

Tagungsbericht 12. Geraer Symposium Ambulante Chirurgie 1. April 2017

Matthias Hager

Traumatologie und Orthopädie des jungen Menschen, ambulante Weichteilchirurgie und Medizin im Spiegel der Gesellschaft waren die Themen des 12. Geraer Symposiums Ambulante Chirurgie am 1. April 2017, zu dem 90 Ärztinnen und Ärzte begrüßt werden konnten.

Dr. Jörg Panzert von Sachsenortho Auerbach sprach zum Thema „Schulterluxation – Reposition und wie weiter?“ Die Schulterluxationen stellen ein Drittel aller Schulterverletzungen. Bei 95 Prozent luxiert die Schulter nach ventral. Das Geschlechterverhältnis beträgt Männer/Frauen 3:1. Die Inzidenz ist altersabhängig und beträgt bei 15- bis 20-Jährigen 20/100.000. Bei der Diagnostik besteht die Gefahr des Übersehens einer hinteren Luxation. Die häufigste Ursache einer Labrumläsion ist eine vordere Schulterluxation mit Abriss des anterior-inferioren Labrums durch Abduktions-Außenrotations-Bewegung, z.B. Griff in den Wurfarm beim Sport. Zur Diagnostik gehören Standardröntgen in drei Ebenen, Sonografie zur Beurteilung der Rotatorenmanschette, CT gegebenenfalls bei knöchernen Verletzungen und MRT (Arthro-MRT). Die Indikationsstellung für Labrumrekonstruktion nach traumatischer Schultererstluxation ist abhängig vom Patientenalter, von sportlicher Beanspruchung, Größe einer Hill-Sachs-Läsion und der Rotatorenmanschettenläsion. Die Nachbehandlung besteht aus passiver Übung aus dem Gilchrist heraus für drei Wochen bis 60°, weitere drei Wochen bis 90° Abduktion und Flexion und sechs Wochen mit 0° Außenrotation. Ab der siebten Woche erfolgt die Steigerung des Bewegungsumfanges. Kontaktsportarten sind nach sechs Monaten wieder möglich. Langzeitergebnisse zeigen eine Relaxationsrate von 19 Prozent, eine Patientenzufriedenheit von

92 Prozent. Eine gleiche Sportaktivität wie vor der Operation tritt nur bei 50 Prozent der Patienten wieder ein! Eine operative Versorgung soll bei einem Lebensalter unter 25 Jahre, einem knöchernen Glenoiddefekt und sportlichem Anspruch erfolgen.

Das Gefahrenpotential kindlicher Armbrüche beleuchtete **Professor Dr. Felicitas Eckoldt**, Direktorin der Kinderchirurgischen Klinik des Universitätsklinikums Jena. Neben den Besonderheiten des wachsenden Skeletts gibt es Fallstricke, die dringend zu beachten sind. Zu den häufigsten „Kadi-Läsionen“ zählen die Frakturen des Condylus radialis humeri, die Radiusköpfchenluxationen, die suprakondyläre Humerusfraktur und die Ellenbogenluxationsfrakturen. Bei der Condylus-radialis-Fraktur sind stabile inkomplette von instabilen kompletten zu unterscheiden. Ein gipsfreies Röntgen am vierten Tag zum Ausschluss sekundärer Dislokationen ist Pflicht. Radiusköpfchenluxationen mit Monteggia-Läsion sind selten. Auf die korrekte Stellung des proximalen Radius ist zu achten. Sekundäre Korrekturen sind aufwändig mit oft schlechten Ergebnissen. Immer wenn die Retention der Ulna zweifelhaft oder das Radiusköpfchen nicht zentriert ist, besteht eine Indikation zur Operation. Bei den suprakondylären Humerusfrakturen mit Rotationsfehler gibt es keine Spontankorrektur. Bei instabilen Frakturen muss die Reposition in Narkose mit definitiver operativer Retention durch gekreuzte K-Drähte oder Fixateur externe erfolgen. Die operative Versorgung der Ellenbogenverletzungen ist bei sagittaler Instabilität von 30 – 100° und bei sekundärer Dislokation indiziert. Dabei ist die Beachtung aller vier „Säulen“ des Ellenbogens essentiell.

Chefarzt **Dr. Mario Dietzel** aus den Paracelsus-Kliniken Adorf und Schöneck ging beim Thema Schenkelhalsfraktur beim jungen Menschen zunächst auf die Frage „Wer ist jung?“ ein. Steigender Altersdurchschnitt, aktive Rentner ohne wesentliche Arthrose, mit Medikamenten Gesundgebliebene, Alterssportler, Anspruchsdenken und steigendes Renteneintrittsalter relativieren den Begriff „jung“. Nur 25 Prozent der Betroffenen sind jünger als 65 Jahre. Hier ist eine starke Gewalteinwirkung notwendig, oft auch im Rahmen eines Polytraumas. Die Indikationsstellung ist alters- und frakturtypbezogen durchaus schwierig, es existiert eine S2-Leitlinie und keine der Methoden ist evidenzbasiert. Korrekte Reposition und Implantatpositionierung seien wahrscheinlich wichtiger als die Art des Implantats, entscheidender sei die Beherrschung des jeweiligen Verfahrens durch den Operateur. Das Risiko einer Kopfnekrose halbiert sich durch eine frühzeitige OP innerhalb sechs bis 24 Stunden. Sprechen Gründe dagegen, sollte zumindest bei jüngeren Patienten der Hämarthros abpunktiert werden. Die Koperhaltung steht im Vordergrund, die Endoprothese sollte immer eine Ausnahme darstellen.

Mit den Verletzungen des jungen Sprunggelenkes hatte sich der Leiter des Departements Unfallchirurgie in der Orthopädischen Klinik Eisenberg, **Dr. Olaf Brinkmann** befasst. Den Schwerpunkt legte er auf die Übergangsfraakturen, der Einteilung nach Lynn 1972 in Twoplane- und Triplane-frakturen 1 und 2 folgend. Neben Anamnese, klinischer Untersuchung und konventioneller Röntgendiagnostik wird die CT trotz Strahlenbelastung favorisiert. Mit einer CT werden 76 Prozent aller Frakturen richtig klassifiziert (Röntgen 48 Prozent). In 50 Prozent der Fälle erfolgt eine Therapieänderung nach einer CT. Die meisten Twoplane-frakturen mit einer Dislokation unter 2 mm ohne Gelenkstufe können konservativ behandelt werden. Dislokation über 3 mm und die meisten Triplane-frakturen werden operativ behandelt. Dazu gibt es aber keine Evidenz! Prognostisch sind Wachstumsstörungen danach selten, fünf Prozent bilden eine Arthrose bei hoher Dunkelziffer aus.

Es gibt kein Spontankorrekturpotential. Wichtig ist auch, die Indikation zur medikamentösen Thromboseprophylaxe zu prüfen.

Über Aseptische Knochennekrosen berichtete **Christian Macholdt**, Orthopäde aus Jena. Die ursächliche Einteilung erfolgt in idiopathische, traumatische und septische Osteonekrosen. Die Symptomatik äußert sich u.a. durch plötzliche Schmerzen ohne Trauma, Schmerzzunahme in Ruhe und bei Belastung, auch stumme Verläufe sind möglich. Der Verlauf ist stadienhaft, zeitlich sehr variabel, die ON gilt als Präarthrose. Aktuell gilt die ARCO (Association Research Circulation Osseous)-Klassifikation. Die Therapie soll gelenkerhaltend sein, die Dekompression ist meist besser als eine rein konservative Therapie.

Die zweite Sitzung wurde durch **Dr. Axel Jähnichen** von der Chirurgischen Gemeinschaftspraxis Gera mit dem Thema Ambulante Chirurgie der Weichteiltumoren eröffnet. 40 Prozent der Weichteiltumoren finden sich an den Beinen, etwa 30° am Rumpf und jeweils 15 Prozent an Armen und dem Kopf-Hals-Bereich. Zu den häufigsten zählen Atherome, Lipome, Fibrome, Granulome sowie das gesamte Spektrum der Hauttumoren. Zeichen potentieller Malignität sind schnelles Wachstum, Schmerzhaftigkeit und derbe Konsistenz ohne Verschieblichkeit. Anamnese und klinische Untersuchung sind die hauptsächlichsten diagnostischen Mittel. Sonografie, CT und MRT dienen der Sicherung der Dignität und gegebenenfalls OP-Planung mit Tumorlokalisation, Abgrenzbarkeit zu Nachbarorganen, Wachstumsverhalten und Beschreibung der Tumorkapsel und der Binnenstrukturen. Kommt es zur Biopsie, muss diese interdisziplinär unter onkologischen OP-Kriterien am besten im später resezierenden Zentrum stationär erfolgen. Die benignen Weichteiltumoren sind die Domäne der ambulanten Chirurgie. Indikationen sind Zweifel an der Benignität, mechanische Komplikationen, Verdrängungsschmerz, kosmetischer Aspekt sowie psychische Belastung.

Professor Dr. Ulf Schlegelmilch widmete sich dem Thema Bursitis. Es gibt mehr als 140 Bursen im Menschen. 80 Pro-

zent der Bursitiden treten bei Männern auf. Am häufigsten sind Knie, Schulter und Ellenbogen betroffen. Ursachen sind Traumen, Entzündungen und spontanes Auftreten. Bei zwei Dritteln handelt es sich um nichtseptische Befunde, ausgelöst durch Gicht, Rheuma und Belastung bei Sport und Handwerk. Bei einem Drittel ist eine bakterielle Infektion durch Verletzungen oder hämatogene Übertragung verantwortlich, oft befördert durch Alkoholmissbrauch, Kortison und auch Diabetes mellitus. Zu 90 Prozent werden Staphylokokken und β -hämolyisierende Streptokokken gefunden. Die Therapie der nichtseptischen Bursitis soll, bei uneinheitlicher Studienlage, durch Ruhigstellung, NSAR, PRICE-Schema etc. erfolgen. Eine OP-Indikation besteht bei einer Chronifizierung. Die Behandlung der septischen Bursitis folgt den Regeln der septischen Chirurgie unter Einsatz von Antibiotika. Die Komplikationen der Bursektomie sind 30 Prozent Wundheilungsstörungen, persistierende Schmerzen, Hypästhesie und Rezidive. Die endoskopische Bursektomie hätte die besseren Ergebnisse.

Über das komplexe Thema Verbrennungen/Verätzungen/Erfrörungen referierte **Matthias Beck** von der Chirurgische Gemeinschaftspraxis Gera. Es gibt 20.000 Patienten mit thermischen Verletzungen jährlich in Deutschland, davon sind 4.000 stationär behandelungspflichtig. Über zwei Drittel der Unfälle passieren im häuslichen Bereich. Die Indikationen zum Transfer des Verletzten in ein Brandverletzenzentrum steht bei Patienten im Alter von null bis sechzehn und über 60 Jahren, allen Patienten mit Verbrennungen an Gesicht, Hals, Händen, Füßen, Axillae, über großen Gelenken, in der Anogenitalregion, alle Patienten mit Elektrounfällen, bei Verbrennung mit mechanischer Begleitverletzung, Inhalationstrauma oder bei vorbestehenden Begleiterkrankungen, ab 15 Prozent zweitgradig und ab zehn Prozent drittgradig verbrannter Körperoberfläche. Verätzungen werden behandelt wie Verbrennungen. An der Haut wird die kontaminierte Kleidung entfernt, Wunden mit klarem Wasser gespült, ätzende Substanz abgetupft, ein keimfreier Ver-

band angelegt. Das Auge wird mit klarem Wasser gespült im Abstand von zehn Zentimeter von innen nach außen. Bei Verätzungen mit Kalk darf KEIN Wasser verwendet werden! Bei Verätzungen der Speiseröhre werden kleine Schlucke Wasser verabreicht, dabei nicht erbrechen lassen! Erfrierungen sind pathophysiologisch Gewebeschädigung durch Ausbildung von Eiskristallen. Unterschiede zu Verbrennungen sind u.a. schnelleres Einsetzen der Angiogenese und ein geringer ausgeprägter, dafür länger anhaltender Entzündungsprozess. Therapeutisch sind schwere Begleitverletzungen auszuschließen, weitere Kälteexposition in geschützter Umgebung muss vermieden, nasse Kleidung entfernt werden. Ibuprofengabe (Anti-Prostaglandin-Effekt/ Analgesie) ist hilfreich. Beim Wechsel von Erfrieren und Auftauen können Thrombosen und Ischämien entstehen, deswegen keine direkte Wärmeapplikation, kein Reiben in ungesicherter Umgebung! Auch der Erfrörungspatient gehört letztendlich in ein Brandverletzenzentrum.

Die Diagnostik und Differentialdiagnostik des Ulcus cruris stellte **Frank Bayer** aus der Praxis für Dermatologie und Phlebologie Gera dar. Ulcus-Patienten kommen häufig erst nach Wochen oder Monaten zum Arzt, weil keine Spontanheilung eintritt. Die übliche Wundbehandlung führt in der Regel nicht zum gewünschten Erfolg. Das Ulcus cruris gilt als therapieresistent. Die Ursachen sind zu etwa 80 Prozent gefäßbedingt. Als Diagnostika stehen Farbduplexsonografie, Dopplersonografie, Labor und Mikrobiologie sowie gegebenenfalls venöse Funktionsdiagnostik (LRR, VVP) und der brachio-crutale Index zur Verfügung. Um ursächlich therapieren zu können, muss zwischen Varikosis/chronisch venöser Insuffizienz (CVI), Vaskulitis, Ulcus cruris venosum/arteriosum/mixtum, Pyoderma gangraenosum, diabetischem Fußsyndrom/Malum perforans differenziert werden. Das Ulcusmanagement besteht in Diagnostik, ursächlicher Therapie, Wundbehandlung und guter interdisziplinärer Zusammenarbeit. Der Arzt bestimmt die Art und Weise der Wundbeziehungsweise Ulcusbehandlung. Das

Ziel ist die vollständige Abheilung des Ulcus cruris, um irgendwann keine Verbände, Wundauflagen, Mullkompressen oder Binden mehr zu benötigen. Fazit: nicht lostringieren – erst Diagnostik! Es kommt nicht primär auf die Art und den Preis der Wundauflage an, sondern auf die Erkundung und Beseitigung der Ulcus-Ursache – dann ist Wundheilung möglich.

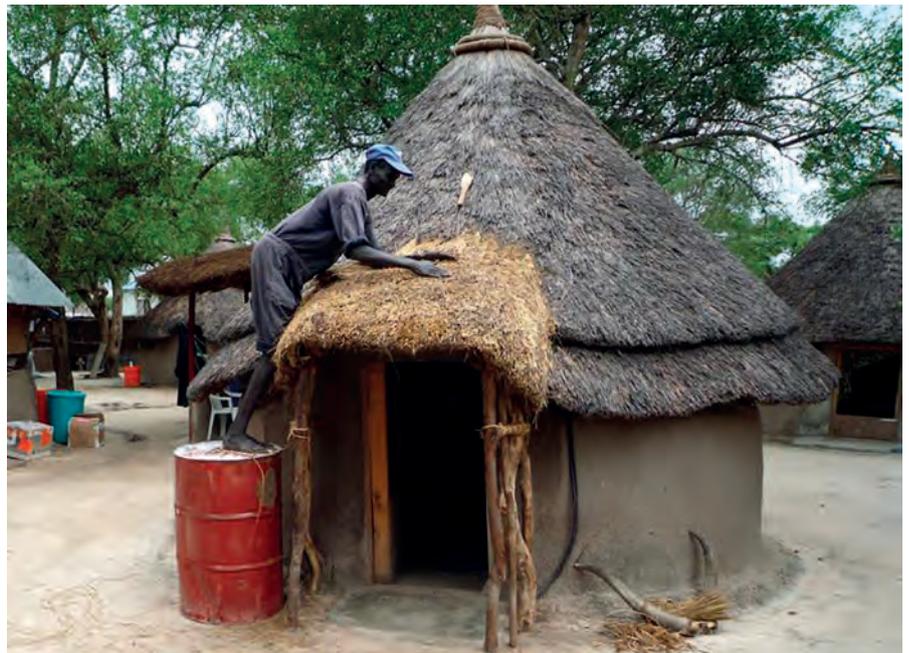
Dr. Matthias Hager von der Chirurgischen Gemeinschaftspraxis Gera ging auf die alternativen Behandlungsmethoden zur „großen“ Operation des M. Dupuytren ein. Dabei stellte er etablierte konservative und minimal-invasive Verfahren vor. Er ging auch auf homöopathische Methoden und andere Verfahren wie Bienengift etc. ein, die vielleicht einmal in einem Einzelfall Erfolg suggerieren, aber sich eigentlich (noch?) außerhalb einer seriösen Medizin befinden. Die Strahlentherapie wird im Frühstadium eingesetzt. Bereits eingetretene Kontrakturen können nicht rückgängig gemacht werden. Sie vermindert die Progression signifikant. Der Einsatz von Röntgenstrahlen im Frühstadium einer benignen Erkrankung bleibt aber zu hinterfragen. Distaktionsverfahren als endgültige Behandlung oder zur Vorbereitung einer Fasziektomie sind zwar nicht oder wenig invasiv, erfordern aber eine extreme Geduld des Patienten. Das Gleiche erfordern statische Nachtschienen, die über Monate zu tragen sind. Der Vorteil der Schienen liegt eher in der postoperativen Behandlung. Kortisoninjektionen machten die Knoten weicher und bremsten die Progression bei allen bekannten Nebenwirkungen. Die Indikation besteht allenfalls bei Beschwerden ohne Funktionsverlust. Kollagenaseinjektionen sind wirksam, weltweit auch etabliert, haben aber ein katastrophales Kosten-Nutzen-Verhältnis, sodass das Medikament eines bekannten amerikanischen Herstellers in Deutschland nicht vertrieben wird. Dadurch hat aber ein Ende der 1970er Jahre durch französische Rheumatologen entwickeltes minimal-invasives Verfahren einen deutlichen Aufschwung genommen: die perkutane Nadelfasziektomie. In örtlicher Betäubung, schnell und einfach auch

bei multimorbiden Patienten ausführbar, stellt sie die alternative zur Kollagenaseinjektion und zum Teil auch zur Fasziektomie dar.

Die dritte Sitzung begann **Rain Theresa Schnitter** von der Landesärztekammer Thüringen mit dem heiklen und kontrovers diskutierten Thema „Antikorruptionsgesetz“. Sie begann ihren Vortrag mit dem Cicero-Zitat „Keine Festung ist so stark, dass Geld sie nicht einnehmen kann.“ Der Veranstalter interpretiert es so, dass die Ärzteschaft eine starke Festung ist und andere längst vor ihr gefallen sind. Sponsoring in angemessenem Umfang ist erlaubt und darf ausschließlich zur Finanzierung eines wissenschaftlichen Programms dienen. Rechtsunsicherheit besteht insbesondere bei Kooperationsverträgen. Es bleiben erste Strafgerichtsentscheidungen abzuwarten. Die Folgen eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens sind für einen Arzt meist gravierend, der Reputationsschaden bleibt oft auch nach Einstellung des Strafverfahrens erhalten. Für die Staatsanwaltschaft in Thüringen ist der Anfangsverdacht strafbaren Verhaltens gegeben, wenn die Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung von der Industrie finanziert wird. Der Veranstal-

ter interpretiert das so, dass, wenn kein kostendeckender Eintritt erhoben wird, man mit einem Fuß bereits im Gefängnis steht.

Viel erfreulicher war der Vortrag des Kollegen **Dr. Alexander Lieb** von der Anästhesiepraxis Gera, der an den 50. Jahrestag einer Pionierleistung der Medizin, der ersten Herztransplantation, erinnerte. Familie Lieb verbrachte einen Urlaub in Südafrika und kam eher durch einen Zufall zu einem außerhalb der Touristenströme stattfindenden Besuch des Christiaan-Barnard-Museums, bei dem sie allein, ohne Führung und ohne Zeitlimit im Museum „stöbern“ konnten. Es ging vor allem um die Geschichte der ersten Herztransplantation am Menschen. Es ging um die 25-jährige Denise Darvall, Verkehrsunfallopfer und Organspenderin, um ihren Vater Edward, der, obwohl er auch seine Frau und die Mutter von Denise verloren hatte, der Organspende zustimmte! Es ging um den Organempfänger, Louis Washkansky, einen 54-jährigen litauischen Einwanderer, der nach seinem dritten Herzinfarkt keine dauerhafte Überlebenschance hatte. Christiaan Barnard war unter den Herzchirurgen umstritten. War sein Wagemut gerechtfertigt



Arztvilla in Pieri (siehe Bericht von Dr. Jochen Hahn auf der folgenden Seite).



OP im Busch.

oder fahrlässig, war er ein seriöser Arzt oder ein Showman? Er hat, egal wie man dazu steht, als Vertreter eines umstrittenen Landes (seine schwarzen Mitarbeiter durften auf keinem Foto erscheinen), in einem Land mit nur einem Fernsehsender, eine unglaubliche Leistung vollbracht. Was in der Nacht des 3. Dezember 1967 zwischen 01:00 und 06:13 Uhr im Groote Schuur Hospital in Kapstadt passierte, hat die Medizinwelt nachhaltig beeinflusst. Kaum bekannt ist, dass Denise Darvall auch ihre Nieren spendete, die dem 10-jährigen Jona-

than van Wyk, einem schwarzen Jungen transplantiert wurden, was damals in Südafrika Wellen schlug. **Dr. Jochen Hahn**, wie es der Zufall will, Oberarzt am Herzzentrum Leipzig, verantwortlich u.a. für die Herztransplantationsambulanz, übernahm im Auftrag für Ärzte ohne Grenzen das Thema „Ärzte ohne Grenzen – Chirurgie im afrikanischen Busch“. Er hielt sich 2009 in Pleri im Südsudan auf und betreute in einem Hüttendorf eine „Ambulanz“ mit dem gesamten Spektrum der Medizin, von schwierigen Geburten, Verbrennungen, Kriegs- und Schussverletzungen (die Kalaschnikow gehört zur Standardausrüstung eines Mannes und ist für relativ wenig Geld leicht zu haben), Infektionen etc. Dort werden ca. 5.000 Patienten im Monat behandelt.



Dr. Jochen Hahn und Dr. Matthias Hager freuen sich über die 1000-Euro-Spende für Ärzte ohne Grenzen.

Was können wir tun? Kollege Hahn stellte Unterstützung der humanitären Idee, finanzielle und personelle Unterstützung, Medikamentenspenden für vernachlässigte Krankheiten, keine Waffenlieferungen in Krisengebiete, keine Spekulationen mit Lebensmitteln, Kampf gegen den Klimawandel, Vorbild der eigenen Lebensführung in den Vordergrund.

Der Verein zur Förderung der Ambulanten Chirurgie Gera freute sich, eine Spende an Ärzte ohne Grenzen von 750 Euro, die durch den langjährigen Gastgeber des Symposiums, der Sparkasse Gera-Greiz auf **1.000 Euro** aufgerundet wurde, übergeben zu können.

Zum Schluss in eigener Sache: Der Verein zur Förderung der Ambulanten Chirurgie (VFAC) zieht sich aus der Organisation fremdfinanzierter Fortbildungsveranstaltungen zurück. Wir sind nicht in der Lage, das Risiko auch nur des Verdachts einer strafbaren Handlung auf unseren schmalen privaten Schultern namens unserer Praxen zu tragen. Nach zwölf Geraer Symposien Ambulante Chirurgie mit über 1.000 Teilnehmern, 143 Vorträgen von 100 Referenten und 81 generierten Fortbildungspunkten beenden wir diese rein ärztlich organisierte und absolut nichtkommerzielle Veranstaltungsreihe mit Bedauern.

Dr. med. Matthias Hager
Chirurgische Gemeinschaftspraxis
Dres. Hager, Melchert, Dres. Schubert,
Urban
Schmelzhüttenstraße 4
07545 Gera

Spendenkonto Ärzte ohne Grenzen

Empfänger: Ärzte ohne Grenzen
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00
BIC: BFSWDE33XXX
Bank für Sozialwirtschaft

Eindrucksvoll berichtete er über die Geduld und Leidenschaft dieser Menschen.