

AufNr.:200003080 / Anton Ainsler (\*30.05.1941)

2

Quadranten zu liegen kommt. Längenbestimmung der Klinge mit 110 mm. Aufbohren der lateralen Kortikalis. Anschließend Einschieben der entsprechenden Helix-Klinge durch die Führungshülse, die letzten Zentimeter wird die Klinge vorsichtig eingehämmert. Einbringen des flexiblen Schraubenziehers proximal durch den Nagel um den Spermechanismus für die Klinge zu fixieren. Nach vollständiger Verriegelung wird die Schraube um eine halbe Umdrehung gegen Uhrzeigersinn zurückgedreht, um eine entsprechende Dynamisierung zu ermöglichen. Nachlassen der Extension. Nun wird der Nagel distal mit Hilfe des Winkelgetriebes einmal dynamisch und einmal statisch verriegelt. Entfernen des Zielbügels mit abschließender Bildwandlerkontrolle in beiden Ebenen. Es zeigt sich ein zufriedenstellendes OP-Ergebnis. Ausgiebiges Spülen des Situs. Einlegen einer 12er Redondrainage mit Ausleitung nach distal. Enge Fasziennaht. Neuverliches Spülen und Einlegen einer 10er Redondrainage subkutan mit Ausleitung nach distal. Adaptierende Subkutannaht. Hautdesinfektion. Atraumatischer Hautverschluss mit dem Klammergerät. Hautdesinfektion und Anbringen eines sterilen Wundverbandes. Elastische Wickelung des rechten Unterschenkels. Vorsichtiges Entlagern des Patienten.

**Procedere:** Für 6 Wochen Mobilisation unter Entlastung des operierten Beines, da eine Teilbelastung mit 20 kg wahrscheinlich nicht sicher umgesetzt werden kann. Thromboseprophylaxe mit einem niedermolekularen Heparin. Nach 6 Wochen Dynamisierung des Nagels mit anschließend sukzessivem, schmerzadaptiertem Belastungsaufbau.

OA Dr. med. Schnell, Rainer

☑ diktiert, kontrolliert und freigegeben durch Operateur/in

Nach 6 Wochen Rg-Kontrolle  
be muss!

dann planen ambulante  
Scheubearbeiten auf

Rein dann ausser, eberd.

OA Schnell / gg

Klinikum Friedrichshafen GmbH

Röntgenstraße 2, 88048 Friedrichshafen

Patientenname: Ainsler, Anton Geburtsdatum: 30.05.1941 Aufn.-Nr. 200003080 Station: Pflegegruppe 22

Operationsbericht

OP-Tag: 11.01.2020  
Operateur: Dr. med. Schnell, Rainer  
Anästhesist: Regelman, Ulrike  
Narkoseart: Intubationsnarkose  
OP-Saal: OP-Sr./Pfl.:  
Assistenz: Hasler, Caroline  
OP1 (1351) Heid, Christian  
S72.2  
S71.84

Diagnosen:

Dislozierte subtrochanteräre Femurfraktur  
Weichteilschaden I. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation der Hüfte und des Oberschenkels  
Dislozierte subtrochanteräre Femurfraktur rechts

Operation:

Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines 5-794.xf  
langen Röhrenknochens; Sonstige: Femur proximal  
Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines 5-794.1f  
langen Röhrenknochens; Durch Draht oder Zugurtung/Cerclage: Femur proximal  
Offene Reposition und Osteosynthese mittels TFNA -

**Implantat:** Fa. Depuy Synthes, TFNA lang, 380 mm, Durchmesser 10 mm; Klinge 110 mm; distal einmal dynamische und einmal statische Verriegelung

**Indikation:** Der Patient war in der Nacht von 10.01. auf 11.01.20 aus seinem Elektromobil gestürzt und zog sich hierbei o.g. Verletzung zu. Es bestand die Indikation zum o.g. Eingriff. Eine schriftliche Einverständniserklärung liegt vor.

**OP:** Druckentlastende Rückenlagerung des Patienten auf einen Extensionsstisch. Es besteht eine Leistenmykose, ferner ist beidseits eine ausgeprägte Stauungsdermatitis zu erkennen. Single-Shot-Antibiose mit Cefazolin 2 g i.v. Versuch der geschlossenen Reposition, dies bleibt jedoch frustan und gelingt nicht. Steriles Abwaschen und Abdecken des OP-Gebiets mit einem Vertikaltuch. Team-time-out ohne Besonderheiten. Detektion des Frakturgeschehens subtrochanter unter dem Bildwandler. Anschließend lateralseitiger Hautschnitt. Scharfes Durchtrennen des Subkutangewebes unter subtiler Blutstillung. Längsspalt der Faszie, anschließend transmuskuläres Eingehen auf die Fraktur durch den Musculus vastus lateralis. Ausspülen des großflächigen Hämatoms. Nun wird zunächst der Schaft gegen das distale Fragment reponiert. Anschließend Anbringen einer ersten Kabelecerclage um dieses Konstrukt. Der Versuch, proximal im Bereich des medialen Frakturanteiles ebenfalls eine Cerclage anzubringen gelingt aufgrund der ausgeprägten Weichteilverhältnisse nicht. Somit wird beschlossen, zunächst zu versuchen, den TFNA ins Frakturgeschehen als eine Art Fixateur interne einzubringen. Unter dem Bildwandler Detektion des Trochanter major. Etwas proximal dorsal hiervon 3 cm messender Hautschnitt. Scharfes Durchtrennen des Subkutangewebes unter subtiler Blutstillung. Längsspalt der Faszie und Präparation auf die Spitze des Trochanter major. Einbringen des Führungsdrathes etwas lateral der Spitze des Trochanter major. Sukzessives Einbringen des Drahtes nach distal hin, es gelingt nur sehr beschwerlich, das Frakturgeschehen zu überbrücken. Schließlich kann der Draht jedoch nach distal verbracht werden. Eröffnen des Markraums mit dem Hohlfräser. Einschlagen des präoperativ längenbestimmten 380 mm messenden TFNA mit dem entsprechenden Zielinstrumentarium nach distal über die Fraktur hinweg. Einbringen des Zieldrahts für die Helix-Klinge, so dass der Draht im hinteren unteren

Geschäftsführer: Jochen Wolf  
Aufsichtsratsvorsitzender: Oberbauratmeister Andreas Brand  
Spätkasse Bodensee • BfZ 690 500 01 • Konto 200 005 50  
IBAN DE76 6905 0001 0020 0006 50 • BIC SOLADE331KINZ

Arztgeprüft Uim • HRB 692124  
Ust-ID-Nr.: DE243505844  
StM: 61021/01657

Klinikum Friedrichshafen GmbH • Postfach 2380 • 88013 Friedrichshafen

Herrn  
Dr. med. E. Zeiser  
Hansjakobsstr. 19  
88709 Hagnau  
  
Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Universität Tübingen  
Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädische  
Chirurgie und Endoprothetik  
Prof. Dr. med. Eugen Winter  
Zentrumsdirektor und Chefarzt  
Klinikum Friedrichshafen GmbH  
Röntgenstraße 2 88048 Friedrichshafen  
Telefon: 07541/96-1310  
Telefax: 07541/96-1314  
E-Mail: [ewinter@klinikum-fn.de](mailto:ewinter@klinikum-fn.de)  
[www.medizin-campus-bodensee.de](http://www.medizin-campus-bodensee.de)  
27. Januar 2020  
HAS

Alnser, Anton, geb. 30.05.1941 - 200003080  
Seestr. 25, 88709 Hagnau am Bodensee

Sehr geehrter Herr Kollege Zeiser,

wir berichten über oben genannten Patienten, der sich vom 11.01.2020 bis zum 27.01.2020 in unserer  
Behandlung befand.

**Diagnose:**

subtrochantäre Femurfraktur rechts  
oberflächliche Rissquetsch-Wunde am Hinterkopf

**Neben-**

Diabetes mellitus  
Adipositas per Morgna  
Z.n Netzhautablösung

**Therapie:**

Operative Versorgung mittels TFNA am 11.1.2020  
Implantat: Fa. Depuy Synthes, TFNA lang, 380 mm, Durchmesser 10 mm; Klinge 110  
mm; distal einmal dynamische und einmal statische Verriegelung

**Prozedere:**

Regelmäßige Wundkontrollen und Verbandswechsel. Für 6 Wochen Mobilisation unter Entlastung des  
operierten Beines, da eine Teilbelastung mit 20 kg wahrscheinlich nicht sicher umgesetzt werden kann.  
Thromboseprophylaxe mit einem niedermolekularen Heparin. Röntgenkontrolle nach 6 Wochen. Nach 6  
Wochen Dynamisierung des Nagels mit anschließend sukzessivem, schmerzadaptiertem  
Belastungsaufbau.

**Anamnese:**

Notallmäßige Zuweisung durch den Rettungsdienst. Anamnestisch habe der Patient Alkohol konsumiert  
und aus dem Stand gestürzt. Nun klagt er über Schmerzen im rechten Oberschenkel. Gewicht: 120kg.  
Größe: 172cm.

Geschäftsführerin: Margita Geiger  
Aufsichtsratsvorsitzender:  
Oberbürgermeister Andreas Brand

Amtsgericht Ulm HRB 632124  
UstID-Nr.: DE242605844  
StNr.: 61021/01657

Sparkasse Bodensee  
BLZ 690 500 01  
Konto-Nr. 200 005 50

IBAN DE76 6905 0001 0020 0005 50  
BIC SOLADES1KNZ

Auf.Nr.: 200003080 Ainsler, Anton (\*30.05.1941)

# **Aufnahmebefund:**

Bei der klinischen Untersuchung zeigt sich ein wacher, zur Person, zur Zeit und zur Ort orientierter, alkoholisierte Patient, keine Bewusstlosigkeit, keine Kopfschmerzen, keine Übelkeit, kein Erbrechen, kein Schwindel, Pupillen lichtreagibel, ca 1,5 cm RQ-Wunde am Hinterkopf, die Wunde wurde gereinigt und mit Gewebekleber adaptiert. Kein Druckschmerz oder Klopfeschmerz im Verlauf der WS, kein Thorax- oder Beckenstauungsschmerz, kein Druckschmerz über Sternum, rechtes Bein etwas verkürzt und außenrotiert, PDMS Intakt, axiale Vollbelastung wegen Schmerzen nicht möglich, keine Abdomenresistenzen, US-Ödem +++/+++, PDMS Intakt.

## **Verlauf:**

Der Patient wurde aufgrund der oben genannten Verletzung stationär aufgenommen. Am selben Tag erfolgte die operative Versorgung mittels TFNA. Der intraoperative Verlauf gestaltete sich aufgrund des adipösen Habitus des Patienten erschwert. Intraoperative Röntgenaufnahmen zeigten eine regelrechte Implantatlage. Im postoperativen Verlauf erfolgt eine Mobilisation der Patienten mit vollständiger Entlastung des rechten Beines, da eine Teilbelastung nicht umgesetzt werden konnte. Die Wundverhältnisse zeigten sich allzeit reizlos und trocken. Wir entlassen den Patienten in gebesserem Allgemeinzustand und schmerzkomponiert in die Kurzzeitpflege. Eine gerätische Reha in Bad Krozingen ist geplant ab Vollbelastung. Für Fragen stehen wir jederzeit zu Verfügung.

## **Medikation:**

L-Thyroxin 125ug 1-0-0-0  
Allopurinol 300mg 1-0-0-0  
Dehydronasol 15/20 1-0-0  
Pantozol 40mg 1-0-0  
Clexane 0,4ml s.c 0-0-1  
Brinzonolil Trpf. 1-0-0

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Winter  
Chefarzt

Dr. med. O. Stanek  
Oberarzt

C. Hasler  
Assistenzärztin