

Liebe AE-Kolleginnen und Kollegen,



die Kurse der AE sind praktisch immer ausgebucht. Die neueren Veranstaltungen haben ebenso großen Zuspruch gefunden wie unsere „Ofterschwanger Klassiker“. Den Schulterkurs werden wir deshalb künftig zweimal im Jahr abhalten. Trotzdem können wir die wachsende Nachfrage nicht befriedigen. Dieser Zuspruch ist natürlich ein großer Erfolg, über den wir uns alle freuen dürfen. Aber er ist zugleich auch eine Verpflichtung, unser Angebot auszubauen.

Was ist zu tun? Wir sind schon dabei, die Kursprogramme weiter zu standardisieren. Das hilft zum einen, den Kursablauf planbar und von vornherein qualitätsgesichert zu gestalten. Zum anderen wird es gerade für neue Referenten leichter, in die Programme einzusteigen. Wir wollen zudem Reisezeit sparen und möglichst Referenten einbinden, die aus der jeweiligen Region der Kursorte stammen. Wir sind auch dabei, Eintageskurse zu Spezialthemen zu etablieren, zunächst zu den Themen Zementiertechnik, Knochenbank, Biomechanik und präoperative Planung.

Für all dies brauchen wir zusätzliche Mitstreiter. Deshalb bitte ich alle AE-Kolleginnen und Kollegen, die auf diesem Feld bisher noch nicht tätig sind, sich mit dem AE-Sekretariat in Verbindung zu setzen und sich nach besten Kräften an unserer Ausbildungsarbeit zu beteiligen.

Ihr Prof. Dr. Peter Kirschner
AE-Präsident

Alles über die Pfanne

AE-ComGen-Kongress in Dresden, 22.–23. Juni

Das Azetabulum war das Kernthema beim diesjährigen Kongress der AE ComGen. Die Themen waren als Fragen formuliert, die Referenten gaben oft pointierte Antworten, die bewusst zur Diskussion reizen sollten. So ging es zu vielen Fragen auch kontrovers, aber immer sachlich, zur Sache. Insgesamt gab die Veranstaltung einen sehr umfassenden Überblick über den Wissensstand.



Die wissenschaftlichen Leiter der ebenso gut gelungenen wie besuchten Veranstaltung waren Priv.-Doz. Dr. Jens Alexander Richter (Kassel), Dr. Stephan Kirschner (Dresden) und Dr. Wolf-Christoph Witzleb (Dresden) (v.l.n.r.).

Frakturen

Die Klassifikation der Verletzungen, befand Priv.-Doz. Dr. H. Bail, müsse selbstverständlich am Anfang der Versorgung stehen, schon damit man sich „in die Fraktur hineinversetzt“. Aus der mehrdimensionalen CT-Darstellung lässt sich dann der ideale Zugang ableiten. Um minimale Zugänge mit geringerer Exposition bei komplexen Frakturen nicht auf Kosten der Reposition gehen zu lassen und Folgeoperationen möglichst zu vermeiden, wird in seiner Klinik intraoperativ per 3D-Scan kontrolliert.

Ganz klar „less favorable“ sei die sofortige endoprothetische Versorgung nach einer Fraktur, laut Priv.-Doz. Dr. Jens Alexander

Richter. Deutlich besser schneidet das abgestufte Vorgehen ab. Bei der Osteosynthese müsse man gelegentlich zugunsten der Stabilität Kompromisse bei der Perfektion der Rekonstruktion in Kauf nehmen, denn nur in einem stabilen Hüftknochen kann man eine künstliche Pfanne stabil verankern.

Gelenkerhaltende OP-Verfahren

„Die dreifache Beckenosteotomie sollte nur von gut eingearbeiteten Operateuren durchgeführt werden,“ beantwortete Dr. Wolfgang Cordier die an ihn gestellte Frage. Die Einhaltung der exakten Osteotomiegeometrie ist zu beachten um eine ideale Pfannenreorientierung der dysplastischen Pfanne in allen Ebenen zu erzielen. Erfolgsfaktoren seien die korrekte Osteotomiegeometrie, die exakte Pfanneneinstellung, eine übungstabile Osteosynthese und die konsequent restriktive Nachbehandlung.

Ist die offene Impingementchirurgie die Heilung der Koxarthrose? Klares Nein, begann Priv.-Doz. Dr. Michael Leunig seinen Vortrag. Aber sie kann sowohl bei zu tiefer Pfanne (Pincer-Impingement) als auch bei verformtem Hüftkopf mit fehlendem Kopf-Hals-Übergang (Cam-Impingement) gelenkerhaltend wirken. Durch Rim trimming am Azetabulum oder femorale Osteochondroplastie kann man die Ursachen des Impingements beseitigen.

Ein Vorteil der minimalinvasiven Labrumchirurgie sei bisher überhaupt nicht belegt, meinte Prof. Dr. Klaus-Peter Günther. Bei unergiebiger Literaturlage erscheint diese Methode für die anterior liegende Pathologie eher beim Cam- als beim Pincer-Impingement geeignet. Bei durchschnittlich 12 Minuten längerer OP-Zeit gab es weniger Komplikationen als in der Vergleichsgruppe. Kein Unterschied zeigte sich bei der Qua-

lität der Korrektur, der Funktionalität, dem Blutverlust und der Dauer des Klinikaufenthalts.

Primärpfannen

Vorher planen und unbedingt navigieren? Ja zum ersten Teil der Frage war die Antwort von **Dr. Jürgen Babisch**. Die 2D-Planung sei zwar nur eingeschränkt genau. Immer häufiger werden auch biomechanische Überlegungen einbezogen, und so reicht sie für Standardfälle aus. Mit 3D wird eine genauere Ausrichtung der Pfanne erreicht. Bisher lässt sich die verbesserte Implantatausrichtung und geringere Luxationsrate belegen.

Laut **Dr. Michael Clarius** zeigen die skandinavischen Register für zementierte Pfannen gegenüber den zementfreien überlegene Ergebnisse. Voraussetzungen für den Erfolg: richtiges Fräsen und Eröffnen der subchondralen Sklerose mit kleinen Bohrungen; die Spongiosa muss unbedingt erhalten und das knöchernen Lager sollte mit der Jetlavage gereinigt werden, bevor ein Pressuriser bei der Druckzementierung für das Sistieren des Blutflusses und die ausreichende Penetration des Zements in die Spongiosa sorgt.

Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier demonstrierte die verwirrende Vielzahl von Formen, Materialien, Gewinde- und Zahngeometrien bei Schraubpfannen. Besonders wichtig bei dieser Implantatform sind vor allem ein niedriges Eindrehmoment, eine hohe Überdrehreserve, die richtige Form der Zähne, eine gute Taktilianz und nicht zuletzt das Raspeldesign. Die sphärische Form hat Vorteile gegenüber der konischen. Seine Tipp für den Operateur: Beim Eindrehen einen Drehmomentschlüssel verwenden.

Bei den Pressfitpfannen sind laut **Prof. Dr. Christof Rader** Überfräsung, ein mangelhaftes Knochenlager und der segmentale Defekt die wichtigsten Probleme. Auch bei der Pressfitpfanne muss die Kraft beim Einbringen sehr vorsichtig dosiert eingebracht werden, ideal wäre ein Pulsgeber dafür.

Dysplasie

Bei dysplastischen Situationen ist für **Dr. Thomas Mattes** das biomechanische Gleichgewicht zwischen dem Knochen und dem Implantat die Leitgröße. Bei milden Dysplasien benutzt er am liebsten die ACA-Pfanne, weil sie eine hohe Primärfestigkeit bei guter Osteointegration bietet und zusätzliche Schrauben erübrigt. Das Implantat

richtet sich nach dem Defekt, es gibt keine Gefahr einer Pseudoarthrose, dafür hohe Primärstabilität und eine gute Längenanpassung. Die Implantation erfolgt ohne Pfannendachplastik.

Dr. Wolf-Christoph Witzleb meinte hingegen, dass man sich die Chance zum Aufbau zusätzlicher Knochensubstanz nicht entgehen lassen darf, da genügend autologer Knochen zur Verfügung steht und das funktionelle Resultat trotz der notwendigen Beinverlängerung überzeugend ist. Bei der retrospektiven Untersuchung gab es gute klinische Ergebnisse, die funktionell im Bereich der Standardendoprothetik liegen.

Priv.-Doz. Dr. Andreas Halder setzt bei weniger als 70 Prozent Wirtsknochendeckung auf ein strukturiertes Transplantat, meist in Kombination mit einer zementierten Pfanne. Dafür sprechen seiner Meinung nach vor allem die hohe Primärstabilität und die freie Positionswahl auch bei schlechter Knochensubstanz. Diese füllt er mit einem zugeordneten, pressfit eingebrachten, allogenen Femurkopf auf. Nach dem Fräsen erfolgt die zementierte Implantation. Vorteile der Methode: Genaue Wiederherstellung des Hüftzentrums bei weitestgehender Nutzung des vorhandenen Knochens.

ComGen-Präsident **Prof. Dr. Carsten Perka** berichtete zum Abschluss der Session über völlig widersprüchliche Ergebnisse in der Literatur zur knöchernen Rekonstruktion bei der hohen Hüftluxation. Die Methode der Charité beruht dementsprechend vor allem auf eigener Erfahrung. Sie besteht im Kern aus einer subtrocantären Femurosteotomie mit subtrocantärer Verkürzungsosteotomie und der Verwendung eines Geradschafts mit rechteckigem Querschnitt. Das Azetabulum wird mit einer möglichst tief gesetzten Pressfitpfanne versorgt. Bei diesem Verfahren kommt man ohne zusätzliches Osteosynthesematerial aus; es ist einfach und schnell; auch die Konsolidierungszeit ist kurz und die Fragmente sind rotationsstabil. Faustregel: „Alles über drei Zentimeter wird verkürzt.“

Revision

Für **Prof. Dr. Peter Ochsner** war die Frage „Stützschale und Aufbau, was sonst?“ eindeutig beantwortet. Der Operateur kann voll über Inklination und Anteversion bestimmen; die Schrauben sind nach Einzementieren der Pfanne winkelstabil fixiert. Zwischen 1984

und 2005 hat er 300 Müller-Ringe und 141 Burch-Schneider-Stützschalen nachuntersucht. Die Zehnjahres-Standrate lag für Müller bei 95 Prozent, für Burch-Schneider bei 98 Prozent. Sein Fazit: „Die Stützschalen sind für die meisten Defekte geeignet, sie bringen gute Ergebnisse, Preis und Leistung stimmen.“

Bei Megadefekten kann man mit Hilfe von Bulk Grafts unter Umständen den Einsatz von Megaprothesen umgehen. **Priv.-Doz. Dr. Guido Saxler** beschrieb Möglichkeiten und Risiken dieser Methode, über die es bisher nur wenige Arbeiten mit sehr kleinen Fallzahlen gibt. Bulk Grafts brauchen ein starkes knöchernes Widerlager, die Dekortikalisierung auf der Weichteilseite müsse vermieden werden. Es gibt ermutigende Ergebnisse, bei hohen Kosten.

„Impaction Grafting – für Könnler?“ **Dr. Christian Friesecke** beantwortete die Frage gleich doppelt, mit einem klaren Nein und einem Plädoyer für die zementierte Revision. Man könne diese Technik sehr leicht erlernen, auf jeden Fall viel leichter, als die unzementierte Verankerung eines Revisionsimplantats. Die Revision mit Graft zeige bessere Ergebnisse als ohne und schaffe zusätzlich Knochensubstanz für den Fall eines erneuten Wechsels.

Viele Revisionsfälle lassen sich mit Primärpfannen versorgen, war das Fazit von **Priv.-Doz. Dr. David Wohlrab**. In seiner Klinik werde bei Defekten der Grade 1 bis 3 der AAOS-Klassifikation meist mit Primärpfannen gearbeitet. Der längsovale Defekt sollte längsoval aufgefüllt werden, resümierte Dr. Guido Wendt. Die LOR-Pfanne sei dafür geeignet, wenn sie bei stabilem Widerlager mindestens 50 Prozent Knochenkontakt habe, erläuterte er. Das Überziehen der Indikation habe eine hohen Revisionsrate zur Folge.

Die Sockelpfanne ist laut **Priv.-Doz. Dr. Carsten Schoellner** kein Allheilmittel, aber eine gute Option für bestimmte Indikationen, wenn eine stabile Verankerung nur noch im oberen Beckenknochen zu erreichen sei. Allerdings erweise sich inzwischen die Revisionspfanne aus Trabecular Metal zunehmend als eine Alternative.

Das bestätigte auch **Dr. Steffen Oehme**: „Ich bin begeistert von Tantal“, bekannte er gleich zu Anfang seines Vortrags. Das knochenähnliche Elastizitätsmodul des Mate-



AE-Manual

Am 17. Juli wurde der endgültige Vertragabschluss zwischen der AE und dem Springer-Verlag vollzogen. Die Autorenverträge werden zwischen der AE und den Autoren abgeschlossen, ein Großteil ist bereits unterzeichnet, wie Projektleiter Prof. Dr. Ulrich Holz berichtet. Unter den Editoren hat es einige personelle Veränderungen gegeben. Prof. Dr. Frank W. Hagena hat sich aus dem Vorhaben zurückgezogen und seine Funktion als Editor des Bandes „Hand“ abgegeben. Ein Nachfolger ist noch nicht gefunden. Möglicherweise wird das Thema in einen Gesamtband zur oberen Extremität integriert. In der Funktion des Editors des Bandes „Knie und Knierevision“ wurde Prof. Dr. Wolfram Neumann von Prof. Dr. Dieter Wirtz abgelöst. Prof. Neumann bleibt als Editor des Bandes „Sprunggelenk und Fuß“ an dem Projekt führend beteiligt. Die Beiträge für den Band „Schulter“ unter Leitung von Prof. Dr. Markus Loew liegen bereits fast vollständig vor. Die Frist für die Abgabe der Beiträge zu den anderen Bänden wurde bis zum 31. Oktober verlängert.

Knochenbanken aktuell

Im Auftrag des AE-Präsidiums hat Priv.-Doz. Dr. Ute Maronna eine umfassende Übersicht über „Knochentransplantationen in Deutschland“ vorgelegt. Darin werden nach dem aktuellen Stand der Literatur Epidemiologie und Klinik der verschiedenen Methoden koncis zusammengefasst. Darüber hinaus bietet der Aufsatz einen Überblick über die aktuelle rechtliche Situation von Knochenbanken, die kürzlich eine neue gesetzliche Regelung erfahren hat. Die Autorin gibt zudem konkrete Handlungsempfehlungen, an denen sich die Kliniken orientieren können. Der Aufsatz soll in Kürze veröffentlicht werden.

Ehrung für Prof. Ekkernkamp

Am 5. Juni erhielt AE-Mitglied Prof. Dr. Axel Ekkernkamp (Berlin/Greifswald) das Bundesverdienstkreuz Erster Klasse für seine Verdienste auf dem Gebiet der Unfallforschung. Die Auszeichnung wurde ihm in Schwerin vom Ministerpräsidenten des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Harald Ringstorff, überreicht. Prof. Ekkernkamp war maßgeblich am Aufbau einer modernen Unfallforschung und Rettungsmedizin im Nordosten Deutschlands beteiligt.

9. AE Kongress – RheinKnie 7. und 8. Dezember in Köln

Vor der Totalprothese

Ein Gespräch mit Prof. Dr. Klaus E. Rehm

Welche Themen werden in Köln im Vordergrund stehen?

Wir wollen die Knieendoprothetik quasi einkreisen, also nicht nur den Gelenkersatz behandeln, sondern auch alternative Verfahren betrachten und ein besonderes Augenmerk auf die Therapiemöglichkeiten vor der Endoprothese legen. Man darf nicht monoman gleich bei den ersten Anzeichen einer Arthrose zur Endoprothese greifen, sondern sollte alle Möglichkeiten ausnutzen.

Gibt es deshalb eine eigene Sitzung zum Femoropatellargelenk?

Ja, auch das gehört zur Beschäftigung mit den „präprothetischen“ Möglichkeiten. Das Ligamentum patellofemorale mediale etwa entgeht oft der Aufmerksamkeit, vielleicht weil es nicht bei allen Menschen regelhaft gleich ausgebildet ist. Es hat aber viel mit der Patellaluxation zu tun. Wir wollen Rekonstruktionsmöglichkeiten vorstellen, die vielleicht eine spätere Arthrose dieses Gelenks verhindern können. In dieser Sitzung wird außerdem Prof. Dr. Philippe Cartier aus Paris einen Vortrag halten. Er führt isolierte endoprothetische Eingriffe am femoropatellaren Gleitlager durch – eine wenig

verbreitete, aber sicher hochinteressante Therapiealternative, über die zu diskutieren sein wird.

Das Programm sieht einige „Streitfragen“ vor. Welche werden das sein?

Es wird zwei „Streitfragen“ geben – die Umstellungsosteotomie versus unikondyläre Endoprothese sowie der Themenkomplex High-Flex- und Gender-Knie. Ich bin sicher, dass die dafür ausgewählten Referenten ihre Standpunkte sehr kontrovers darstellen werden, dass es also nicht nur interessant, sondern auch sehr lebendig zugehen wird. Zum Thema Gender war es nicht leicht, einen Referenten zu finden, weil es weder von der Verlaufszeit noch von den Implantationszahlen her belastbare Resultate gibt. Aber wir können schon erste Erfahrungen präsentieren. Ich hoffe, dass unsere Teilnehmer viel zu der noch ganz offenen Diskussion beitragen können.

Das sind gute Gründe, um nach Köln zu reisen.

Dass Köln fünf traditionsreiche Weihnachtsmärkte hat, könnte vielleicht noch eine zusätzliche Motivation zum Kongressbesuch sein.

Fortsetzung von Seite 2

rials sei gerade bei der Revision ein wichtiger Vorteil. Mit modularen Wedges können viele Defekte sehr passgenau aufgefüllt werden. Die Frühergebnisse (118 untersuchte Fälle seit Mai 2004) sind gut bis sehr gut. Die Mehrkosten für das Implantat werden durch Einsparungen bei OP-Zeit und Allografts häufig überkompensiert. Sein Fazit: „Wir brauchen Tantal; es bietet sogar Einsparpotenzial.“

Stammzellen

Dr. Ulrich Nöth stellte den in Würzburg entwickelten Therapieansatz mit Verwendung von Knochenmarkstammzellen (TRCs: tissue

repair cells) in Kombination mit einer β -TCP-Matrix vor. Er wurde bisher vor allem bei der Hüftkopfnekrose erprobt, ist aber auch bei Pfannendefekten anwendbar. In Würzburg wird ein „Zellcocktail“ verwendet, zu dem osteogen und angiogen wirkende Wachstumsfaktoren sowie unterschiedliche Vorläuferzellen gehören.

Aus Platzgründen ist dies eine gekürzte Fassung des Berichts aus Dresden. Den vollständigen Bericht, auch über die Session zur Chefarzt-Bewerbung, finden Sie im Mitgliederbereich der AE-Website unter: www.ae-germany.com > news -> Veranstaltungsberichte

Neu in der ComGen

Priv.-Doz. Dr. Markus Arandt, Ulm

Priv.-Doz. Dr. Hermann Bail, Berlin

Dr. Bernhard Egen, Münster

Priv.-Doz. Dr. Nils Follak, Greifswald

Priv.-Doz. Dr. Stefan Hankemeier, Hannover

Dr. Andreas Hoffmann, Markgröningen

Dr. Markus Kellner, Chemnitz

Dr. Anja Krüger, Kamp-Lintfort

Priv.-Doz. Dr. Ulrich Liener, Ulm

Dr. Konrad Mahfeld, Magdeburg

Dr. J.A.K. Ohnsorge, Aachen

Dr. Wolfgang Schaub, Frankfurt-Höchst

Dr. Iris Schleicher, Gießen

Dr. Marc Schult, Münster

Dr. Nicolaus Siemssen, Hamburg

Professor Dr. Karl-Hermann Staubach, Leipzig

Priv.-Doz. Dr. Markus Tingart, Bad Abbach

Dr. Stephan Tohtz, Berlin

Von der ComGen in die AE



Priv.-Doz. Dr. Clayton Nolan Kraft
Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie, Klinikum Krefeld



Priv.-Doz. Dr. Jens Alexander Richter
Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Marienhospital Gelsenkirchen GmbH



Professor Dr. Gregor Voggenreiter
Chefarzt der Klinik Eichstätt, Zentrum für Chirurgie, Chirurgische Klinik II

AE gratuliert zum Geburtstag

50 Jahre



Prof. Dr. Axel Ekkernkamp
17. August



Prof. Dr. Reinhard Hoffmann
17. September

60 Jahre



Prof. Dr. Arnim Braun
29. Juni



Dr. Hans H. Springer
29. Juli

65 Jahre



Dr. Christian Weber
1. August

70 Jahre



Priv.-Doz. Dr. Jürgen Radke
21. Juni

Neues ComGen-Präsidium

Im Rahmen des Kongresses in Dresden wurde das ComGen-Präsidium neu gewählt. Präsident Prof. Dr. Carsten Perka (Mitte) wurde in seinem Amt bestätigt. Neben ihm die neuen Präsidiumsmitglieder (v.l.n.r.): Dr. Thomas Mattes, Dr. Klaus Kolb, Dr. Diethelm Träger und Priv.-Doz. Dr. Peter Biberthaler.



Schulter in Stuttgart

Der Schulterkurs in Stuttgart hat sich in wenigen Jahren zu einem neuen „Klassiker“ der AE entwickelt. Wegen der großen Nachfrage wird er künftig zweimal im Jahr abgehalten. Beim Kurs in Stuttgart am 6.–7. Juli hatten Professor Dr. Bernd Fink und Dr. Thomas Ambacher (1) die wissenschaftliche Leitung. Professor Dr. Ernst Wiedemann (2 rechts, mit Kursteilnehmern) war einer der Referenten.



AE-Terminübersicht 2007

28. September

AE-Forum: Experts meet Experts, München

19.–20. Oktober

EFORT/AE Instructional Course, Berlin

14.–17. November

AE-Kurs und Masterkurs Knie, Ofterschwang

7.–8. Dezember

9. AE-Kongress, Köln

Impressum

Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik

Verantwortlich: Prof. Dr. Peter Kirschner

Koordination: Andrea Trautwein, AE-Sekretariat, 0761/45647666, a.trautwein@ae-germany.com

Redaktion: Zsolt Pekker, 07634/551946, pekker@pekker.de

Gestaltung und Produktion: Digitalgrafik.de GmbH, 0761/4882791, mail@digitalgrafik.de