

3. Traumavideosymposium v Českých Budějovicích

Ve dnech 22.–24. 4. 2008 se konalo v Českých Budějovicích již třetí Traumavideosymposium. Stejně jako v předcházejících ročnících byla tato akce organizována Oddělením úrazové chirurgie budějovické nemocnice vedeným prim. Kopačkou. Dvě předchozí akce byly velmi úspěšné, takže i tentokrát byl zájem ortopedů, traumatologů a chirurgů z nejrůznějších pracovišť celé České republiky velmi značný. Zaregistrovalo se celkem 115 lékařů a 65 sester. Hlavním sponzorem celé akce byla firma Synthes. Pro 3. ročník zvolili organizátoři dvě velmi nosná témata – *zlomeniny proximálního femuru* a *zlomeniny pánve*.

Proximálnímu femuru byl věnován první den symposia. Vzhledem k tomu, že tato problematika je denním chlebem každého pracoviště, které se zabývá traumatologií pohybového aparátu, bylo co ukazovat i o čem diskutovat. Většina přednášek se věnovala trochanterickým zlomeninám, intrakapsulárními zlomeninami krčku se zabývalo jen několik přednášejících. Osvěžením byla přednáška týkající se artroskopie kyčelního kloubu (Sadovský) a ipsilaterální zlomeniny femuru v dětském věku (Toufar). U trochanterických zlomenin se diskutovala jak operační technika obecně, tak výhody a nevýhody extra- a intramedulárních implantátů. Přednášky i konstruktivní diskuse se dají shrnout do těchto závěrů:

1. Je nutné rozlišovat pertrochanterické (AO 31A1+2) a intertrochanterické zlomeniny (31A3), které plynuce přecházejí do zlomenin subtrochanterických.
2. U intertrochanterických a subtrochanterických zlomenin bývá zavřená repozice někdy obtížná a je nutné si pomáhat Steinmannovým hřebem ve skličidle nebo reponovat otevřene z krátké incize. Metodou volby je nitrodrěňový kyčelní hřeb (IMHN), distálně dynamicky zajištěný.
3. U pertrochanterických zlomenin je velmi důležité zachovat integritu laterální kortikalis velkého trochanteru, která brání medializaci diafýzy. Při medializaci se totiž proximální úlomek tvořený hlavicí a krčkem posunuje laterálně směrem do velkého trochanteru. Tím mediální kortikalis proximálního a distálního úlomku ztrácí vzájemný kontakt a zlomenina se stává varózně nestabilní.
4. Pertrochanterické stabilní zlomeniny je možné stabilizovat jak DHS, tak IMHN. U nestabilních zlomenin je výhodnější použít hřeb, který lépe brání medializaci distálního fragmentu (diafýzy). U většiny pertrochanterických zlomenin není nutné hřeb distálně zajišťovat.
5. Velmi důležité je u extra- i intramedulárních implantátů dobře zreponovat zlomeninu v obou projekcích a následně zavést nosné šrouby středem krčku a hlavice v obou projekcích těsně subchondrálně.

Druhý den věnovaný pánvím byl v jistém protikladu dnu předcházejícímu. Zatímco zlomeniny proximálního femuru se řešily tzv. na domácím písečku, u pánví bylo zastoupení domácích a zahraničních řečníků parit-

ní. Mezi zahraniční patřili prof. Rommes (Mainz), prof. Nerlich (Řezno), prof. Varga (Maďarsko), dr. Holanda (z kliniky prof. Pohlemanna). Jejich přednášky byly excelentní, ale nutno říci, že většina domácích řečníků za nimi nezaostávala. Z řečeného a viděného lze stručně shrnout, že zlomeniny pánve včetně zlomenin acetabula patří do traumacenter. Tato poranění jsou natolik závažná, že nejde jen o kvalitu vlastního operačního výkonu, ale o vše, co s tím souvisí, tedy např. o anesteziologicko-resuscitační péči, diagnostiku (CT, MR, radiologické invazivní metody včetně možnosti embolizace), dostupnost dalších odborností nutných ke komplexnímu ošetření poraněného (cévní chirurg, neurochirurg, hrudní chirurg) atd. Významným faktorem hovořícím pro koncentraci těchto poranění na vybraná pracoviště jsou i roční počty ošetření. Pouze určitá frekvence operací je schopna udržet ošetřující tým na dobré úrovni a dále rozvíjet jeho erudici.

I když část auditoria se operační léčbou těchto zlomenin ve své praxi nezabývá, myslím, že z kvalitních přednášek profitovali všichni. „Konfrontace“ zahraničních a domácích přednášek ukázala, že v řadě našich traumacenter je ošetrování zlomenin pánve a acetabula na velmi vysoké úrovni.

Po stránce organizační, včetně promítací techniky, je možné hostitelům, a především dr. Kloubovi, udělit absolutorium. Totéž se týká i doprovodných společenských akcí. V pondělí večer to bylo setkání přednášejících v krásně zrekonstruovaných Masných krámech a v úterý pak společenský večer pro všechny účastníky v hotelu Gomel. Po skončení symposia proběhla i schůze AO ALUMNI ČR.

Více jak dvě desítky účastníků využily i možnosti zahájit ještě před symposiem svoji letošní vodáckou sezónu sjezdem ze Zlaté Koruny do Boršova. Počasí přálo, sluníčka i rychle tekoucí vody bylo dost a probouzející se příroda na obou březích dala zapomenout jindy běžným starostem nemocničního dne. A hlavně, Vltava ten den tekla pouze pro nás. Ze zahraničních účastníků využil této nabídky prof. Varga s manželkou, pro které to byla vodácká premiéra. Využili ji dokonale včetně dvou cvaknutí.

Co se celkového hodnocení týká, mohu po absolvování všech tří ročníků říci, že myšlenka kombinace přednášek a videosekvencí se ukázala jako velmi nosná a životaschopná. Detailní živé záběry přímo z operací umožňují podělit se s posluchači o detaily či triky operační techniky jinak těžko sdělitelné. Organizátoři inspirovaní Hannoverem se této možnosti ujali jako první v ČR a významným způsobem tak rozšířili možnosti postgraduálního vzdělávání v traumatologii pohybového aparátu.

Příští rok (ve stejnou dobu) bude další videosymposium věnováno intraartikulárním zlomeninám. Účast přislíbil opět Jesse Jupiter a nově Richard Buckley, patronaci převzalo AO centrum v Davosu, takže se máme na co těšit.

Jan Bartoníček

Zpráva z kongresu

Ve dnech 3. a 5. dubna 2008 jsem se zúčastnil 14. *Jahrestagung der Deutsche Assoziation f. Fuss und Sprunggelenk* v Coburgu (SRN), kam jsem byl pozván jako čestný host. Byl jsem požádán o úvodní přednášku *Die Anatomie der Sprungg- und Fussgelenke* v sekci diagnostika a zobrazovací metody. Této sekci jsem také spolupředsedal.

Výročního kongresu se zúčastnilo přes 400 ortopedů a traumatologů z celé SRN i ze zahraničí. Tematika byla rozdělena jak na traumatologii, tak na rekonstrukční výkony včetně umělých náhrad hlezna. Hlavními hvězdami kongresu byl prof. Sanders z USA, prof. Zwipp z Drážďan (oba se v loňském roce zúčastnili AO kurzu v Praze) a prof. Kofoed z Dánska. Součástí kongresu byla i volba výboru a jeho vedení.

V traumatologické části dominovaly přednášky Sanderse (zlomeniny pilonu tibie), Zwippa a Sanderse (zlomeniny patní kosti) a prof. Mittlmeiera (poranění Chopartova a Lisfrancova kloubu).

Velký zájem se soustředil na umělé náhrady hlezna. Prof. Kofoed z Dánska, jeden z hlavních světových protagonistů této metody, prezentoval své dlouhodobé a poměrně velmi dobré výsledky. Co však bylo hlavní, ukázal, že jedním z hlavních předpokladů úspěšné aloplastiky hlezna je současné, či aloplastice předcházející vyřešení deformit a degenerativních onemocnění ostatních kloubů nohy, především subtalárního, Chopartova i Lisfrancova. Pokud ponecháme zejména kalkaneus v neanatomickém postavení (varozita, valgozita), nemůže být dlouhodobější výsledek uspokojivý. Totéž se obdobně týká anatomického postavení ostatních částí nohy.

Katja Schenk prezentovala zkušenosti Magdeburské ortopedické kliniky. Za 10 let implantovali 720 náhrad

hlezna, ale 12,5 % z nich bylo revidováno, tj. každá osmá! V současné době sice udávají pokles revizí, nicméně s náhradami kyčle či kolena jsou tato čísla mnohem vyšší. Relativně vysoký počet náhrad (33 až 47 %) ve střednědobém horizontu sledování udávali prakticky všichni referující. Většina z nich doporučovala použití necementovaných, trojdílných náhrad hlezna.

Velmi impresivní byla přednáška Sanderse, který referoval o 77 revizních operacích aloplastiky hlezna. V některých případech se jednalo o druhou nebo třetí revizi. Vždy šlo o velmi složité výkony a jen málokdy se podařilo aloplastiku zachránit s dobrým funkčním výsledkem. Naopak velmi dobrých výsledků dosáhl v řadě případů provedením sekundární dězy. Na základě svých zkušeností Sanders nedoporučuje aloplastiku u mladých nebo obézních pacientů.

V diskusi zazněl všeobecně akceptovaný názor, že aloplastika hlezna není zdaleka uspokojivě vyřešený problém. Důležité je zvládnutí učební křivky, dostatečný počet a frekvence pacientů. Nezodpovězenou otázkou je i rozvoj subtalárních artrotických změn po náhradě hlezna (Zwipp).

Při indikaci aloplastiky hlezna je vždy nutné posoudit stav celé nohy jako funkčního celku. Samotná náhrada hlezna při postiženích ostatních částí nohy nemůže být panaceou. Proto by ji měli ti, kteří se chirurgii nohy a hlezna věnují řešit komplexně.

Velmi příjemná byla i společenská část kongresu, kde byla řada příležitostí k osobním setkáním a diskusím. Příští kongres se bude konat v roce 2009 v Magdeburgu.

Jan Bartoníček