+++ DKOU 2016 +++ DKOU 2016 +++ DKOU 2016

S3-Leitlinie zum Polytrauma aktualisiert

Aufgrund des enormen Zuwachses an Evidenz auf dem Gebiet der Versorgung von Schwerverletzten wurde eine Aktualisierung der S3-Leitlinie Polytrauma erforderlich. Sie war Thema der Sitzung „Polytrauma-Leitlinie – was ist neu“. Was in welcher Situation von wem zu tun ist, wurde in 308 Handlungsempfehlungen kurz und klar zusammengefasst, im anschließenden Fließtext ausführlich erläutert und mit Evidenz hinterlegt. Noch liegt die S3-Leitlinie nur als gut 400 Seiten langes Opus vor. In wenigen Monaten soll eine App folgen, über die sich der Behandler in der akuten Situation schnell mittels ein oder zwei Schlagwörtern versichern

kann, ob sein geplantes Vorgehen dem neuesten Stand der Evidenz entspricht.

Präklinik: Präzisere Vorgaben für die präklinische Versorgung sollen die Logistik optimieren und dafür sorgen, dass Patienten zeitgerecht in die für ihren Schweregrad der Verletzung angemessene Klinik transportiert werden. Zudem wird dem initialen Stoppen einer Blutung mehr Bedeutung beigemessen und gehört eine Thoraxdrainage jetzt standardisiert zur Versorgung am Unfallort dazu.

Schockraum: Anders als bisher, wird die bildgebende Diagnostik mittels Computertomografie aufgrund der schnelleren Akquisitionszeiten bei un-

mittelbarer räumlicher Nähe zum Operationssaal nun auch bei hämodynamisch beeinträchtigten Patienten empfohlen. Dadurch sollen unnötige, zusätzlich traumatisierende primäre Operationen vermieden werden. Neben der Stillung der akuten Blutung gilt das Augenmerk nun vermehrt der Unterstützung der Blutgerinnung, die für den Verschluss kleiner Leckagen von Bedeutung und prognostisch wichtig ist.

Erstversorgung in der Klinik: Hier wird nun, wo immer möglich, konservativen Verfahren und einer intensivmedizinischen Betreuung der Vorrang vor primären Operationen gegeben. Voraussetzung ist eine engmaschige Kontrolle der Verletzungen, um bei Bedarf innerhalb von 24 Stunden doch noch operativ einzugreifen zu können. wk

Meniskus chirurgie: Trend geht zum Erhalt

Alter, Genese und Lokalisation bestimmen bei Menisskusschäden darüber, wann eine Resektion erfolgen sollte oder ob der Meniskus mittels Naht erhalten werden kann. Darauf verwies Prof. Hermann Mayr, Zentrum für Knie-, Hüft- und Schulterchirurgie, München-Harlaching, in der Sitzung „Meniskus – Resektion, Rekonstruktion, Ersatz“. Generell gehe der Trend zum Meniskuserhalt, um die Gefahr der Arthrose infolge einer Meniskusresektion zu umgehen. Wie gut ein genähter Me-

niskus heile, hänge vor allem von der Lokalisation der Schädigung, der Vaskularisierung (vaskuläre Zone, Übergangszone oder avaskuläre Zone) und eventuell vorhandenen degenerativen Veränderungen ab. In der rot-roten sowie rot-weißen Zone sind die Erfolgsaussichten mit > 80 % hoch.

Generell riet Mayr im Hinblick auf die Genese von einer Meniskusrekonstruktion bei degenerativen Schäden (generelle Erweichung der Meniskussubstanz, mukoide Degeneration, chondrokalkzi-

notische Einlagerungen) ab. Dies gelte erst recht, wenn osteoarthrotische Veränderungen hinzukommen und auch für rein kernspintomografische Befunde in Form von Horizontalrissen ohne funktionelle Bedeutung. Dann komme allenfalls eine sparsame Meniskusteileresektion in Betracht.

Bei traumatischer Genese der Läsion ist meist eine Meniskusnaht indiziert, zum Teil eine Refixation. Ob so der Meniskuserhalt gelingt, hängt wiederum von der Lokalisation der Läsion, der Rissform und von begleitenden Kreuzbandverletzungen ab. wk