

med.izin

Das **Ärzt**emagazin
aus dem
Klinikum Heidenheim



HUBERTUS HEYE

Schulterendoprothetik

Metaphysär verankerte Prothesen...

Seite 2

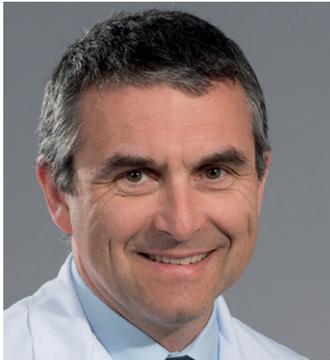


DR. CARINA PASCHOLD

Brustkrebstherapie und Fetttransfer

Wo liegt der Zusammenhang?

Seite 4



Heidenheim, Oktober 2019

Editorial

Sehr verehrte Kolleginnen,
sehr geehrte, liebe Kollegen

Wir freuen uns, Ihnen den dritten Newsletter 2019 zu präsentieren. Knochensparende Schulterendoprothetik und die Therapie kosmetischer Defekte nach Brustkrebstherapie sind die aktuellen Themen.

Die modernen Gelenkersatzverfahren werden zunehmend auch bei jüngeren Patienten angewendet. Das Ziel muss hier sein, die Wechseloperation nach der Primärimplantation mit in das primäre Therapiekonzept einzu beziehen. In diesem Zusammenhang ist die knochenschonende Schulterendoprothetik eine vielversprechende Möglichkeit, um auch für jüngere Patienten eine langfristige Lebensqualität und Mobilität zu erreichen.

Ein ganz anderes Thema ist die biologische Behandlung von kosmetischen Defekten nach Brustkrebstherapie mit dem Fetttransfer. Dieser ist geeignet, mögliche Komplikationen nach Einbringen von beschichteten Implantaten zu vermeiden und daher ebenfalls ein Konzept die langfristige Ergebnissicherung zu erreichen. Implantate werden dadurch zwar nicht überflüssig gemacht, aber in individualisierten Behandlungsplänen kann der Lipotransfer eine Option sein.

Viel Vergnügen beim Lesen.

Peter Helwig



Schulterendoprothetik

Metaphysär verankerte Prothese bei primärer Omarthrose und posttraumatischer Omarthrose

Die Omarthrose, Arthrose des Schultergelenks tritt im Vergleich zu Hüft- und Kniegelenk wesentlich seltener auf^[1,2].

Epidemiologische Daten berichten über eine Inzidenz von 33 % der über 60-Jährigen zudem verläuft die Omarthrose im Vergleich zur Gonarthrose und Coxarthrose beim jüngeren Patienten deutlich fulminanter, weshalb die Indikationsstellung zur prothetischen Versorgung erweitert wurde. Daraus resultieren zwangsläufig Wechseloperationen, was zur Entwicklung knochensparender Schulterprothesen führte (5.Generation).

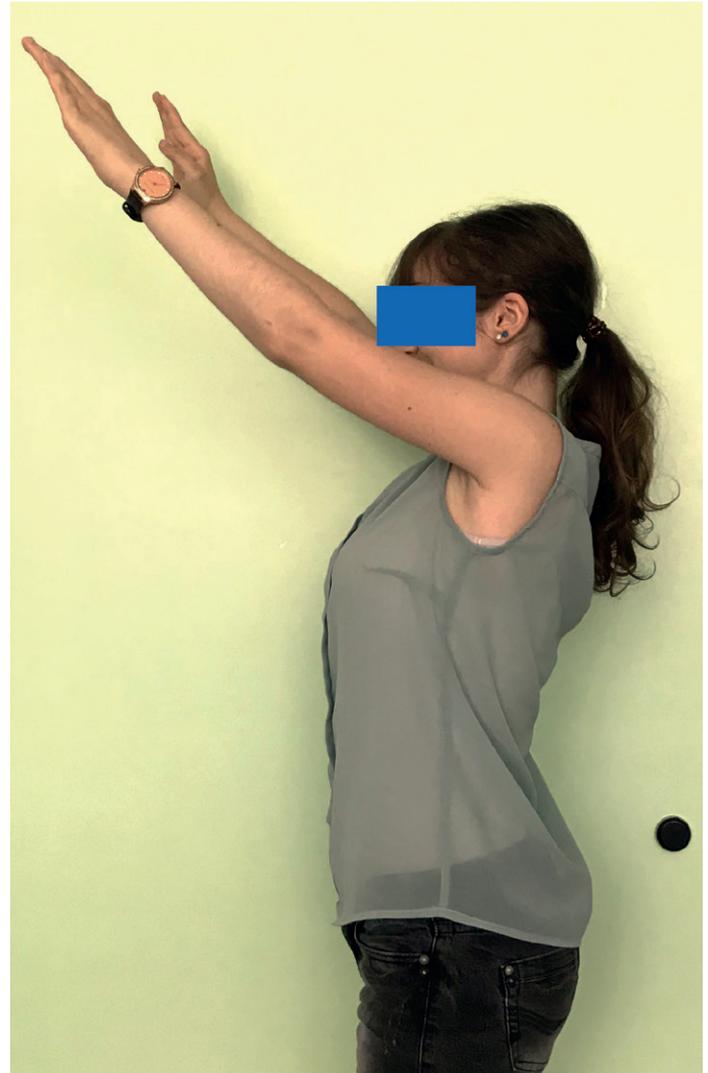
In der anatomischen Versorgung der Schulterendoprothetik haben sich in den letzten Jahren auf der humeralen Seite klare Trends zu kleineren Implantaten durchgesetzt. Galt bis Mitte der letzten Dekade noch der Schaft in der primären Versorgung als Goldstandard, so konnte er zwischenzeitlich durch schaftfreie, metaphysär verankerten Designs, ergänzt werden, sofern die Knochenqualität eine schaftlose Verankerung zulässt. Im Jahr 2005 primär publiziert, haben mittlerweile alle am Markt vertretenen Firmen ihr eigenes Implantat, das nach Resektion im anatomischen Hals metaphysär verankert wird. Die in der Literatur zwischenzeitlich verfügbaren Langzeitergebnisse (knapp 8 bis 9 Jahre Nachuntersuchungszeitraum) sind dem Schaftdesign ebenbürtig^[3,4,5]. Der große Vorteil liegt in der geringeren Gefahr der schaftassoziierten Komplikationen.

Fehlstellungen von Oberarmkopfrüchen, nach operativer oder konservativer Therapie führen zur sekundären Omarthrose.

Die korrekte Einstellung des Prothesenschaftes bei der Implantation von posttraumatischen Prothesen führt in bis zu 69 % zur valgischen oder varischen Positionierung (Boileau 2008).

Somit bietet eine metaphysär verankerte, schaftlose Prothese zum einen den Vorteil der Knochensparnis, um bessere Voraussetzungen für Wechseloperationen zu schaffen, zum anderen kann das Implantat unabhängig von der Schaftachse positioniert werden.

Die schaftlose Prothese ermöglicht, neben einer Arthrosebehandlung am Oberarmkopf, eine noch bessere spätere Umwandlung in eine inverse Prothese im Vergleich zu bisher eingesetzten modularen Varianten. Durch die Knochensparnis von 88 % sind die Voraussetzungen für einen Prothesenwechsel deutlich verbessert.



Abhängig ist die Standzeit vom Alter und Aktivitätsgrad des Patienten. Die Standzeit der anatomischen Schulterprothese liegt dabei bei 98 % nach 5 Jahren, aber nur noch bei 63 % nach 10 Jahren beim unter 55-Jährigen ^[6].

Die 10-Jahres-Ergebnisse berichten 100 % Überlebensrate für die humerale und 92 % für die glenoidale Komponente bei älteren Patienten. Die häufigsten Ursachen für die Revision sind dabei die sekundäre Insuffizienz der Rotatorenmanschette, die aseptische Lockerung der Glenoidkomponente, Infektionen und aseptische Lockerungen der Humeruskomponente.

Eine Rückkehr zu Sport- und Freizeitgewohnheiten (inklusive Golfen, Schwimmen und Tennis) ist möglich (80 – 96 %), solange eine zu intensive, übertriebene Belastung unterbleibt.

Schulterprothetik im Klinikum Heidenheim

Insgesamt werden im Klinikum Heidenheim ca. 90 Schulterendoprothesen pro Jahr implantiert. Schaftfreie Prothesen, inverse Prothesen und modulare Prothesen kommen zum Einsatz. In der Vorbereitung der Operation von schaftfreien Implantaten steht hier immer als Alternative ein Schaftsystem bereit, falls sich während der Operation herausstellt, dass aufgrund nicht ausreichender Knochenqualität ein Wechsel des Implantats notwendig wird. Das Einzugsgebiet der Patienten, die zu diesen Eingriffen auf den Schlossberg kommen ist nicht nur auf die Stadt Heidenheim und den Landkreis beschränkt, sondern reicht regional und überregional weit über deren Grenzen hinaus.

Autor:
Hubertus Heye
Oberarzt
Klinik für Orthopädie
und Unfallchirurgie
Sektionsleiter Schulterchirurgie

- 1 Lo IK, Litchfield RB, Griffin S, Faber K, Patterson SD, Kirkley A (2005) Quality-of-life outcome following hemiarthroplasty or total shoulder arthroplasty in patients with osteoarthritis. A prospective, randomized trial. *J Bone Joint Surg Am* 87(10):2178–2185
- 2 Gouttebargé V, Inklaar H, Backx F, Kerkhoffs G (2015) Prevalence of osteoarthritis in former elite athletes: A systematic overview of the recent literature. *Rheumatol Int* 35(3):405–418
- 3 Beck S, Patsalis T, Busch A, Dittrich F, Dudda M, Jäger M et al (2019) Long-term results of the reverse Total Evolutive Shoulder System (TESS). *Arch Orthop Trauma Surg* 139(8):1039–1044. <https://doi.org/10.1007/s00402-019-03135-5>
- 4 Beck S, Beck V, Wegner A, Dudda M, Patsalis T, Jäger M (2018) Long-term survivorship of stemless anatomical shoulder replacement. *Int Orthop* 42(6):1327–1330
- 5 Hawi N, Magosch P, Tauber M, Lichtenberg S, Habermeyer P (2017) Nine-year outcome after anatomic stemless shoulder prosthesis: Clinical and radiologic results. *J Shoulder Elbow Surg* 26(9):1609–1615
- 6 Denard PJ, Raiss P, Sowa B, Walch G (2013) Mid- to long-term follow-up of total shoulder arthroplasty using a keeled glenoid in young adults with primary glenohumeral arthritis. *J Shoulder Elbow Surg* 22(7):894–900



Potenzielle Donorareale zum Lipotransfer



Implantate werden durch den Lipotransfer nicht überflüssig werden.

Brustkrebstherapie und Fetttransfer

Wo liegt der Zusammenhang?

Etwa 72.000 Frauen erkranken in Deutschland jedes Jahr an Brustkrebs. Bei ihrer Behandlung wird in der Regel brusterhaltend mit anschließender Bestrahlung therapiert. In Abhängigkeit von der Reaktion des Gewebes auf Operation und Bestrahlung kann es zu kosmetischen Defekten durch Narben oder Formänderungen durch Verziehen und Konsistenzverhärtung kommen.

Das auf diese Weise veränderte Erscheinungsbild der weiblichen Brust lässt sich mit dem autologen Fetttransfer optimieren.

Der Behandlungsbeginn liegt frühestens ein Jahr nach Abschluss der onkologischen Therapie mit Chemotherapie und Bestrahlung. Seit 10 Jahren wird das Verfahren in Studien nachbeobachtet und mittlerweile als onkologisch sicher eingestuft.

Die Donorareale für das Fett sind der Bauch, die Hüfte, das Gesäß und die Oberschenkel. Das Fett wird hier geerntet und anschließend gewaschen und gefiltert, bevor es über 1 ml Spritzen fächerförmig in den Zielbereich der Brustproblemezone eingespritzt wird.

Vorteil dieser Methode ist, dass Ölzysten und Verkalkungen nur selten beobachtet werden. Auch wird die bildgebende onkologische Nachsorge durch das körpereigene Material nicht beeinflusst.

Worin liegt die besondere Bedeutung des autologen Lipotransfers?

Seit 2018 wird bei Verwendung beschichteter Brustimplantate – unabhängig von der Anwendung zum Brustaufbau oder bei kosmetischer Augmentation – das Auftreten von peripheren T-Zell Lymphomen in der Implantatkapsel diskutiert.

Ungefähr 80 % dieser Lymphome haben sich 7 – 10 Jahre nach Implantation als plötzlich auftretendes Serom präsentiert. In den übrigen 20 % zeigten sie sich sowohl als Tumor als auch Serom. Tritt ein Lymphom auf, ist in jedem Fall die radikale Entfernung der Prothesenkapsel und der Prothese erforderlich. Nach bisheriger Datenlage ist diese Therapie kurativ.

Die Pathophysiologie der Lymphomgenese deutet auf einen Zusammenhang zwischen der Oberflächenbeschaffenheit und einem darauf gebildeten Biofilm hin. Eine vergleichbare Lymphom-

entwicklung bei Implantation von Prothesen mit glatter Oberfläche ist bisher nicht beobachtet worden. Allerdings sind die damit erzielten Brustbilder weniger formstabil.

Um also entstehende Formänderungen ausgleichen zu können und insbesondere bei der Brustrekonstruktion nach nippel-schonender Mastektomie wird der Fetttransfer für den Volumenersatz in seiner Bedeutung zunehmen. Brustrekonstruktionen mit ausschließlich autologem Fett von ca. 400 ml in 2 – 4 operativen Settings haben zu guten kosmetischen Ergebnissen geführt.

Implantate werden durch den Lipotransfer nicht überflüssig werden. Aber in den personalisierten Behandlungsplänen wird diese Methode eine wichtige Option im Ausgleich von fehlendem Brustvolumen, Vernarbung oder Brustaugmentation sein.

Autorin:
Dr. Carina Paschold
Chefärztin
Klinik für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe

Veranstaltungen & Termine

STARTER SONOGRAFIE

Veranstalter: Medizinische Klinik I

Freitag, 22. November 2019

15.00 – 19.30 Uhr

Samstag, 23. November 2019

8.00 – 16.00 Uhr



Zurecht gilt die Sonografie als sinnvolle Weiterführung der Diagnostik nach erfolgter Anamnese und körperlicher Untersuchung. In vielen klinischen Situationen stellt der Ultraschall seit vielen Jahren die erste Wahl der Bildgebung dar: Sei es in der Hausarztpraxis beim Patienten mit V. a. Gallenkolik, sei es in der zentralen

Notaufnahme beim Traumapatient zum Ausschluss freier Flüssigkeit, sei es bettseitig auf der onkologischen Station zur Punktion von Pleuraergüssen oder Aszites.

Aber aller Anfang ist schwer, auch in der Sonografie. Theoretische Grundkenntnisse sowie eine gewisse Übung und Expertise sind zur sicheren Ultraschalldiagnostik unabdingbar. Aber es gibt keinen Grund vor allzu großem Respekt vor dieser Technik: Erste Kenntnisse können schnell erlernt werden und danach als Grundlage für eine weitere kontinuierliche (lebenslange!) Verbesserung der Schallkenntnisse dienen.

Diesem Ziel folgt unser Workshop »Starter Sonografie«: Wir wollen die relevante Grundlagen – stets mit klinischem Focus – in Vorträgen mit Ihnen besprechen und diese in Kleingruppen anwenden und vertiefen. Unser Kurs richtet sich an Anfänger in der Sonografie insbesondere aus dem Bereich der Allgemeinmedizin, Inneren Medizin und Viszeralchirurgie, ist aber auch geeignet zur Auffrischung bereits vorhandener Ultraschallkenntnisse.

Der Kurs ist als hausinterne und niederschwellige Ergänzung zu den bewährten DEGUM-zertifizierten Kursen gedacht und soll diese nicht ersetzen, sondern ergänzen.

👤 Dr. Norbert Jung
 👤 Dr. Alexander Maier
 ➔ Klinikum Heidenheim, Raum B 2.135

- Zielgruppe: Anfänger und noch wenig erfahrene Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin, der Chirurgie und der Inneren Medizin.
- Zertifizierung: 8 CME-Punkte
- Kursgebühr 150,- Euro
- Die Teilnehmerzahl ist begrenzt

➤ Anmeldung erforderlich

Telefon 07321 33-26 65

Fax: 07321 33-29 77

E-Mail Norbert.Jung@kliniken-heidenheim.de

Veranstaltungen & Termine

ANÄSTHESIE – SCHMERZKONFERENZ

👤 Wissenschaftliche Leitung:
 Professor Dr. med. Alexander Brinkmann

16.30 – 18.00 Uhr

13. November 2019

➔ Besprechungsraum Haus A, 2. Stock, Zi 2.216

ANÄSTHESIE – FORTBILDUNGSVERANSTALTUNGEN:

Jeweils 16.15 – 18.30 Uhr im Hörsaal des Klinikums:

25. November 2019

👤 Dr. Simone Gurli, Münster

Der alte Mensch im perioperativen Umfeld

Kreisärzteschaft

Mittwoch, 20. November 2019

Integrative Medizin am Klinikum Heidenheim

Bisherige und zukünftige Entwicklungen der Belegklinik für Homöotherapie

👤 Dr. Andreas Laubersheimer et al.

➔ Klinikum Heidenheim, Hörsaal

Qualitätszirkel

QUALITÄTSZIRKEL BRUSTZENTRUM

Mittwoch, 13. November 2019

17.00 – 19.00 Uhr

➔ Konferenzraum, Klinikum Heidenheim

QUALITÄTSZIRKEL DARMZENTRUM

Mittwoch, 4. Dezember 2019

17.30 – 19.00 Uhr

➔ Konferenzraum, Klinikum Heidenheim

Telefon-Nummern

Klinikum Heidenheim	07321 33 -0
Zentrale Notaufnahme (ZNA)	- 91 120
Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie	- 22 12
Schmerzambulanz	- 22 29
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	- 95 507
Ambulanz	- 95 500
Kreisssaal	- 95 300
Kinder- und Jugendmedizin	- 22 70
Medizinische Klinik I (Gastroenterologie, Onkologie)	- 26 65
MRE-Koordinator	-94 005
Medizinische Klinik II (Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie)	- 28 62
Dialyse teilstationär	- 21 45
Neurologie	- 21 02
StrokeUnit	- 91 410
Orthopädie und Unfallchirurgie	- 21 82
Elektivambulanz	- 23 39
Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik	- 24 52
Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	- 26 59
Radiologie	- 23 09
Radioonkologie und Strahlentherapie	- 26 71
Urologie	- 23 42
Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie	- 21 72
Elektivambulanz	- 23 39
ZAM Zentrum für Altersmedizin	- 94 021
Geriatrischer Schwerpunkt	- 24 55
Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen	07322 954-201
Zfl Zentrum für Intensivmedizin	- 91 300
ZBM Zentrales Belegungsmanagement / ZPA Zentrale Patientenaufnahme	
Für Ärzte	- 95 609
Für Patienten	- 95 600
Belegklinik HNO (Station B7)	- 93 700
Belegklinik Homöotherapie	- 91 202
Belegklinik MKG (Station B1)	- 93 100
Onkologischer Schwerpunkt Ostwürttemberg (OSP)	- 29 54
Regionales Arzneimittelinformationszentrum (RAIZ)	- 23 62
STAUfrei-Studienzentrale	- 93 050

Impressum

med.izin

Newsletter für niedergelassene Ärzte
aus dem Klinikum Heidenheim

Bilder:
Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH;

Herausgeber:
Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH,
Schloßhastr. 100,
89522 Heidenheim

Layout, Bildbearbeitung:
Werner Heinle

Redaktion:
Professor Dr. Peter Helwig,

Zuschriften:
Redaktion **med.izin**,
c/o Klinik für Orthopädie
und Unfallchirurgie
Sekretariat
Schloßhastr. 100
89522 Heidenheim

Für Schreibfehler wird keine Haftung
übernommen

E-Mail:
med.izin@kliniken-heidenheim.de