

# Junge Alterstraumatologie nützt älteren Unfallpatienten!

Norbert Suhm<sup>a</sup>, Franziska Saxer<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Prof. Dr. med., Universitätsspital Basel, Klinik für Orthopädie und Traumatologie; <sup>b</sup> Dr. med., Universitätsspital Basel, Klinik für Orthopädie und Traumatologie

Was wünscht sich ein betagter Patient mit Oberschenkelhalsbruch für seine Zukunft? Was ist es uns wert, wenn Angehörige in die eigene Wohnung zurückkehren können und nicht ins Pflegeheim müssen? Der Nutzen einer der Demographie angepassten Unfallchirurgie ist für Patienten und deren Umfeld gleichermassen spürbar.

## Mission possible!

Gebrechlichen Patienten mit Verletzung eine Rückkehr in die gewohnte Umgebung zu erlauben – so könnte das «Mission-Statement» einer Abteilung für Alterstraumatologie lauten. In den letzten zehn Jahren haben sich derartig spezialisierte Einrichtungen in unterschiedlichsten Gesundheitssystemen weltweit etabliert – und kommen damit einem Bedürfnis der Gesellschaft nach: Sturzverletzungen bei Patienten mit alterstypischen Nebenerkrankungen und funktionellen Defiziten sind nämlich zu einem der häufigsten Gründe für Spitaleinweisungen geworden.

## Altersfrakturen – eine Herausforderung

Altersfrakturen fordern das *Gesundheitssystem* aufgrund ihrer hohen Inzidenz und der damit verbundenen Behandlungskosten heraus. Im Alter über 65 stürzt jeder Dritte mindestens einmal jährlich. In Kombination mit dem im Alter häufigen Knochenschwund (Osteoporose) führte das 2010 in der Schweiz zu etwa 74 000 neuen Frakturen bei den über 50-jährigen [1]. Die Behandlungskosten dafür wurden auf über zwei Milliarden Franken geschätzt [2].

## Moderne Chirurgie für betagte Patienten verhindert lange Phasen ohne Bewegung – und damit einen irreversiblen Verlust von Muskelmasse.

Die Herausforderung für den *individuellen Patienten* ergibt sich aus den altersbedingt reduzierten physiologischen Reserven: Seine körperlichen und geistigen Möglichkeiten, auf eine veränderte Situation und die damit verbundenen Anforderungen adäquat zu rea-

gieren, sind beschränkt. Die Betroffenen befinden sich bereits vor dem Unfall auf einem schmalen Grat zwischen Selbständigkeit und Abhängigkeit. Selbst geringfügige Verletzungen drohen dieses fragile Gleichgewicht zu zerstören – und das Ziel der so sehr gewünschten Rückkehr in die gewohnte Umgebung rückt in weite Ferne. Auf die Konsequenzen einer – dann frakturbedingten – Unterbringung im Pflegeheim wurde bereits in einem zuvor in dieser Reihe erschienenen Artikel eingegangen [3].

## Bewegung ist Leben – Leben ist Bewegung

Oberstes Behandlungsziel ist es also, Mobilität und Unabhängigkeit zu erhalten. Der Verlust an Muskelmasse, der bei Behandlungen ohne Operation durch längere Ruhigstellung im Gips oder mit Schienen oder infolge verordneter Bettruhe entsteht, ist bei betagten Patienten jedoch häufig irreversibel. Durch Fortschritte der chirurgischen Technik, mit neuen Implantaten und vor allem auch aufgrund von schonenden Narkoseverfahren können wir heute aber selbst höchstbetagten Patienten eine operative Behandlungsalternative anbieten, die keine längere Phase der Immobilität erfordert. Aus dieser Perspektive kann der Trend zu mehr unfallbedingten Operationen eben auch gesehen werden!

**Beispiel 1: Die Behandlung der impaktierten Schenkelhalsfraktur** eignet sich besonders gut zur Veranschaulichung dieser modernen Behandlungsphilosophie. Noch vor 20 Jahren wurde dieser Verletzungstyp konservativ behandelt, also ohne Operation, mit einer Woche Bettruhe und anschliessender Mobilisation unter Teilbelastung. Damals war es Lehrmeinung, dass diese Brüche bei drei Vierteln der Patienten unter die-

sem Therapieregime ausheilen – und ihnen somit eine unnötige Operation erspart bliebe. Die Studien [4] bezogen sich allerdings auf Patienten mit einem Durchschnittsalter von 70 Jahren und ohne relevante Begleiterkrankungen. Heute sind Patienten mit hüftgelenksnaher Fraktur durchschnittlich 82 Jahre alt, leiden an drei Nebenerkrankungen und lassen eine ärztlich verordnete Teilbelastung zur Wunschvorstellung werden. Deshalb behandeln wir die impaktierte Schenkelhalsfraktur heute grundsätzlich mit einem Gelenkersatz und Mobilisation unter voller Belastung ab dem ersten postoperativen Tag.

**Beispiel 2: Die Behandlung des Beckenbruchs – und der gleichzeitig bestehenden Osteoporose** – ist ein zweites Beispiel dafür, dass eine auf betagte Patienten abgestimmte Diagnostik und Therapie schneller zu mehr Mobilität führt. Aufgrund der früher üblichen Beckenübersichtsaufnahmen lautete die Diagnose häufig «obere und untere Schambeinastfraktur» [5]. Die Therapie beschränkte sich dann auf Schmerzbehandlung und Entlastung der verletzten Seite soweit möglich – und andernfalls eben auf 4- bis 8-wöchige Bettruhe.

### Das oberste Behandlungsziel ist, Mobilität und Unabhängigkeit zu erhalten – und dem Patienten eine Rückkehr nach Hause zu ermöglichen.

Heute führen wir regelhaft eine Computertomographie des Beckens durch – und teilen auf dieser Grundlage knöcherne Verletzungen des vorderen und hinteren Beckenrings in vier Hauptgruppen mit differenzierten Therapieoptionen ein [6]. Die bildgeführte, minimalinvasive Verschraubung des hinteren Beckenrings in weniger als 60 Minuten Operationszeit ist beispielsweise eine davon. Diesen Eingriff können wir guten Gewissens Patienten bis ins höchste Lebensalter vorschlagen – unsere älteste Patientin war zum Operationszeitpunkt 93-jährig! Die Patienten sind schon am ersten Tag nach der Operation deutlich weniger schmerzgeplagt, mobilisierbar und damit der Rückkehr nach Hause einen wichtigen Schritt näher.

### Operieren allein genügt nicht

Aufgrund von Begleiterkrankungen und verminderten physiologischen Reserven weisen betagte Frakturpatienten nach einer OP deutlich häufiger Komplika-

kationen auf. Die soeben beschriebenen Operationstechniken entfalten ihr volles Potential erst, wenn sie in ein umfassendes, auf diese Patientengruppe abgestimmtes Konzept eingebettet sind. Ein Element davon kann z.B. ein Behandlungspfad sein, mit dem der Weg des betagten Unfallpatienten von der Aufnahme in der Notfallstation bis zur Entlassung aus der Rehabilitation in Protokollen beschrieben und definiert ist. Durch die praktische Umsetzung unter Einbezug aller beteiligten Disziplinen (Notfallmedizin, Anästhesie, Geriatrie und Rehabilitation sowie Traumatologie) und Berufsgruppen (Pflege, Physiotherapie, Sozialdienst, Ernährungsberatung, ärztlicher Dienst) konnten wir die Komplikationshäufigkeit in dieser speziellen Patientengruppe von 73% auf 59% senken [7].

### Zusammenfassung

Der Wunsch, auch nach einer sturzbedingten Verletzung selbstbestimmt und unabhängig zu leben, hat für betagte Patienten höchste Priorität. Eine möglichst kurze Phase der Ruhigstellung und eine schnellstmögliche Mobilisation werden deshalb zur medizinischen Notwendigkeit. Durch operative Behandlungsoptionen, die sicher, schnell und komplikationsarm ausgeführt werden, ist es uns heute möglich, betroffene Patienten und deren Umfeld beim Erreichen ihrer Zielsetzung eines möglichst autonomen Lebens bestmöglich zu unterstützen. Eingebettet in einen alterstrauumatologisch ausgerichteten Patientenpfad sind davon die besten Resultate zu erwarten.

### Literatur

- 1 Lippuner K, Johansson H, Kanis JA, Rizzoli R. Remaining lifetime and absolute 10-year probabilities of osteoporotic fracture in Swiss men and women. *Osteoporos Int.* 2009;20:1131–40.
- 2 Svedbom A, Ivergård M, Hernlund E, Rizzoli R, Kanis JA. Epidemiology and economic burden of osteoporosis in Switzerland. *Arch Osteoporos.* 2014;9:187. DOI: 10.1007/s11657-014-0187-y.
- 3 Brandenburg JE. Endoprothesen kosten viel – und nützen noch mehr. *Schweizerische Ärztezeitung.* 2017;98(33):1024–5.
- 4 Raaymakers EL, Marti RK. Non-operative treatment of impacted femoral neck fractures. A prospective study of 170 cases. *J Bone Joint Surg Br.* 1991;73(6):950–4.
- 5 Studer P, Suhm N, Zappe B, Bless N, Jakob M. Pubic rami fractures in the elderly – a neglected injury? *Swiss Med Wkly.* 2013;143(19):w13859.
- 6 Rommens PM, Hofmann A. Comprehensive classification of fragility fractures of the pelvic ring: Recommendations for surgical treatment. *Injury Int J Care Injured.* 2013;44:1733–44.
- 7 Suhm N, Kaelin R, Studer P, Wang Q, Kressig RW, Rikli D, Jakob M, Pretto M. Orthogeriatric care pathway: a prospective survey of impact on length of stay, mortality and institutionalisation. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2014;134(9):1261–9.

Korrespondenz:  
Prof. Dr. Norbert Suhm  
Leitender Arzt Orthopädie  
und Traumatologie /  
Orthopedic Osteology  
Spitalstrasse 21  
CH-4031 Basel  
norbert.suhm[at]usb.ch