungen betreffen den Daumen, aber bei vielen anderen Sportarten, die mit einer gewissen Sturzhäufigkeit verbunden sind, kommt diese Verletzung vor. Die Diagnose wird durch die klinische Untersuchung, Röntgen in zwei Ebenen (gehaltene Aufnahmen), ggf. Sonografie und auch MRT gestellt. Die Symptome sind Schwellung, Druckschmerz und ulnare Aufklappbarkeit. Ein Seitenvergleich ist unabdingbar. 40 bis 60 Prozent der konservativ behandelten ulnaren Bandrupturen werden nicht stabil! Entscheidungskriterien zur Operation sind Aufklappbarkeit in Streckstellung >35°, eine Differenz

der Aufklappbarkeit im Vergleich zur Gegenseite von $>15^\circ$, ein palpatorisch nachweisbares Knötchen am ulnaren Bandansatz, eine Differenz in Streckung und 30° Beugung von $<20^\circ$, ein fehlender Bandanschlag, eine palmare Translation der Grundphalanx von $>3\text{mm}$, ein radiologisch nachweisbares rotiertes knöchernes Basisfragment und die „Stener-Läsion“. Bei der akuten Verletzung ist unabhängig von der Art der Therapie eine Retention von vier bis sechs Wochen erforderlich. Das Band ist nach zehn bis zwölf Wochen stabil. Chronische Schädigungen fallen bei fehlendem Trauma durch einen schmerzhaften und instabilen Gegengriff des Daumens auf. Eine Bandplastik wird in Abhängigkeit des Ausmaßes der ulnaren Instabilität unter Berücksichtigung der Arthrose des Daumengrundgelenkes und der Nachbargelenke empfohlen, ebenso wenn der Patientenwunsch den Erhalt der Beweglichkeit wünscht (z.B. Sportler, Musiker). Eine Arthrodesse wird bei Arthrose des Daumengrundgelenkes mit einer natürlichen Beweglichkeit unter 30° Flexion im Vergleich zur Gegenseite und lang anhaltendem Schmerz im Daumengrundgelenk erforderlich.

Beatrice Schell, Oberärztin aus der Hautklinik des SRH Waldklinikum Gera, erläuterte das Vorgehen bei Narbenkorrekturen. Störungen im Ablauf der physiologischen Narbenbildung führen zu hypertrophen Narben oder Keloiden. Hypertrophe Narben sind häufig, beschränken sich auf den ursprünglichen Verletzungsbereich und treten innerhalb der ersten sechs Monate auf. Der vollständige Reifungsprozess kann bis zu zwei Jahren dauern. Sie bilden sich oft spontan zurück, verursachen häufig Pruritus und Schmerzen. Keloide überschreiten den Rand der ursprünglichen Wunde, kommen selten vor und treten erst nach sechs Monaten auf. Prädispositionsstellen sind Ohren, Sternum, Schultern und Nacken. Die Rezidivquote nach Exzision eines Keloids beträgt nahezu 100 Prozent. Therapeutisch stehen Kryotherapie, Glukokortikosteroide, Druckbehandlung, Silikon, Strahlentherapie, Zwiebelextrakt, 5-Fluorouracil, Laser und Operation zu Verfügung. Kombinationen sind oft unerlässlich, vor allem bei operativer Narbenbehandlung. Die beste Therapie ist die Prophylaxe: Vermeidung unnötiger Wunden bei zu Narben neigenden Personen, Anwendung gewebeschonender chirurgischer Techniken, wie Inzision in Hautspaltlinien, atraumatische Wundrandbehandlung (Pinzette!) sowie Minimierung der Zugspannung durch ausreichende Unterminierung, spannungsfreie Plastik, mehrschichtige Naht und sorgfältige Wundpflege.

» Die beste Narbentherapie ist die Prophylaxe: Vermeidung unnötiger Wunden, gewebeschonende chirurgische Techniken, Minimierung der Zugspannung bei der Naht und sorgfältige Wundpflege. «

Beatrice Schell

Dr. Thomas Melchert, Chirurgische Gemeinschaftspraxis Gera, sprach über Therapieoptionen beim Leistenschmerz. Die muskulo-skeletale Anatomie des vorderen Beckens ist kompliziert, jede Fachrichtung (Orthopädie, Chirurgie, Urologie, Gynäkologie...) sucht hier nach eigenen Begründungen. Differenziert werden muss zumindest nach Geschlecht, Sportlichkeit, Voroperationen und Alter. Hüftgelenk, Symphyse, umliegende Muskulatur, Wirbelsäule, Abdomen und letztendlich alle Körper-

Dr. Matthias Hager

Verein zur Förderung der Ambulanten Chirurgie e.V., c/o Chirurgische Gemeinschaftspraxis Gera
Schmelzhüttenstraße 4
07545 Gera
Tel.: 0365 8301560
Fax: 0365 8301561
chirurgieverein-gera@gmx.de
www.chirurgieverein-gera.de



Foto: Hager

regionen können zum Leistenschmerz beitragen. Die Diagnostik besteht aus Anamnese, klinischer Untersuchung und Labordiagnostik. Schmerzanamnestisch müssen Adduktorenansatzentendinose, Hüftgelenkspathologien, Osteitis pubis, Hernien und „Sportlerleiste“ multidisziplinär eruiert werden, Gerätediagnostisch helfen Röntgen, MRT und die Sonografie weiter. Die konservative Therapie besteht neben der Behandlung einer ggf. vorhandenen Grunderkrankung oder Korrektur der Lebensführung in inflammatorischer Medikation, lokalen Injektionen und physiotherapeutischen Programmen. Die operative Therapie mit u.a. Fasziendopplung, Neurolyse, Neurektomie und Symphysenstabilisierung sollte Zentren vorbehalten bleiben. „Otto Normalverbraucher“ kann keinesfalls mit Leistungssportlern verglichen werden. Der Leistenschmerz ist ein komplexes Krankheitsbild, bei dem die konservative Therapie ausgereizt werden muss und die operative Therapie nur sehr zurückhaltend in Anspruch zu nehmen ist.

Dr. Andreas Schubert, ebenfalls Chirurgische Gemeinschaftspraxis Gera, stellte Probleme bei der Therapie der vorderen Kreuzbandruptur dar. Patienten erwarten, keine Schmerzen mehr zu haben, wieder Fußball spielen oder Ski fahren zu können oder weiter z.B. als Dachdecker zu arbeiten. Der Arzt wiederum will Schmerzfreiheit erreichen, Beweglichkeit und Stabilität wieder herstellen und eine Arthrose verhindern. Als Parameter zur individuellen Therapieplanung gelten Schmerzen, Begleitverletzungen, Alter, Beruf, sportliche Aktivität, vorbestehende Arthrose, Körpergewicht, Voroperationen, Achsenstellung, vegetative Konstitution und System- und Vorerkrankungen. Indikationen zum konservativen Vorgehen sind eine Partialruptur ohne subjektive Instabilität, isolierte Komplettruptur ohne subjektive Instabilität und ohne Begleitsymptomatik, unrealistische Erwartungshaltung bei arthrotischen Veränderungen und allgemeine Kontraindikationen zu einer OP. Sie besteht in Behandlung der Akutsymptomatik (PECH), Senkung des Aktivitätslevels (Rad, Laufen, Walking, Wasser), Propriozeptionstraining, Schienenbehandlung und regelmäßigen klinischen Kontrollen. Die Ziele der operativen Therapie sind Verbesserung der Stabilität, Schutz der Menisken und Vermeidung von Knorpelschäden. Indikationen zur OP sind subjektive Instabilität, junges Alter, Hochleistungssport, Herstellen eines stabilen Knies für den Beruf, Begleitinstabilität, zusätzliche Meniskusverletzung und ein chronischer Erguss. ▶

Dr. Jörg Hackenberger, Oberarzt aus dem SRH Waldklinikum Gera, beleuchtete die Therapieoptionen bei Patellaluxationen, deren traumatische Form zwei bis drei Prozent aller Knieverletzungen ausmacht und vorwiegend Jugendliche sowie junge Erwachsene betrifft. In den 1970-er Jahren überwog die operative Therapie mit geringen Relaxationsraten, bescherte in den 10-Jahres-Nachuntersuchungen aber hohen Arthrose-raten. Heute wird akuttherapeutisch sofort schonend reponiert und gekühlt. Auf eine OP sprechen chondrale und osteochondrale Frakturen, nicht reponible Luxationen und Befunde mit ausgedehnten medialen Weichteilschäden gut an. Gegen eine OP spricht die hohe Relaxationstendenz bei Kindern und Jugendlichen trotz OP. Gravierende Komplikationen treten nur nach OP auf, die Rate an patellofemorale Arthrosen ist höher. Eine konservative Therapie mit strukturierter Physiotherapie kann das Aktivitätsniveau vollständig wiederherstellen. Bei der chronischen Patellaluxation besteht eine OP-Indikation bei rezidivierenden Luxationen und erfolgloser konservativer Therapie.

» Bei Verletzungen der Sprunggelenkbänder besteht allenfalls bei Mehrbandverletzungen beim Sportler eine Indikation zur Operation. Allerdings gibt es hierüber keinen Konsens.«

Dr. Andreas Wagner

Dr. Andreas Wagner, Oberarzt der Orthopädischen Klinik in Eisenberg, referierte über die Verletzungen von Sprunggelenkbändern. Bei den OSG-Bandverletzungen handelt es sich um Außen- und Innenband-

verletzungen, sowie um die des Syndesmosenbandes. Die Sofortbehandlung richtet sich nach dem RICE-Schema (Rest, Ice, Compression, Elevation). Die Therapie der Außenbandruptur (Supinationsverletzung) erfolgt stadienabhängig konservativ mit Orthesen, bei höhergradigen auch kurzzeitig im Gips. Dazu gehören auch Analgesie, Thromboseprophylaxe, gegebenenfalls Punktion, Kompressionsstrumpf, Stabil-schuh, Tape, Physiotherapie, Reha, Propriozeptionstraining etc. Eine OP-Indikation besteht allenfalls bei Mehrbandverletzungen beim Sportler. Darüber gibt es aber keinen Konsens. Die Innenbandverletzung entsteht durch ein Pronationstrauma und ist oft eine Kombinationsverletzung mit Frakturen, intraartikulärer Verletzung und Syndesmosenruptur. Die Diagnose wird durch Anamnese des Unfallhergangs und den Valgusstresstest gestellt. Die Syndesmosenruptur ist eine Supinations- oder Eversionsverletzung, die meist in Kombination mit Frakturen und Deltabandrupturen auftritt. Eine konservative Behandlung von Bandverletzungen ist häufig, möglich, die Ergebnisse bei konsequenter Therapie sind gut. Begleitverletzungen sind ebenfalls häufig, werden aber häufig übersehen. Wenn eine OP notwendig ist, stehen als Verfahren Nahtverfahren, Stellschraube, Periostlappenplastik und Sehnenplastik zur Verfügung.

Medizinische Versorgung in Nepal: Von katastrophalen organisatorischen Verhältnissen und einem genialen Wasserfilter

Die Nachmittagssitzung widmete sich der medizinischen Versorgung in Nepal nach der Naturkatastrophe, die zum Zeitpunkt des Symposiums längst aus den Schlagzeilen verschwunden war. Die Situation in dem kleinen Land hat sich aber nicht wesentlich verbessert. Daher wollten wir die medizinische Versorgung und die gesellschaftlichen Umstände erklären und zur aktiven Hilfe anregen.

Dr. rer. medic. Pushpa Joshi arbeitet als Wissenschaftler im Muskellabor der Universität Halle. Er gab zur Einführung einen Einblick in die Geschichte, Geografie, Politik und in die aktuelle Situation seines Heimatlandes. Dr. Arne Drews, Lungenarzt aus Grimma, ist Vorsitzender des Vereins Nepalmed e.V. Er engagiert sich intensiv seit vielen Jahren in Nepal insbesondere für das Mountain Hospital Amppipal in der Provinz Gorkha. Es gibt in Nepal keine Krankenversicherung. Behandlungen sind oft unbezahlbar. Die Versorgung mit Medikamenten ist ungesichert. Die insgesamt 350 Erdbeben haben die an sich schon schlechte Situation erheblich verschärft. Prof. Heiner Winker, emeritierter Chefarzt Unfallchirurgie, Orthopädie und Handchirurgie am Helios Klinikum Erfurt, unterstützt das Dhulikhel Hospital, Lehrkrankenhaus der Universität Kathmandu. Er war seit 2014 zu fünf Einsätzen in Nepal. Beide Ärzte berichteten über katastrophale organisatorische Verhältnisse vor Ort wie falsche und fehlende Informationen, Ignoranz der Verantwortlichen, Selbstüberschätzung der Ärzte, fehlende Kooperation der medizinischen Einrichtungen, mangelnde Ausstattung der Health Posts, schwaches Kartenmaterial etc. Hilfsgüter stünden oft wochenlang beim Zoll. Große Hilfsorganisationen seien oft zu schwerfällig, um vor Ort schnell und adäquat zu reagieren.

Lufthanskapitän Kai-Jörg Sommer aus Bad Camberg berichtete über ähnliche Probleme der Transportlogistik. Der Einsatz von Fluggerät sei teilweise problema-



Foto: Universität Kassel

Der Wasserrucksack PAUL, hier bei einem Einsatz in Indien

tisch. Es gebe keinen Bergrettungsdienst wie etwa in den Alpen, das sei Sache des Militärs. Um bürokratische Hemmnisse auf beiden Seiten zu umgehen, sei es am besten, Hilfsgüter entweder selbst zu transportieren oder einem Logistikunternehmen (DHL, UPS etc.) zu übergeben.

Dr.-Ing. Wernfried Schier von der Universität Kassel demonstrierte das „Portable Aqua Unit for Lifesaving“, kurz auch Wasserrucksack PAUL® genannt. Sein Vortrag umriss die Geschichte der genialen Erfindung von der Idee bis zur mittlerweile sechsten Version. Der 21 Kilogramm schwere tragbare PAUL mit seinem besonderen Filtersystem könne für 400 Menschen Wasser pro Tag aufbereiten und eigne sich zur Katastrophenhilfe sowie zur dezentralen Wasserversorgung (Motto: oben Pflanze rein, unten Trinkwasser raus). Es würden erhebliche Kosten gespart, weil kein Wasser, sondern nur einmal PAUL transportiert werden muss. Die Funktionsdauer liege bei etwa zehn Jahren, ein PAUL koste 1.000 Euro. PAUL werde in der Kasseler Werkstatt der Sozialgruppe Kassel e.V. hergestellt und erfülle damit einen weiteren sozialen Zweck.

Für den Veranstalter war es besonders erfreulich, dass das Symposium auch eine Kontaktbörse der Nepalhelfer war. Visitenkarten wurden rege ausgetauscht. Durch die erstmals erhobene Tagungsgebühr und den Verzicht aller Referenten auf ein Honorar konnten ca. 1.500 Euro für die Nepalhilfe Erlöst werden.

Kontakt zu Hilfsorganisationen:

- www.nepalmed.de (Nepalmed. e.V.)
- www.wasserrucksack.de (Universität Kassel)
- www.boldefreunde.de (Namaste-Stiftung)