

39

# Jahrestagung der Sektion Kindertraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.



11.–12. Juni 2021 Tübingen

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden 9 Fragen zu den Beiträgen der Videoplattform zur 39. Jahrestagung der SKT/DGU. Es sind Mehrfachantworten möglich. Das ausgefüllte PDF-Dokument schicken Sie bitte an [justus.lieber@med.uni-tuebingen.de](mailto:justus.lieber@med.uni-tuebingen.de)

Name Vorname Dienst-/Wohnort ENF-Nummer

**1** Welche Aussage zu instabilen Frakturen am diametaphysären Übergang des Unterarms treffen zu?

Der Knochen bricht am diametaphysären Übergang leichter, da er weniger stabil ist als Metaphyse und Diaphyse.

Der Musculus pronator quadratus kann in den Frakturspalt interponieren und dadurch ein Repositionshindernis verursachen.

Es existieren klare Therapieempfehlungen bei diametaphysären Unterarmfrakturen.

**2** Welche Therapieoptionen kommen bei diametaphysären Unterarmfrakturen zur Anwendung?

Konservative Therapie

Klassische (transfokale) und transepiophysäre K-Draht Osteosynthese

ESIN mit technischem „Trick“

Plattenosteosynthese

Fixateur externe

**3** Welche Aussagen zu resorbierbaren Implantaten in der Kindertraumatologie stimmen?

Sie finden generell keine Anwendung an wachsenden Knochen eines Kindes.

Es sind u.a. Produkte aus Magnesium und Mg-Zn-Ca verfügbar.

Bei der Versorgung einer Unterarmschaftfraktur mittels BIN ist eine additive Gipsruhigstellung nötig.

**4** Welche Aussagen zur Metallentfernung treffen zu?

Es gibt keine Evidenz für oder gegen die Notwendigkeit einer Metallentfernung.

Wenn Implantate nicht entfernt werden, bestehen möglicherweise Risiken der Korrosion, chronischer Infektion, allergischen Reaktion und/oder einer Hypersensitivität gegen Implantate im Langzeitverlauf.

Möglicherweise stören belassene Implantate spätere Rekonstruktionen/Operationen (z.B. Hüftendoprothese), brechen, migrieren oder verursachen eine Knochenschwäche (z.B. unter Platten), die wiederum Anschlußfrakturen am Plattenende verursachen können.

Probleme und Komplikationen bei/nach der ME von Implantaten nach Extremitätenverletzungen im Kindesalter können in bis zu 10% der Fälle auftreten.

**5** Welche Aussagen zu Avulsionsfrakturen treffen zu?

Avulsionsfrakturen sind eine einheitliche Entität von Knochenpathologien, die auftreten, wenn ein Knochenfragment vom Hauptknochen als Folge einer plötzlich auftretenden Zugkraft durch eine kraftvolle Muskelkontraktion weggezogen wird.

Apophysen besitzen den gleichen histologischen Aufbau wie Epiphysen. Epiphysen sind eher für das Längenwachstum verantwortlich, Apophysen eher für die Formgebung.

Prädisponierende Faktoren für Apophysenabrisssfrakturen sind eine sehr gut trainierte Muskelmasse mit hoher Kraftentwicklung sowie häufig fokierte Muskelanspannungen (z.B. beim Sport) oder passive Muskeldehnungen (z.B. beim Spagat).

Avulsionsfrakturen treten niemals in der Adoleszenz auf.

**6** Welche Aussage zum BG-lichen Management bei Kindern trifft zu?

BG-lich versichert sind vor- und nachstationäre Behandlungen, ambulante Behandlungen und Begutachtungen.

Im D-Arzt Bericht von Kindern und Jugendlichen mit Extremitätenfrakturen muss die AO-Kinderklassifikation angewendet werden.

Die Berufsgenossenschaften übernehmen im Regelfall die Kosten für eine Fraktursonographie.

Die Schulfähigkeit ist die Arbeitsfähigkeit des Kindes.

**7** In welchen Fällen ist ein unmittelbarer Einstieg in das Reha-Management für Kinder und Jugendliche aus Sicht der UV sinnvoll?

Alle Fälle, die diagnosegesichert in der Schwereverletzungsartenverfahren (SAV) gehören.

Gelenkbetreffende oder gelenknahe Frakturen, v.a. mit Beteiligung der Wachstumsfuge (Ziffer 7.1 (V)).

Mehrfachbrüche (u.a. Ziffer 6.1 (V)).

Operationsbedürftige Becken- und Wirbelsäulen (u.a. Ziffer 9.2 (V)).

Verletzungen mit Gefäß-, Nervenbeteiligung.

Schwere Weichteilverletzungen.

**8** Welche Aussagen zur Bildgebung bei Extremitätenfrakturen im Kindesalter sind richtig?

Das Röntgen der gesunden Gegenseite bei der Primärdiagnostik ist heutzutage – mit ganz seltenen Ausnahmen – obsolet.

Bei jeder Röntgendiagnostik sollte stets das ALARA-Prinzip angewendet werden.

Intraoperativ kann mit der gepulsten Röntgentechnik wesentlich zur Strahlenreduktion beigetragen werden.

Das Operieren auf einem Bildverstärker erhöht die Strahlenbelastung auch für das OP-Team.

Im postoperativen Verlauf sollten Kinder aus medikolegalen Gründen geröntgt werden.

**9** Welche Aussagen zu Ellenbogenfrakturen im Kindesalter sind richtig?

Suprakondyläre Humerusfrakturen zeigen sowohl nach K-Draht Osteosynthese als auch nach ESIN Osteosynthese ein gleiches Outcome im Langzeitverlauf.

Bei der Therapie der Radiushalsfraktur sollte das Korrekturpotential in den Behandlungsplan inkludiert werden, so minimal invasiv wie möglich vorgegangen werden und eine frühfunktionelle Behandlung durchgeführt werden.

Bei vollständig dislozierten Radiushalsfrakturen muss bei der geschlossenen Reposition und ESIN Osteosynthese an das Vorliegen eines Up-Side-Down-Phänomens gedacht werden.

Frakturen des Kondylus radialis können differenziert werden in undisloziert stabile Frakturen, undisloziert instabile Frakturen und dislozierte Frakturen, die immer instabil sind.

Die Sonographie hat – auch in erfahrenen Händen – keinerlei Aussagekraft bei Nerveneinklemmungen im Rahmen von Ellenbogenfrakturen.

Die Fortbildung (VNR: 276080901837500015) wird von der Landesärztekammer Baden-Württemberg mit 5 Fortbildungspunkten (FP) in der Kategorie D für das Fortbildungszertifikat anerkannt.

Die Veranstaltung ist als Fortbildung „Kindertraumatologie“ im Sinne der Ziffer 5.12 der Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren anerkannt.