++DKOU 2016 +++ DKOU 2016 +++ DKOU 2016 -

O&U-Jahrestagung in Berlin

Als größter europäischer Kongress des Fachgebiets Orthopädie und Unfallchirurgie lockte der DKOU 2016 wieder etwa 12.000 Experten aus dem In- und Ausland nach Berlin, dieses Mal unter dem Motto „Zurück in die Zukunft“. Dahinter stand die Aufforderung der drei Kongresspräsidenten – Prof. Florian Gebhardt, Ulm, für die Unfallchirurgie (DGU), Prof. Heiko Reichel, Ulm, für die Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Dr. Manfred Neubert, Bremen, für den Berufsverband (BVOU) – die Errungenschaften aus der Vergangenheit in die von technischen Neuerungen geprägte Neuzeit mitzunehmen und somit konservativen Verfahren ebenso einen Platz zu geben wie High-Tech-Interventionen im Hybrid-Operationssaal der Zukunft.

Dr. Wiebke Kathmann (wk)

Herausforderung Endoprotheseninfektion

Ein Thema, das intensiv erörtert wurde, waren periprotektische Infektionen – ein immer häufiger auftretendes Problem. Denn nicht nur die Zahl der Endoprothesenimplantationen steigt, sondern auch die der Wechseleingriffe und das Alter der Patienten. Bisher fehlt eine evidenzbasierte Anleitung zum Vorgehen bei diesen schwerwiegenden Infektionen. Die in verschiedenen Kliniken etablierten Vorgehensweisen unterscheiden sich daher bisher. Sinnvoll ist in jedem Fall ein standardisiertes Vorgehen. Es sollte die Diagnostik (CRP, Gelenkpunktion mit Aspiratanalyse, Kultur mit Antibiotogramm, gegebenenfalls Bildgebung, Probennahme und Sonifikation), die generelle Therapiestrategie (Prothese belassen oder nicht), die anti-

biotische Strategie (Biofilm-aktiv oder nicht) sowie die Parameter für einen einbeziehungsweise zweizeitigen Wechsel mit Definition des Intervalls umfassen.

Prinzipiell muss eine frühe (bis vier Wochen nach Implantation) von der späten Infektion (nach Monaten bis Jahren) unterschieden werden, wie Prof. Henning Windhagen, Orthopädische Klinik der MHH im Annastift, Hannover, berichtete. Denn Klinik (akuter Schmerz, Rötung und Überwärmung versus unspezifische Symptome) und Erregerspektrum (meist hochvirulente Keime wie *Staphylococcus aureus* oder *Klebsiella species* versus beispielsweise Anaerobier) unterscheiden sich deutlich. Daher ist eine grundsätzlich andere Behandlungsstrategie erforderlich. *wk*

Rauchen als Störfaktor der Knochenheilung

In der plastischen und mikrovaskulären Chirurgie sei seit Längerem belegt, dass Rauchen zu einer höheren Rate an Weichteilnekrosen, Lappenverlusten und Hämatomen führt, so Dr. Hendrik Schöll. Auch eine verlangsamte Revascularisierung von Knochentransplantaten und eine Entkalkung des Knochens mit resultierender biomechanischer Instabilität seien bei Rauchern längst belegt.

Schöll konnte nun in einer in Berlin vorgestellten Untersuchung zeigen, dass Rauchen sich auch auf die Knochenheilung negativ auswirkt. Er untersuchte 109 Patienten, deren Scaphoidfraktur operativ mit einem kortikospongiösen Beckenspan, gegebenenfalls plus Osteotomie, versorgt und postoperativ für zwölf Wochen mittels Unterarmgips unter Einschluss des Daumengrundgelenks ruhiggestellt wurde. Von den im

Durchschnitt 27 Jahre alten Patienten waren 48 Raucher und 61 Nichtraucher. Während es bei Nichtrauchern binnen drei Monaten bei knapp 70 % und nach sechs Monaten bei 98 % zu einer knöchernen Konsolidierung gekommen war, traf dies nach sechs Monaten nur auf etwa die Hälfte der Raucher zu. Bei 18 % heilte die Fraktur überhaupt nicht, vielmehr bildete sich eine Pseudarthrose. Zudem war die Komplikationsrate höher. Schölls Fazit: Patienten sollte zum Nikotinverzicht geraten werden. *wk*