



g i a E b h

5. Symposion
Dialyseshuntchirurgie
Weimar, 1. Dezember 2012

Prof. Dr. med. W.D. Brittinger
- ein Berufsleben für die
Dialysezugangschirurgie

Klaus Konner
klaus.konner@gmx.de

p e n t r e o n i a

“Wir glauben, dass wir in der Lage sind, urämische Patienten am Leben zu halten, solange sie punktierbare Blutgefäße haben.”



Prof. J. Vinken

Prof.H.Klinkmann

Prof. Willem Kolff

* 14. Febr. 1911

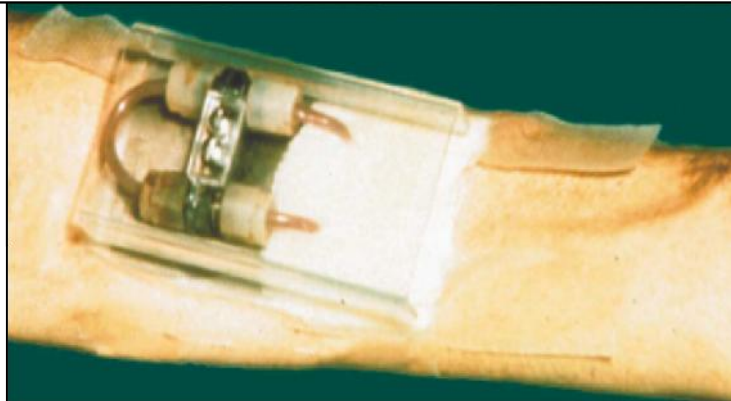
† 11. Febr. 2009

Beldon H. Scribner

* 18.Jan.1921 † 13.Juni 2003



1. shunt Operation 3.Sept.1960



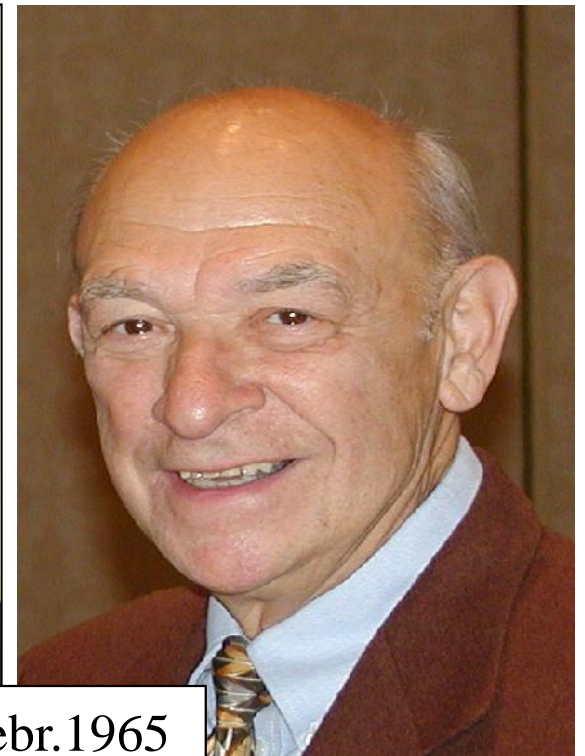
M.Brescia (2008)



1. AVF-Operation 19.Febr.1965

J.E.Cimino (2004)

*7. Juli 1928 † 11.Febr. 2010



Stanley SHALDON
London 1961
A.+V.femoralis Katheter

**CHRONIC HEMODIALYSIS USING VENIPUNCTURE AND A SURGICALLY
CREATED ARTERIOVENOUS FISTULA***

**MICHAEL J. BRESCIA, M.D.,† JAMES E. CIMINO, M.D.,‡ KENNETH APPEL, M.D.,§
AND BARUCH J. HURWICH, M.D.†**

BRONX, NEW YORK

New Engl J Med 1966; 275:1089-92



Dr. Michael Brescia
Salt Lake City
8. Februar 2008

1. OP
19. Febr.1965

p i š t h s e i r

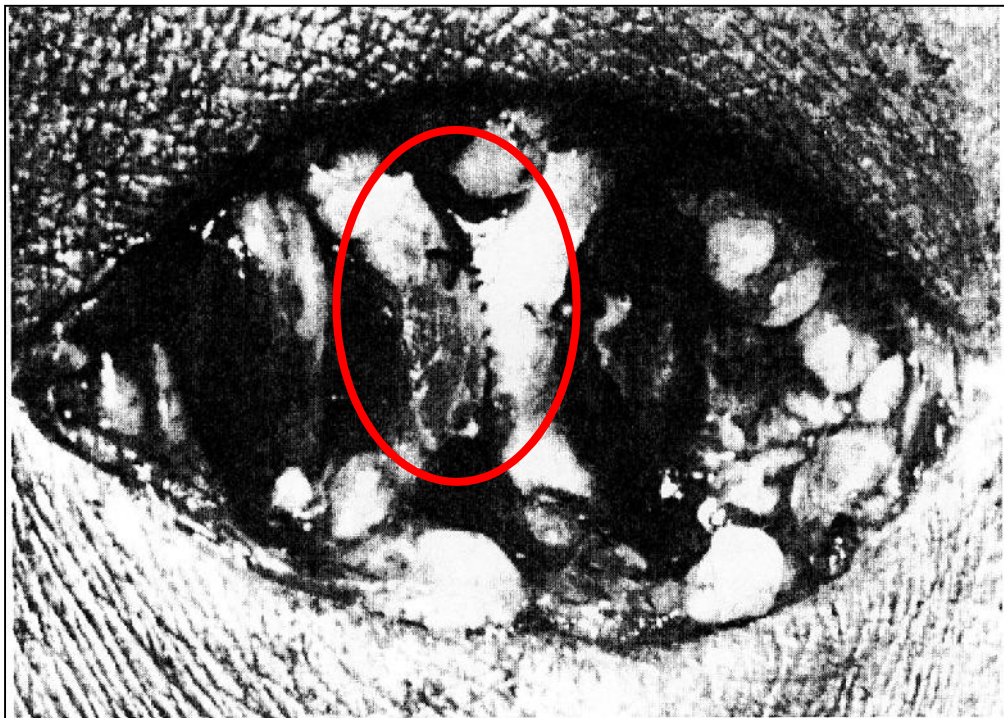
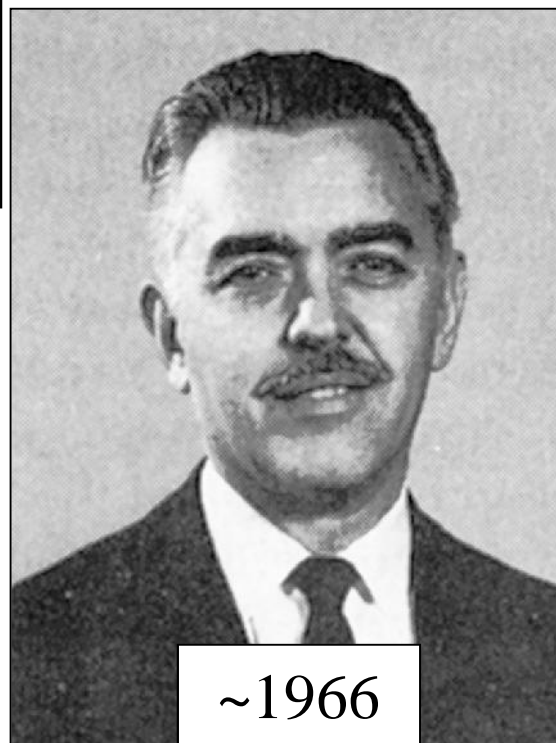
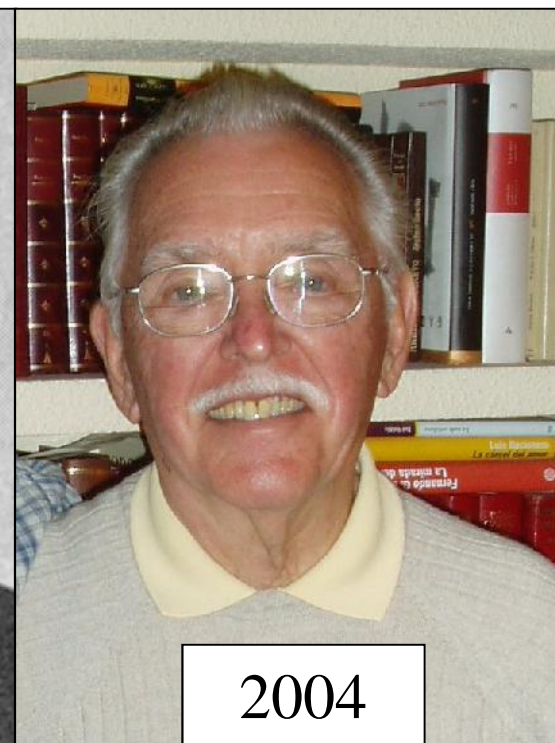


FIGURE 2. *Anastomosis between Radial Artery and Vein (See Text).*

Dr. Kenneth Appell
nähte eine
3(-5)mm seit-zu-seit-
Anastomose



~1966



2004

Universitätsklinik Mannheim, wo alles **1967** begann ...



http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Klinikum_Fernmeldeturm_Mannheim_1.JPG&filetimestamp=20080513120741

Sperling M, Schilling H*

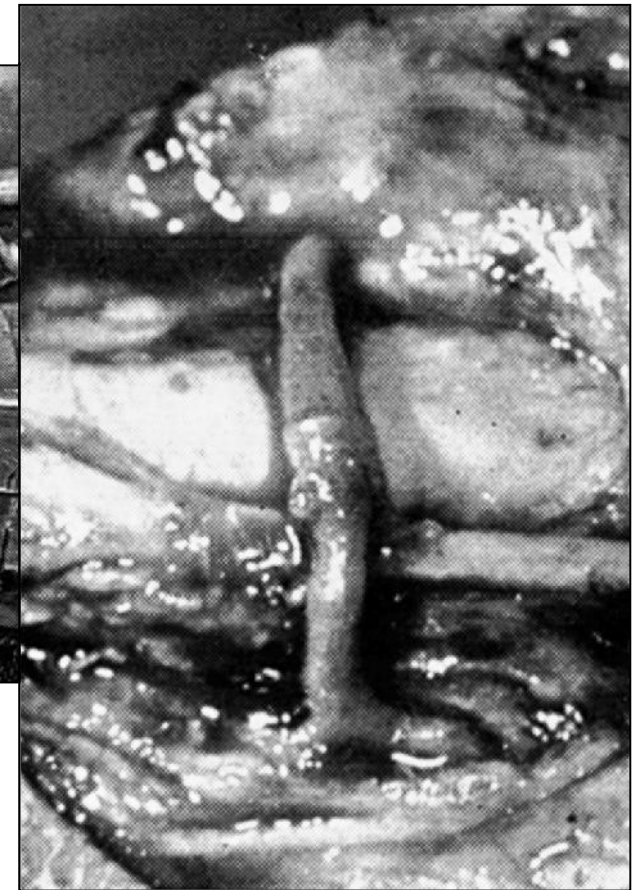
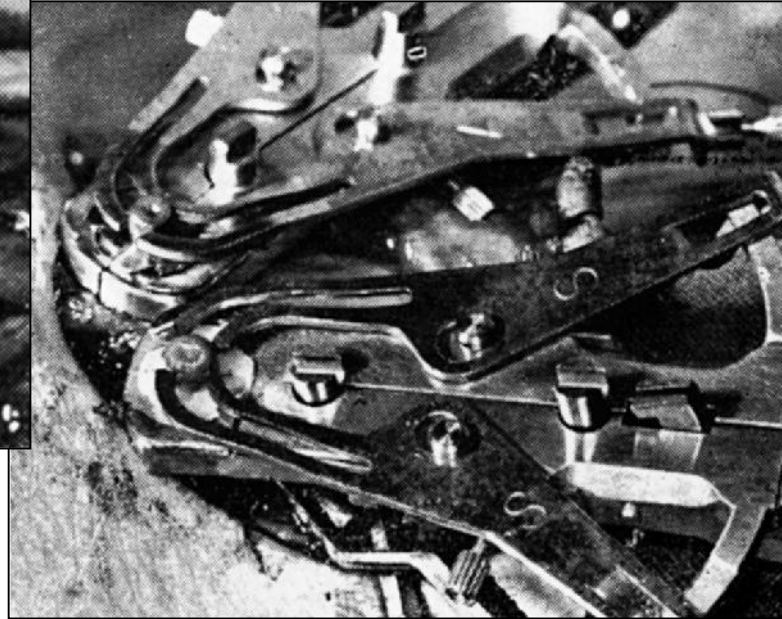
End-zu-end Anastomosen dünnlumiger Blutgefäße,
chirurgische Erweiterungsplastik mittels Venenstreifen

Langenbecks Arch Chir 1965; 309:286-95

* Chir. Universitäts-Klinik Würzburg

Die subkutane arteriovenöse Fistel zur
intermittierenden Hämodialyse-Behandlung

Sperling M et al. Dt Med Wschr 1967; 92: 425-6



Mit freundlicher Genehmigung von Prof. Martin Sperling,
Emeritus der Chirurgie der Universität Würzburg

Die subkutane arterio-venöse Fistel

erfolgt mit einem der Adaptationsfäden die fortlaufende Naht der Hinterwand. Die so in der kleinen Krümmung entstandene rautenförmige Öffnung (Abb. 67) wird mit einem entsprechend großen Venenflicken gedeckt (Abb. 68).

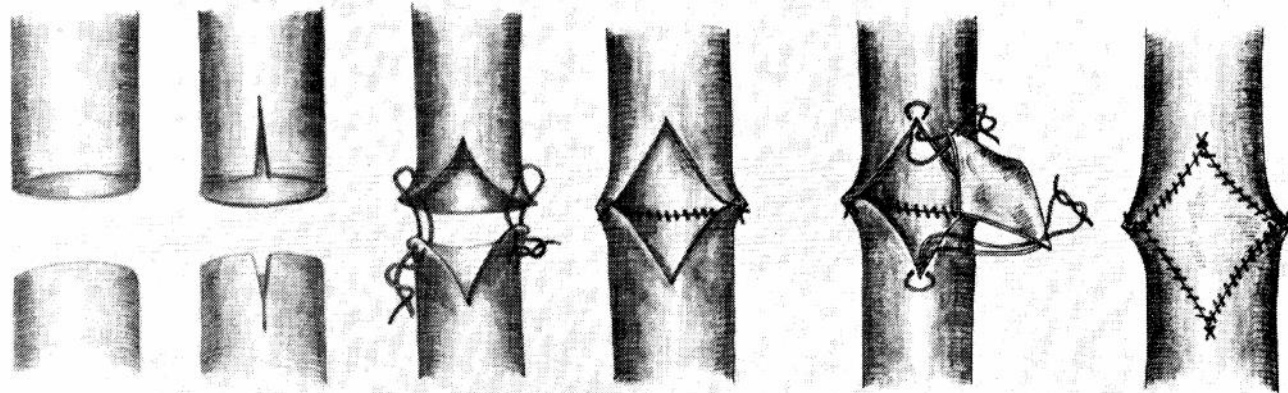
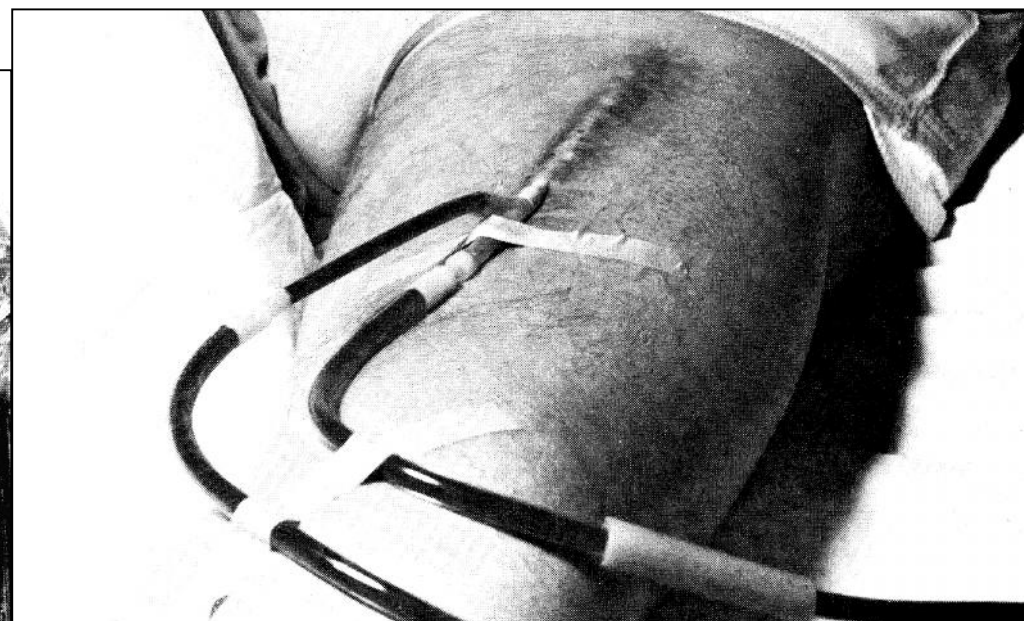
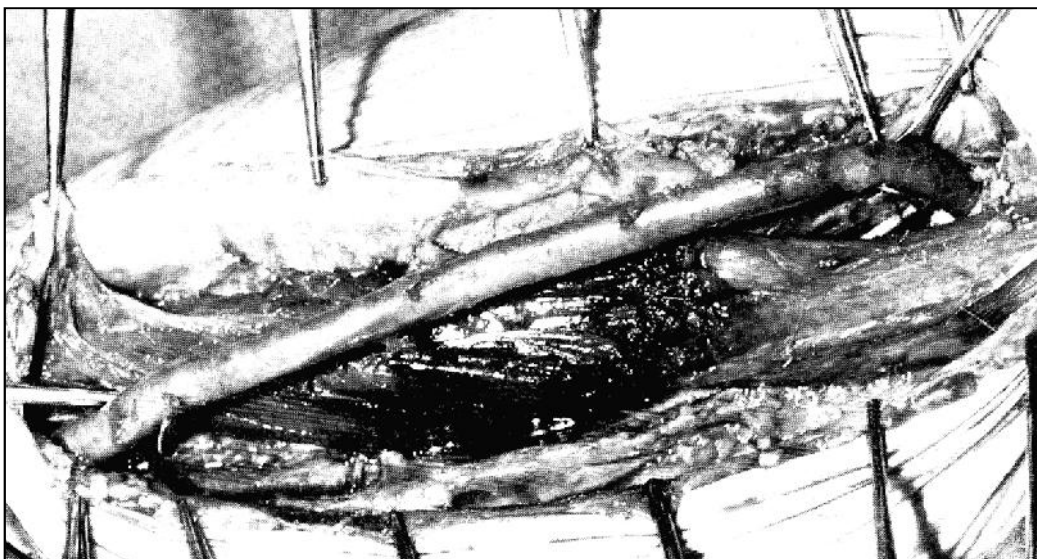


Abbildung 66

Die von uns angewandte Nahttechnik bei der End-zu-End-Anastomosierung. Durch Einsetzen des rautenförmigen Venen-Patch entsteht eine künstliche, aneurysmatische Erweiterung, die der postoperativ entstehenden Narbenstenose entgegenwirkt.



16 Months' Experience with the
Subcutaneously Fixed Superficial
Femoral Artery for Chronic
Haemodialysis

W D BRITTINGER, M STRAUCH, W HUBER,
G E v HENNING, W-D TWITTENHOFF, R EWALD,
K W WITTENMEIER, A SCHWARZBECK and
B STEGARU

Faculty for Internal Medicine Mannheim,
University of Heidelberg, Federal German Republic

Proceedings European
Dialysis + Transplantation Association
1970; 7:408-12

Bis 1985 Vorgänger von NDT

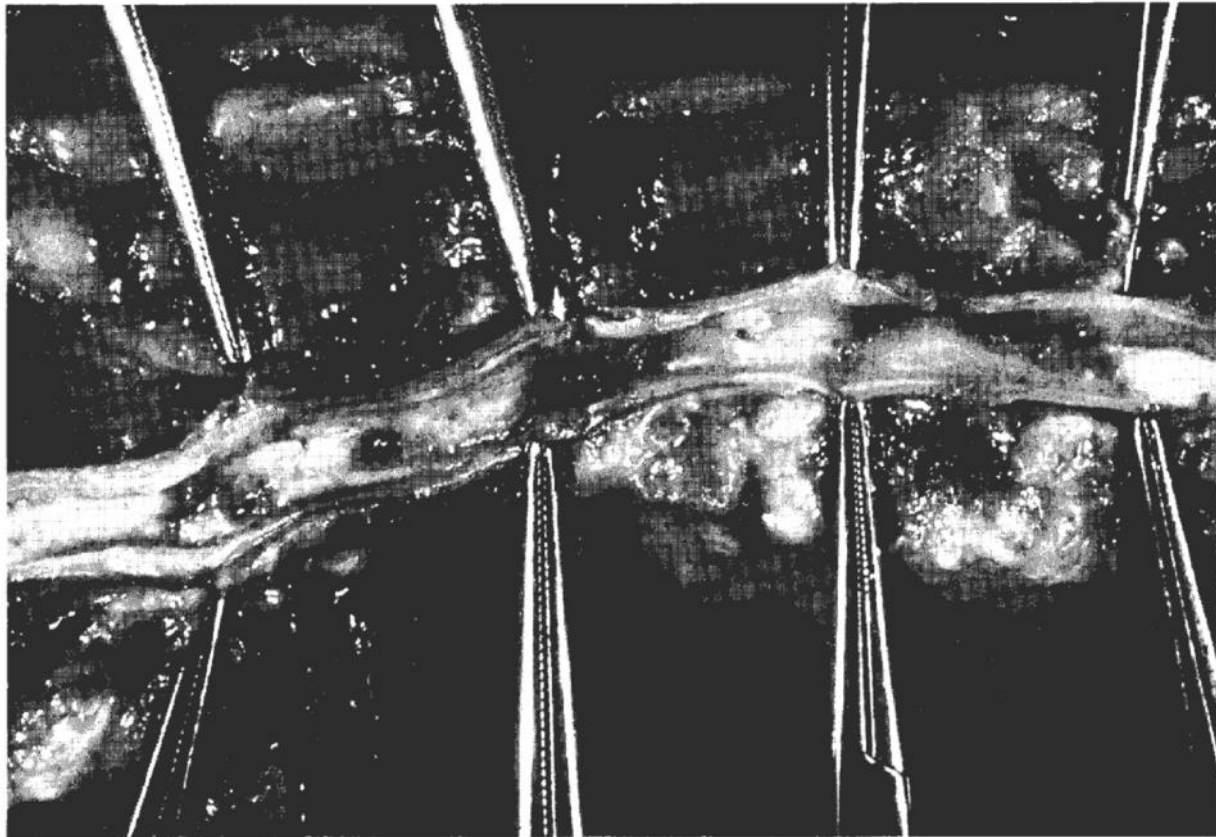


Abbildung 100

Das auf Abb. 99 dargestellte Gefäß eröffnet: man erkennt ältere und frische Punktionsstellen; keine wesentliche Einengung des Lumens.

Eigene Erfahrungen mit der verlagerten A. femoralis

TABELLE 6

ERFahrungen MIT DER FEMORALISVERLAGERUNG BEI 45 CHRONISCHEN HÄMODIALYSEPATIENTEN (24.1.1969 - 30.6.1974)										
NAME	ALTER	OPERAT-DATUM	DIALYSEN PRO WOCHE	GESAMT-ZAHL DER DIALYSEN	ART DER PUNKTION				KOMPLIKATIONEN	BEMERKUNGEN
					A.FEM. PERIPHER	A.FEM. A.FEM. D. BEINES	A.FEM. A.FEM. D. HONTAL. B.			
1. B.W.	65	24.1.69								HERZSTILLSTAND NACH OP
2. H.W.	68	30.1.69	1-2	467	437	30			LEICHTE FUSS-SCHMERZEN GEGEN ENDE DER DIAL WENN A.FEM. ZEICH. PUNKT	LEBT
3. M.H.	44	19.2.69	2	21		21				GEST. (CEREBRALE MASSENBLUTUNG)
4. F.I.	30	5.3.69	2	97	90	7			GR. HAMATOM NACH 1. PUNKT (10 TG. N. OP)	GEST. (CEREBRALE MASSENBLUTUNG) BIS 16.4.70 MIT G.S.-S. DIAL.
5. K.K.	38	26.3.69	1	3	3					GEST. (KONSTRIKT. PERICARDITIS)
6. H.G.	50	3.4.69								GEST. (VERBLUTNACHSUBCLAVIAKATH.)
7. W.H.	58	29.4.69	1	30	30					GEST. (ENCEPHALOMALACIE)
8. F.H.	35	21.5.69	1	5	5					GEST. (CEREBRALE BLUTUNG)
9. M.M.	59	22.7.69	2	95	63	32				GEST. (HERZSTILLSTAND)
10. G.E.	59	16.9.69								GEST. (HERZSTILLSTAND NACH OP)
11. R.F.	38	13.11.69	2-3	150	150				GRÖßES HAMATOM DURCH UNZUREICHENDE KOMPRESSION NACH KANULÄNTFERNUNG	GEST. BEI TRANSPLANTATION BIS 9/70 DIALYSE ÜBER G.-S.-SHUNT
12. B.A.	39	8.12.69	2-3	134	134					TOD IN VERB. MIT BLAT. NEPHREKT.
13. W.K.	42	10.12.69	2	452	452					LEBT
14. R.K.	64	4.2.70	2	413	15	20	378		LEICHT. SCHMERZEN AM REINFUSIONSBEIN	GEST. (IM ANSCHLUSS AN CHOLECYSTECTOMIE)
15. M.J.	55	9.2.70	2	6	6					GEST. (HERZSTILLSTAND)
16. S.H.	29	26.3.70	2	85	85					LEBT (TRANSPLANTATION)
17. W.G.	48	11.6.70	1-2	280	280					GEST. (ENCEPHALOMALACIE)
18. B.G.	26	18.9.70	2	190	120	70				GEST. (TRANSPLANTATION)
19. W.F.	28	17.11.70	2-3	530	530					GEST. (HERZSTILLSTAND NACH OP)
20. F.H.	20	20.11.70	2-3	530	530					LEBT
21. S.H.	47	13.1.71	2	215	172	44				LEBT BIS 8/71 DIALYSE ÜBER AV FISTEL
22. S.E.	35	11.2.71	3	523	523				WEGEN INFIZ. HAMATOM WURDE FEMORAL-ARTERIE LIGIERT	LEBT SEIT 3/74 DIALYSE ÜBER AV FISTEL
23. R.W.	26	16.2.71	2-3	285	285					LEBT (TRANSPLANTATION)
24. K.E.	59	5.3.71	2	188	110	78				GEST. (CEREBRALE MASSENBLUTUNG)
25. F.E.	51	5.3.71	1-2	263		70	193			LEBT
26. S.K.	29	18.3.71	2	194	194					LEBT (BIS DEZ. 72 ÜBER B.C.-S. DIAL.)
27. S.I.	37	15.4.71	2	112	9	50	53			GEST. (HERZINF.)
28. R.S.	34	22.6.71								LEBT BIS 12/72 DIALYSE ÜBER AV FISTEL
29. B.H.	35	26.8.71	2	192	192					LEBT
30. H.G.	27	22.9.71	2	20	20				INF. IN ANSCHLUSS AN SEKUNDÄRHEILUNG OPERATIVER VERSCHLUSS DER FEMORALARTERIE	LEBT (ZUM ZEITPUNKT DER OP STERIOD-BEHANDLUNG WEGEN L.E.T.)
31. L.G.	35	30.9.71	2-3	226	226					LEBT (HEMODIALYSE)
32. K.B.	34	1.10.71								GEST. (GASTROINTEST. BLUTUNG)
33. B.S.	59	20.10.71	2	64	4	60				GEST. (PII-ZEPTIS)
34. M.H.	28	3.12.71	3	445	445					LEBT
35. H.C.	43	10.1.72	2	75		75				GEST. (HERZINF.)
36. E.B.	33	11.9.72	2	90	60					GEST. (HERZBEUTELTAMPONADE)
37. G.N.	30	12.9.72	3	110	110					GEST. (NACH TRANSPLANTATION)
38. N.E.	46	14.3.73								GEST. (VOR EINSATZ DER VERLAGERTEN ARTERIE HERZBEUTELTAMPONADE) * BIS FEB. 74 NICHT DIALYSEBEDÜRFTIG
39. M.K.	34	3.5.73	2*	20	70					GEST. (NACH TRANSPLANTATION)
40. K.M.	23	24.10.73	2	63	63				PARAESTHESIEN IM KNEEBEREICH D. OPER. BEINES	LEBT
41. K.J.	42	29.10.73	2	91	64	27			GELDT. PUNKT SCHW.	LEBT
42. K.M.	67	12.12.73	1-2	44	38	5				LEBT
43. G.M.	33	25.2.74	3	25	25					LEBT (TRANSPLANTATION)
44. K.A.	40	15.3.74	2	30		30			STARKER JUCKREIZ AM FUSS WÄHREND DIALYSE	LEBT
45. K.A.	50	22.4.74	2	12		12			THROMB. VERSCHLUSS DER ART. FEMORALIS DURCH FALSCH. KOMPRESSION	LEBT
SUMME				6246	4971	631	624			

t i a Šsl ?

CHAPTER 6

Superficialization of an artery

Superficialization was not noted in the VA guidelines of other countries. At first, this method was used as a fallback as well as a backup when AVF or AVG became unusable, but in Japan, 2–3% of the CHD patients use this method permanently. This chapter was prepared for that reason. In VA-GL, JSDT 05, cases appropriate for this method are shown in Table 6. It is also possible to change to an AVF or AVG when cardiac function has improved. The brachial artery is chosen over 90% of the time as the artery for superficialization. (20) A nonarterialized vein is utilized as the return route. It has been reported that in 50% of cases, superficialization became unusable as a VA because of damage to the veins. (21) The importance of obtaining a vein for long-term use of this method is an obstacle. If a venous route is obtainable, the 3-year rate of use of the superficialized brachial artery is very favorable at 80–90%. Complications to be aware of include acute occlusion (peripheral circulation disorder), aneurysm and infection. Observation is possible in cases in which the brachial artery is obstructed, yet peripheral circulation disorder has not occurred. It is recommended that cannulation of the superficialized artery be carried out 3 weeks after surgery.

... eine „moderne“ Renaissance

2005

Therapeutic Apheresis and Dialysis
10(5):449–462, Blackwell Publishing Asia Pty Ltd
© 2006 International Society for Apheresis

2005 Japanese Society for Dialysis Therapy Guidelines for Vascular Access Construction and Repair for Chronic Hemodialysis

Seiji Ohira,¹ Hidemune Naito,² Izumi Amano,³ Nakanobu Azuma,⁴ Kiyoshi Ikeda,⁵
Kazutaka Kukita,⁶ Yasuo Goto,⁷ Shinji Sakai,⁸ Takahiro Shinzato,⁹ Tokuichiro Sugimoto,¹⁰
Yoshiaki Takemoto,¹¹ Hiroaki Haruguchi,¹² Ichiro Hino,¹³ Toshiyuki Hiranaka,¹⁴
Jun Mizuguchi,¹⁵ Akira Miyata,¹⁶ and Noriyoshi Murotani¹⁷

V. saphena magna - „graft“

AUTOINJERTO VENOSO PARA HEMODIALISIS
(TECNICA ORIGINAL)

Comunicación preliminar

GILBERTO FLORES IZQUIERDO*,
REGINO RONCES VIVERO*,
EMILIO EXAIRE*, ***
ABEL HERNÁNDEZ CHÁVEZ*
JESÚS GÓMEZ DE LOS RÍOS*

Arch Inst Cardiol Mexico 39 : 259-266 (1969)

1969

zeitlich synchron
ohne Fax + e-mail ...

Saphenous-Vein Arteriovenous Fistula in
Regular Dialysis Treatment*

JAMES MAY, F.R.A.C.S., DAVID TILLER, M.R.A.C.P.,
JAMES JOHNSON, M.R.A.C.P.,
JOHN STEWART, M.R.A.C.P., AND
A. G. ROSS SHEIL, F.R.A.C.S.

Sidney

NEJM 280 : 770 (1969)

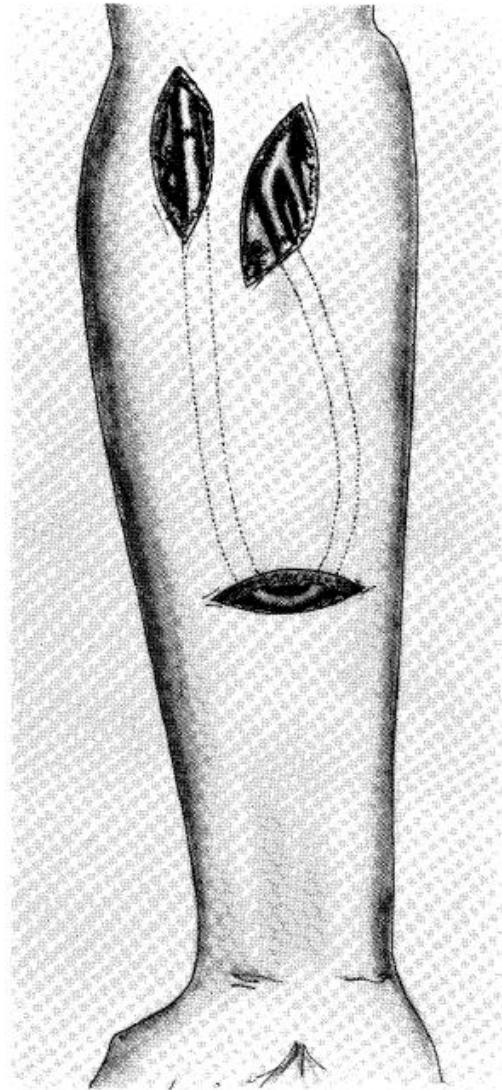


Abbildung 80 (links)

Arterio-venöse End-zu-End/End-zu-End-Anastomose zwischen der Arteria radialis und einer Kubitalvene durch Interposition einer Saphena-Schlinge.

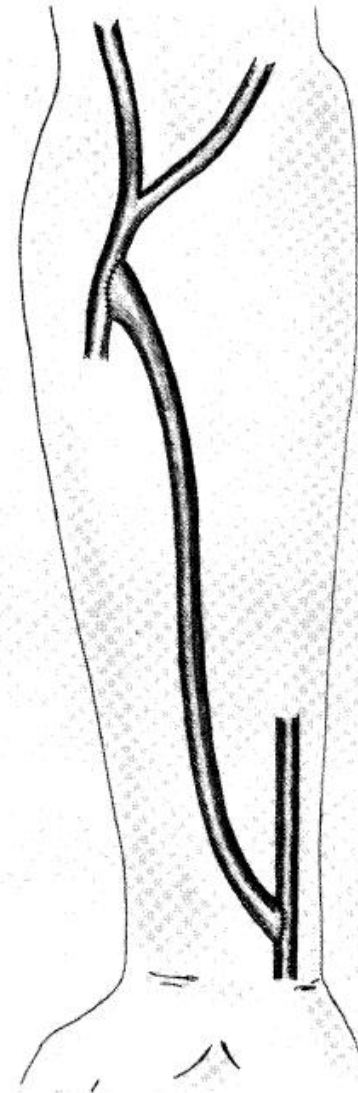
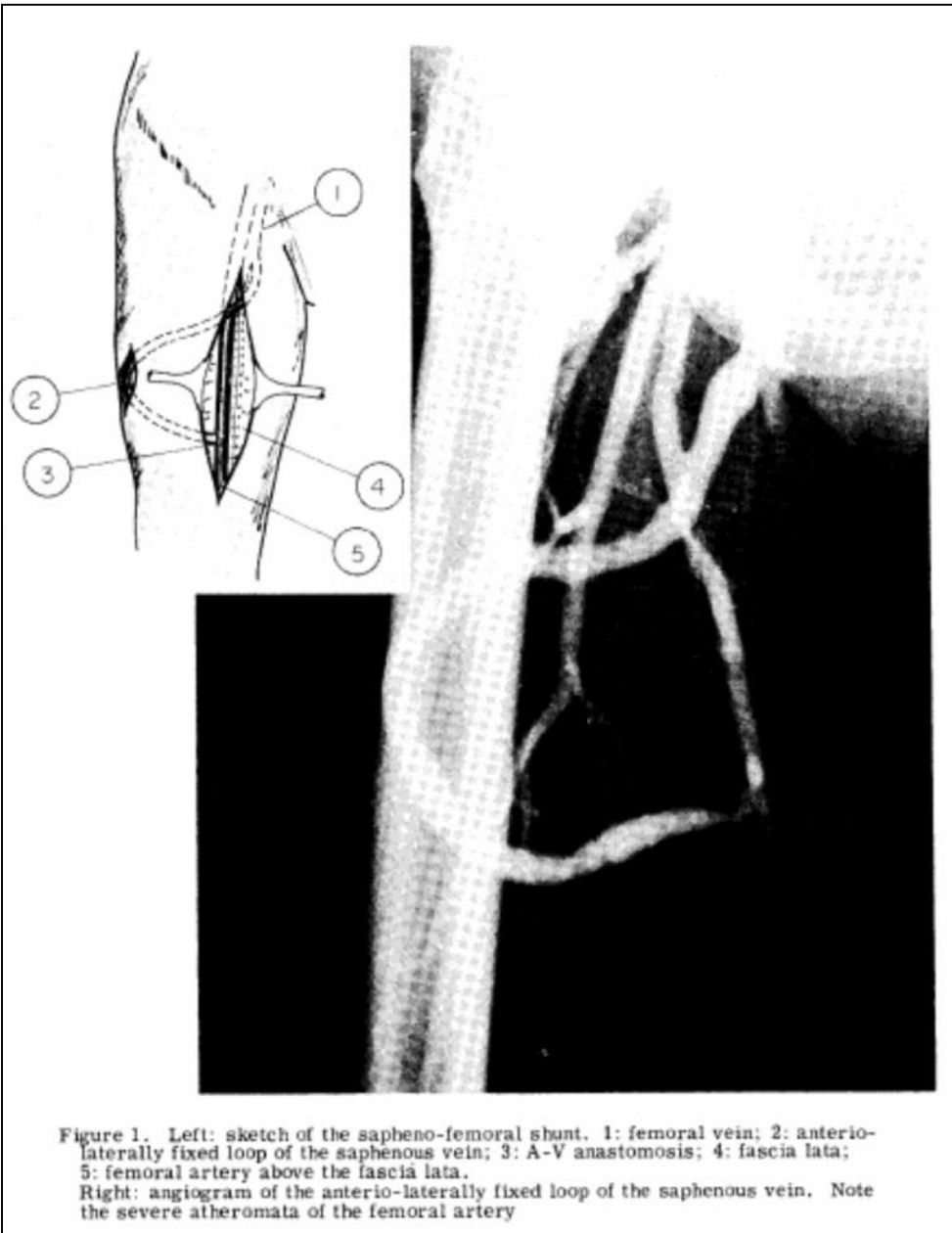


Abbildung 81 (rechts)

Gerades Saphena-Transplantat, End-zu-Seit mit dem distalen Abschnitt der Arteria ulnaris und einer Kubitalvene anastomosiert.



End to Side Anastomosis Between The
Great Saphenous Vein and
Subcutaneously Fixed Femoral Artery

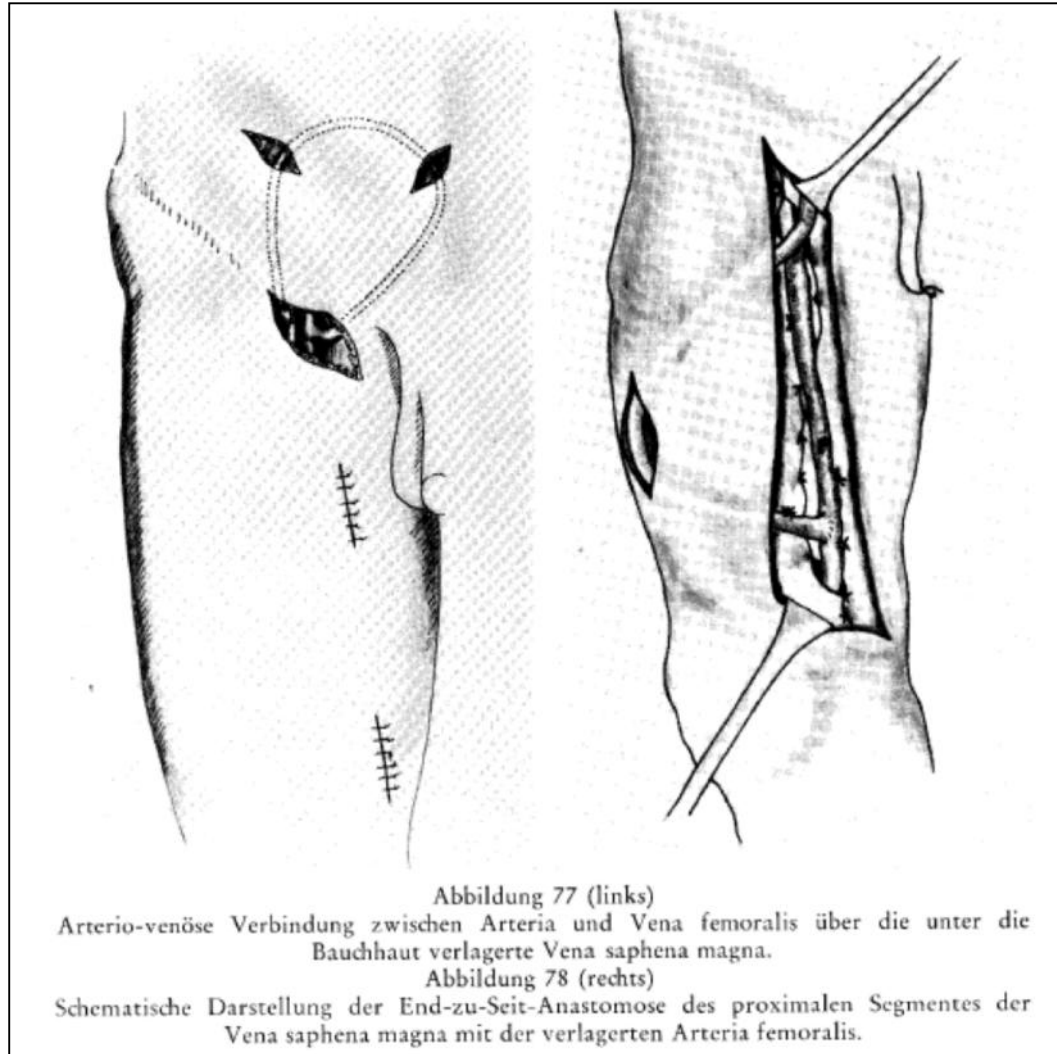
W D BRITTINGER, W-D TWITTENHOFF,
A SCHWARZBECK, K W WITTENMEIER, W HUBER,
G E v HENNING, R EWALD, W KÖSTERS,
M STRAUCH

University of Heidelberg, Mannheim, German Federal Republic

Proc. EDTA 1972; 9:638-41

V.saphena-Transplantat

Anastomosen zu A. und V.femoralis

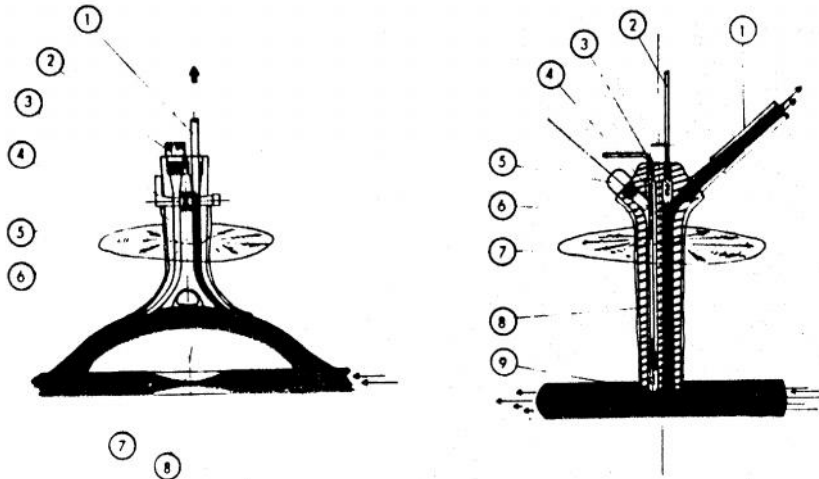


Implantation of a Plastic Valve into the Superficialised Femoral Artery

W D BRITTINGER, G v HENNING,
W D TWITTENHOFF, A SCHWARZBECK,
K W WITTENMEIER, W HUBER, R EWALD,
R RETHEL, W KOSTERS, M STRAUCH
University of Heidelberg, Mannheim, German Federal Republic

This demonstration illustrates the principle of a new access to the circulation of patients on RDT, and publishes the first animal experimental experience using this new technique. By developing this method the following advantages over existing situations are noted:

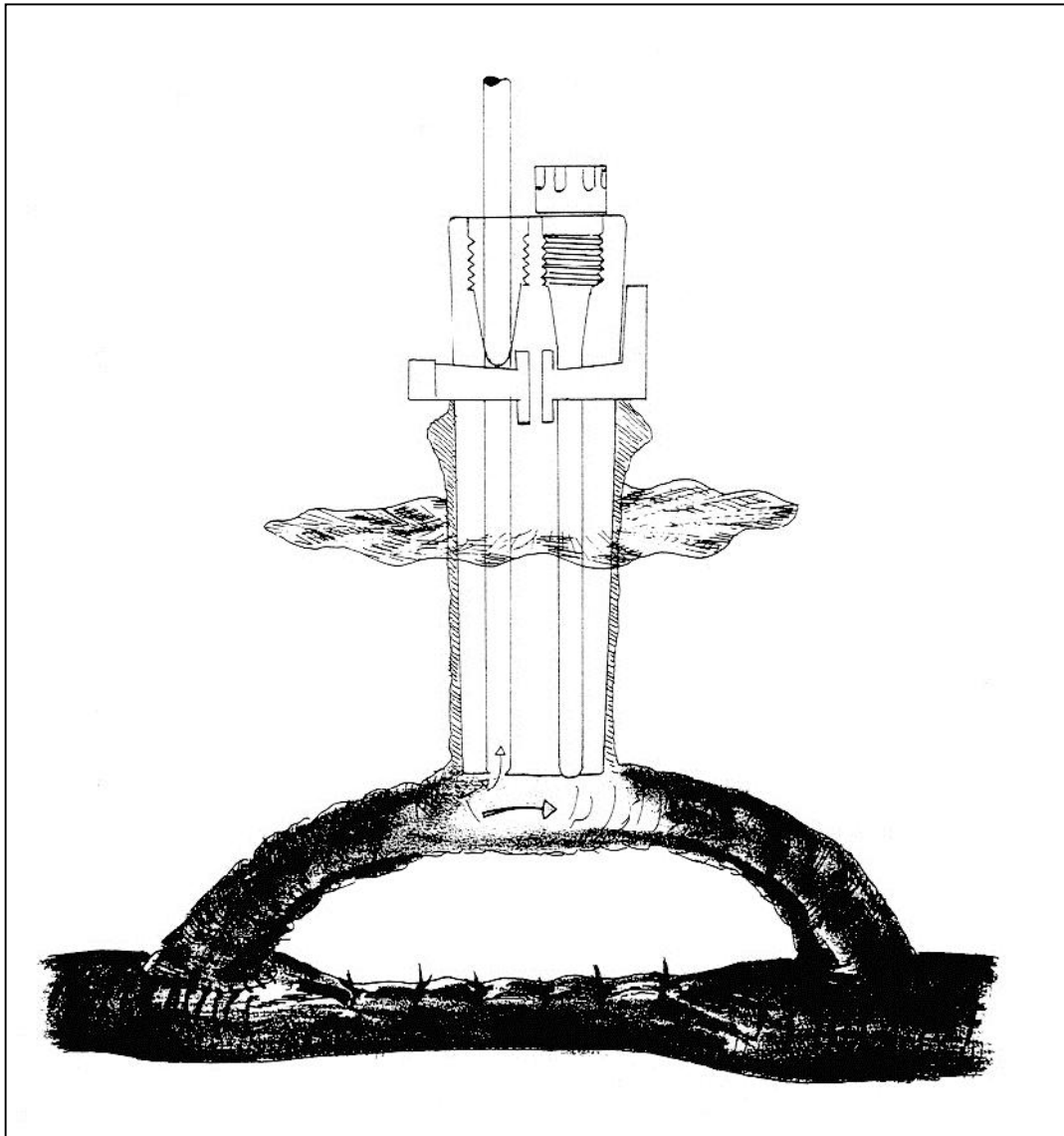
1. A permanent access to the circulation in a chronic animal preparation
2. Elimination of an arterio-venous shunt



Proc EDTA 1971; 8:521-5

... seiner Zeit weit
voraus

p e n t r e o n i ! a



Mit
freundlicher
Erlaubnis
des
Autors

Reproduktion der
Originalzeichnung

Brittinger W.D. et al. Proc. EDTA 1971; 8:521-5



Abbildung 121
Funktionierendes Teflon-Ventil in der A. carotis comm. beim Schaf, 6 Wochen nach
Implantation.

Brittinger WD, Twittenhoff W-D Bindernagel-Verlag, 1975

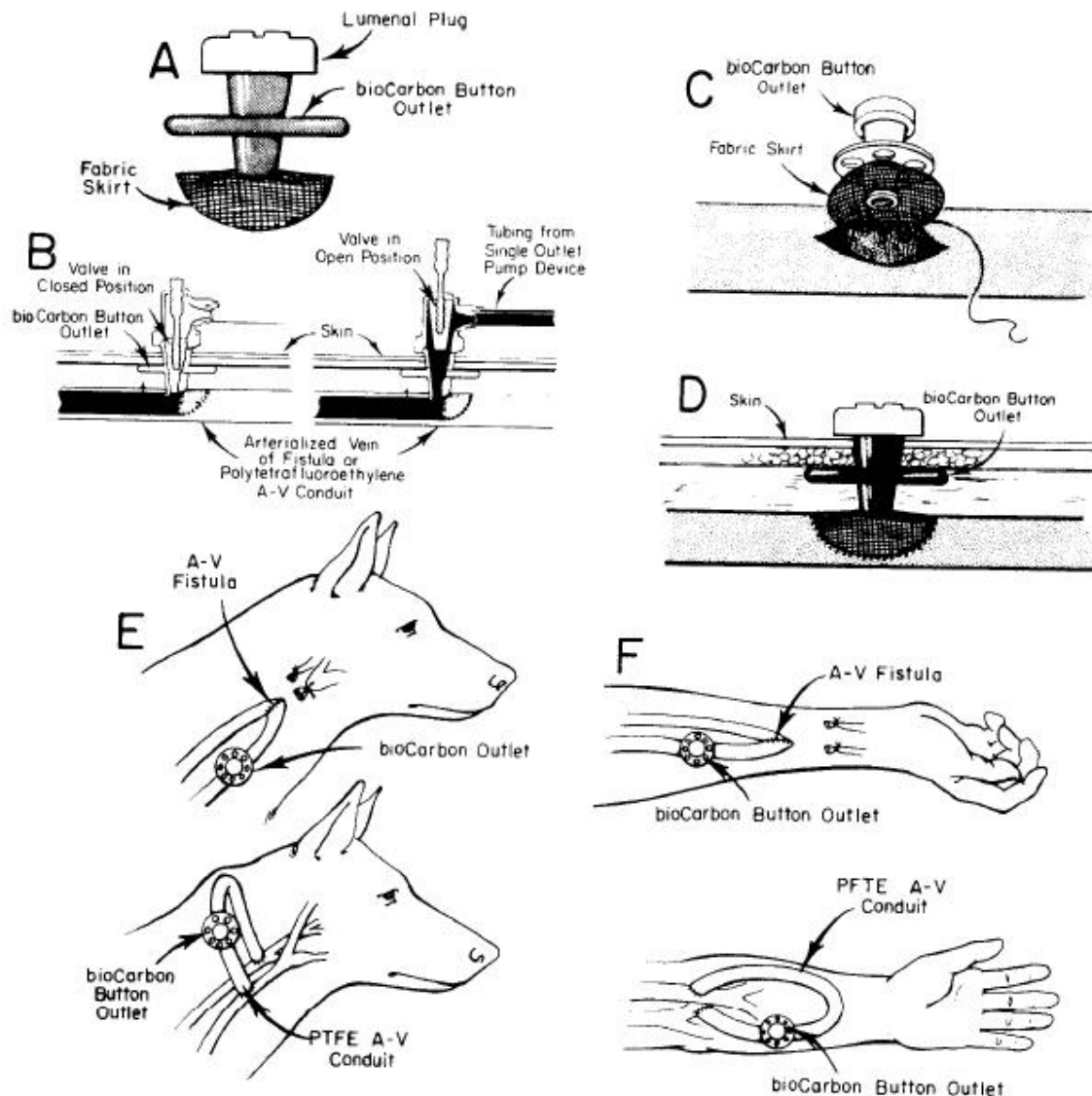


Figure 1. A. BioCarbon button outlet. B. Valve system. C. Anastomosis of outlet to side of artificial vein or Gore-tex PTFE conduit. D. Transcutaneous location. E. Attachment of bio-Carbon outlet to arteriovenous fistula vessel or Gore-tex PTFE conduit in dogs. F. Possible future application in man.

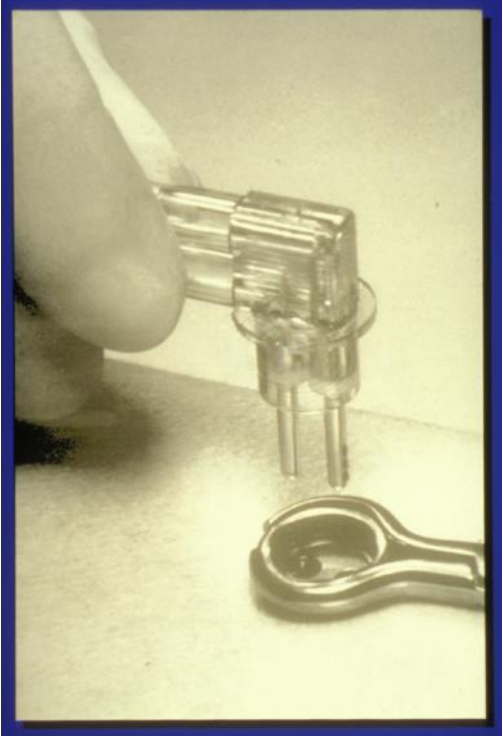
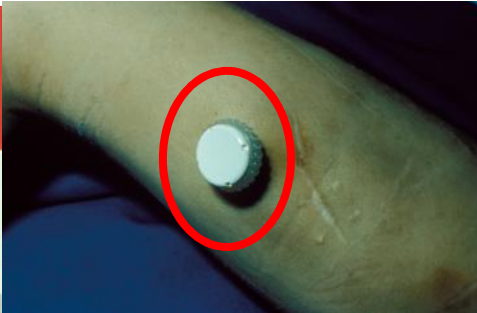
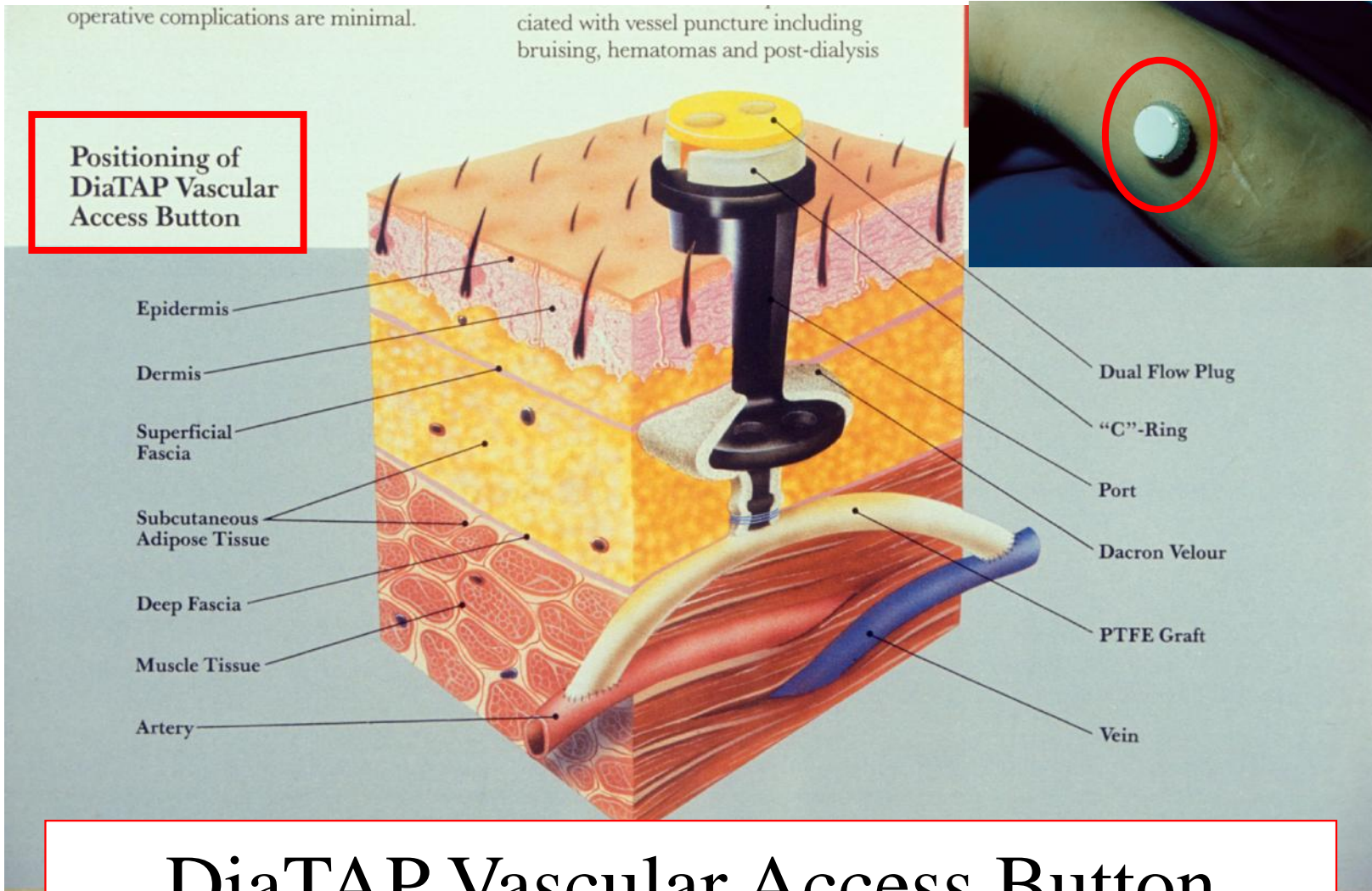
THE POLISHED CARBON BUTTON – PRIVILEGED ACCESS TO THE BLOODSTREAM (THROUGH ATTACHMENT TO AN EXPANDED PTFE CONDUIT OR ARTERIALISED FISTULA VESSEL)

T J Buselmeier, S B Vogel, S H Dougherty, M M Eisenberg, G J Deutsch, D A Raible, C R Bentley, C M Kjellstrand, J S Najarian

University of Minnesota Hospitals, Minneapolis, Minnesota, USA

Proc. EDTA 1978; 15:579-81

Button [„Knopf“] ab 1980 : Hemasite + DiaTAP



DiaTAP Vascular Access Button

„Tertiärer Gefäßzugang“



Haemodynamic Effects of A-V Shunts and Their Clinical Significance

W D BRITTINGER, W-D TWITTENHOFF,
A SCHWARZBECK, B STEGARU,
K W WITTENMEIER, W HUBER, R EWALD,
W KÖSTERS, G E v HENNING, M STRAUCH
University of Heidelberg, Mannheim, German Federal Republic

Table I. Stroke volume, cardiac output, total peripheral resistance, heart rate and blood pressure before and 15 min after occlusion of extracorporeal PTFE silicone rubber shunts in 7 regular dialysis patients. (Mean function time of the shunts: 6.4 months)

	Patient	Age (years)	VS (ml)	VT (l/min)	TPR (dyne sec cm ⁻⁵)	Heart-rate	BP	Remarks
Shunt open	ZA	29	58	3.828	4270	66	240/170	Bad general condition CVP 20 cm H ₂ O (registered during hypertonic saline)
Shunt occluded			51.6	3.457	4622	67	230/165	
Shunt open	DW	35	115.5	7.738	1052	67	100/100	
Shunt occluded			94.4	5.758	1449	61	190/100	
Shunt open	WM	23	91.7	8.250	1138	90	165/110	
Shunt occluded			81	7.128	1100	88	155/100	
Shunt open	RO	43	110	8.500	865	80	160/90	
Shunt occluded			90.4	6.508	1036	73	160/95	
Shunt open	RW	28	53.0	3.731	1704	70	155/105	Good general condition, weight 50 kg. Dialysis at weekly intervals; only mild anaemia (Hb 11 g%)
Shunt occluded			56.5	3.955	1776	70	160/105	
Shunt open	BK	32	148.9	14.249	929	97	240/120	
Shunt occluded			142.3	11.251	778	79	250/120	
Shunt open	RF	41	90.4	7.232	984	80	180/95	
Shunt occluded			89	7.009	1065	81	175/95	

MEAN VALUES

Shunt open	95.1	7.590	1520	78.5	180/113
Shunt occluded	86.4	6.486	1689	74	188/111
X % DIFFERENCE BY NORMAL SHUNT CIRCULATION		-9%	-18%	+11%	-5.8%

VS = Stroke volume (ml); VT = Cardiac output (l/min); TPR = Total Peripheral resistance (dyne/sec/cm⁻⁵); BP = Blood pressure (mm Hg)

Table III. Changes in haemodynamic status in patients having a Quinton-Scribner shunt and an A-V fistula functioning at the same time after removal of the Quinton-Scribner shunt. (All extracorporeal shunts were removed because of increasing cardiac insufficiency; average simultaneous function of the 2 shunts: 3.2 months)

Patient	Age (years)	Disease	Quinton-Scribner - Brescia-Stimino Shunt	Time after removal of Quinton-Scribner Shunt		Remarks
				2 days	1 month	
WM	23	Chronic glomerulonephritis	VS %	102.1	81 -20.7%	72.6 -28.1%
			VT %	9.189	7.128 -22.5%	6.368 -30.8%
			Heart-rate %	90	88 -2.0%	88 -2.3%
			TPR %	752.4	1029 +45%	1365.2 +81.4%
			BP	160/100	185/100	160/100
			BW	59.5	59.8	58.8
			HB	8.0	8.0	8.0
RF	41	Polycystic disease of the kidneys	VS %	149	95.6 -33.9%	94.4 -36.7%
			VT %	9.089	5.718 -37.1%	5.758 -36.7%
			Heart-rate %	61	58 -5%	61 +0%
			TPR %	1,206.2	1,441.5 +19.5%	1,448.8 +20.1%
			BP	130/100	160/100	170/110
			CVP	18.5	15	8
			BW	67.7	67.0	66.3
ZA	29	Chronic glomerulonephritis	VS %	127	80.9 -36%	82 -35.5%
			VT %	8.509	5.201 -38.9%	5.314 -35.8%
			Heart-rate %	67	62 -7.5%	77 +14.9%
			TPR %	873.1	1,708.9 +95.1%	1,351.8 -34.8%
			BP	165/100	175/115	160/105
			CVP	22	11.5	8
			BW	62.5	62.0	61.2
HB	7.1	6.8	7.5			
	HT	28	20	25		



Figure 1. Decrease of heart size after removal of PTFE silicone rubber shunt in the forearm. At the time the radiogram on the left side was taken the patient had two functioning shunts: a PTFE silicone rubber shunt in one and an A-V fistula between the radial artery and the cephalic vein in the other forearm (Table III. Patient KT, 59 years). The Quinton-Scribner shunt was removed because of overt cardiopulmonary insufficiency. The X-ray on the right was taken 8 days after shunt removal

Proc. EDTA 1972; 9:642-9

EDTA-Register 1973

TABLE IX. Primary renal disease

	All patients on Registry						Paediatric Registry	
	Male	(%)	Female	(%)	Total	(%)	Total	(%)
Glomerulonephritis	9,123	59.3	4,122	41.6	13,245	52.3	304	46.0
Pyelonephritis	2,314	15.0	2,944	29.7	5,258	20.8	127	19.2
Drug-induced nephropathy	269	1.7	500	5.0	769	3.0	2	0.3
Cystic kidney disease	1,101	7.2	912	9.2	2,013	8.0	13	2.0
Hereditary chronic nephropathy	286	1.9	115	1.2	401	1.6	56	8.4
Congenital hypoplasia	247	1.6	162	1.6	409	1.6	67	10.1
Renal vascular disease	812	5.3	330	3.3	1,142	4.5	10	1.5
Traumatic or surgical loss of kidneys	61	0.4	29	0.3	90	0.4	11	1.7
Cortical and/or tubular necrosis	40	0.3	111	1.1	151	0.6	8	1.2
Other renal diseases	1,004	6.5	612	6.2	1,616	6.4	60	9.0
Not recorded	137	0.9	71	0.7	208	0.8	4	0.6
Total	15,394		9,908		25,302		662	

Statistical Report, Proc. EDTA 1974; 11:408-12

Diabetes mellitus – EDTA-Register 1973

TABLE X Rarer cases of primary renal disease in 25,302 patients

	All patients on registry			Paediatric Registry
	Male and female	Male	Female	Male and female
Diabetic glomerulosclerosis	168	109	59	
Tuberculosis	162	101	61	
Amyloidosis	84	52	32	1
Gout	83	72	11	
Lupus erythematosus	76	18	58	
Nephrocalcinosis and calcium nephropathy	57	30	27	5
Henoch-Schönlein purpura	41	25	16	6
Goodpasture's syndrome	31	23	8	
Kidney tumours	28	19	9	4
Total	730	449	281	16
Others	886	555	331	44
Total	1,616	1,004	612	60

= 0,66 %

Statistical Report, Proc. EDTA 1974; 11:408-12

Anschlußverfahren
an die
künstliche Niere

Technische und klinische Aspekte

Geleitwort von Prof. Dr. B. Watschinger, Linz

W.D. Brittinger
W.-D. Twittenhoff

Verlag Carl Bindernagel, Friedberg
1975

346 Literatur-Angaben

Scribner-shunt

Original + spätere Variante

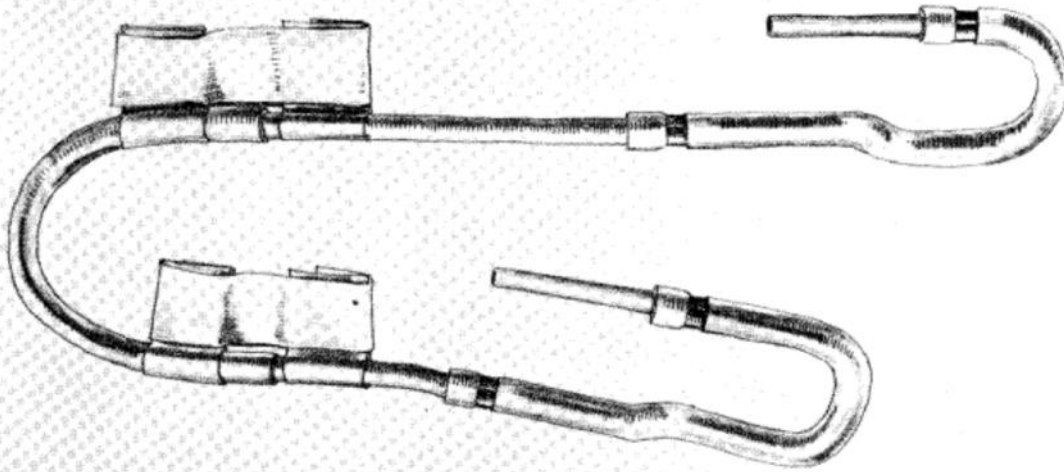


Abbildung 2
Teflon-Silastic-Shunt (1961 nach QUINTON).

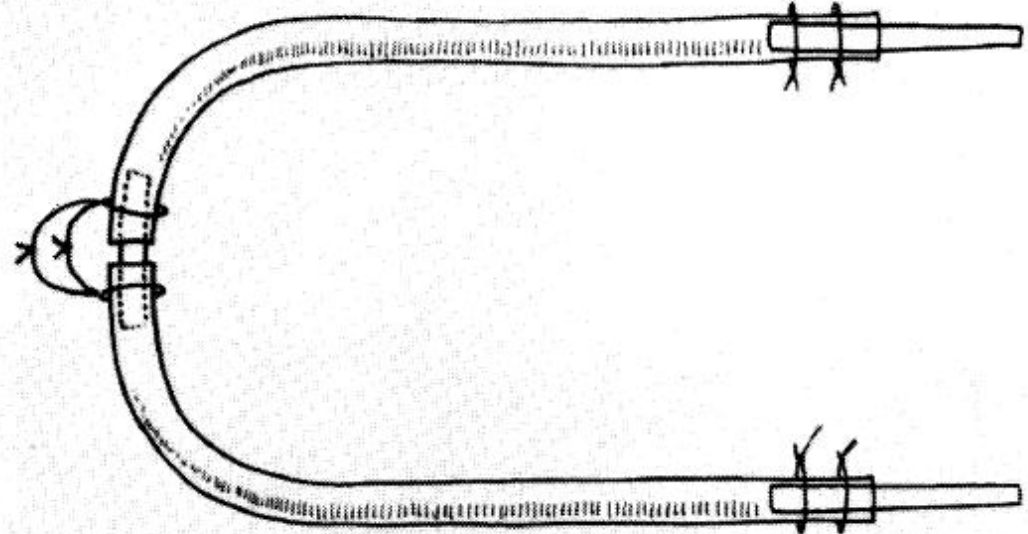


Abbildung 4
Teflon-Silastic-Bypass nach HÖFFLER (s. Text).

Strömungsmuster

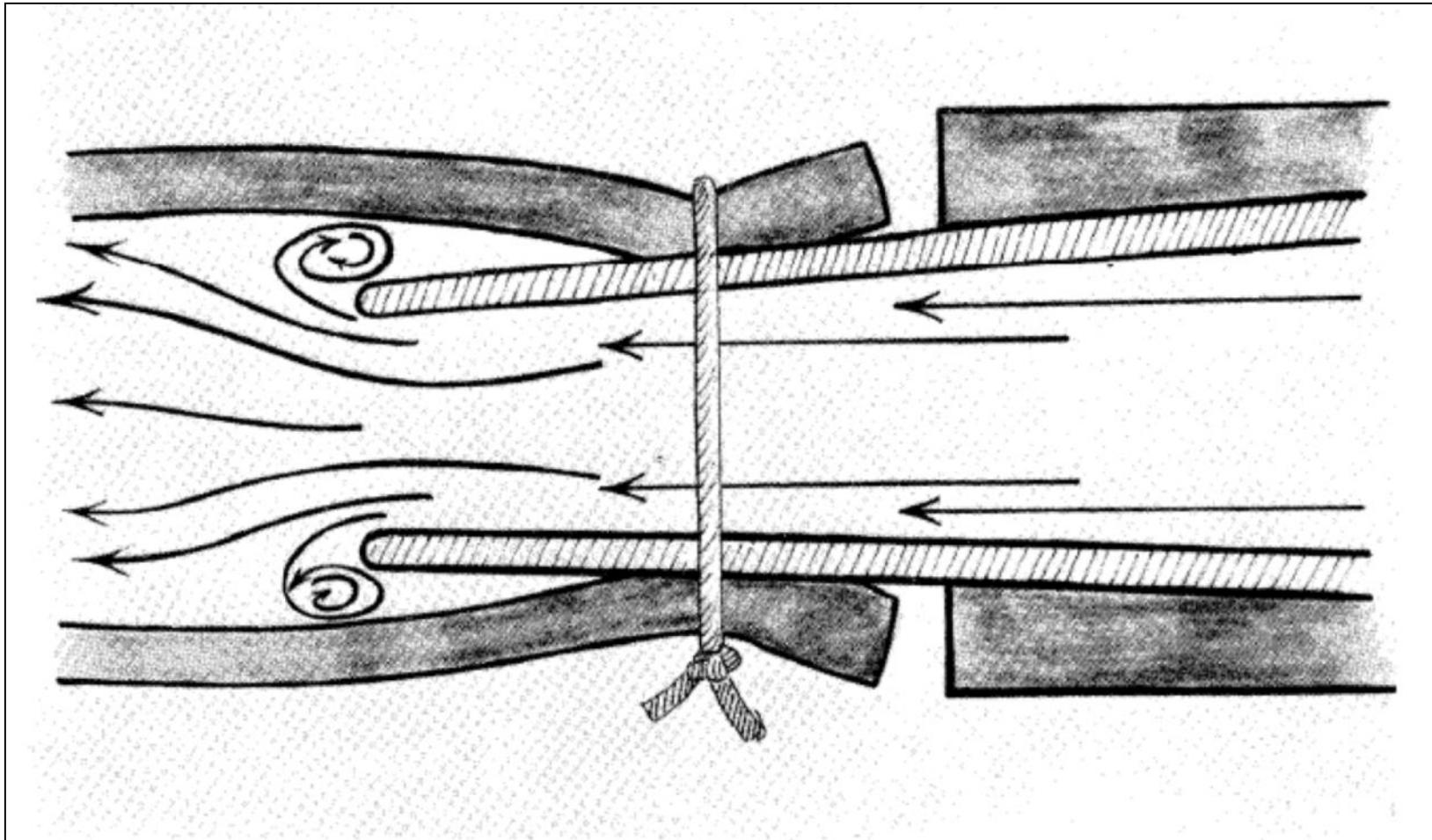


Abbildung 26
Strömungsmuster am Übergang zwischen stark konisch zulaufendem Vesseltip und Gefäß
(s. Text).

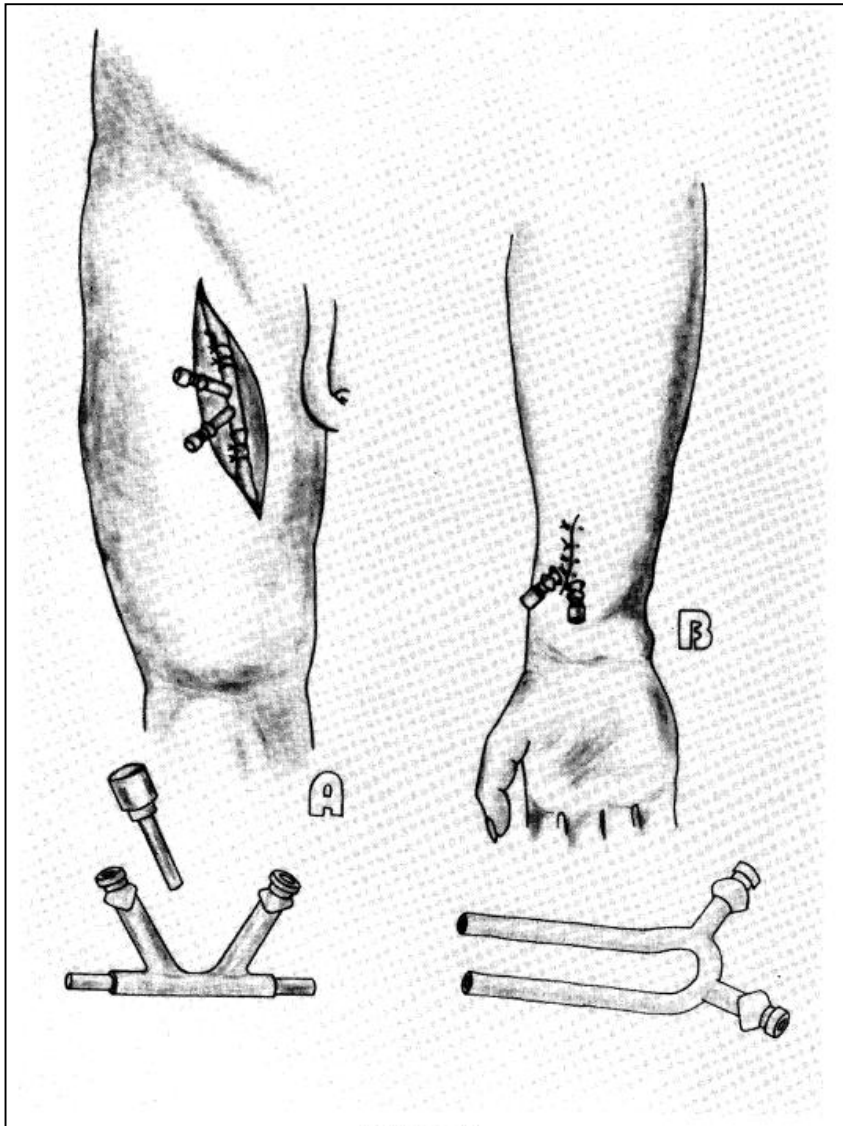


Abbildung 17
 Buselmeier-Shunt; schematische Darstellung. A: Anschlußvorrichtung zur Interposition in eine Arterie. — B: Subkutane arterio-venöse Silasticverbindung.

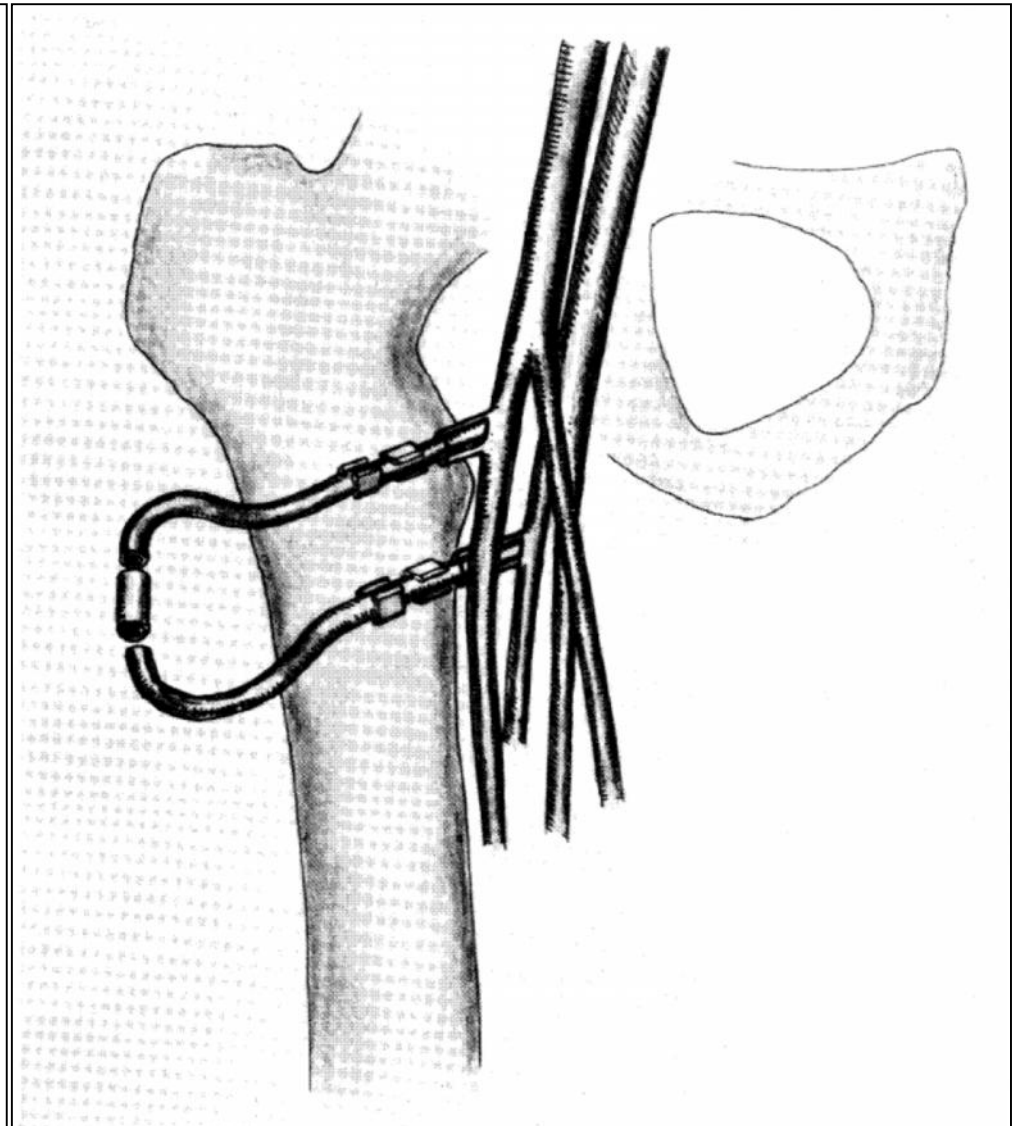
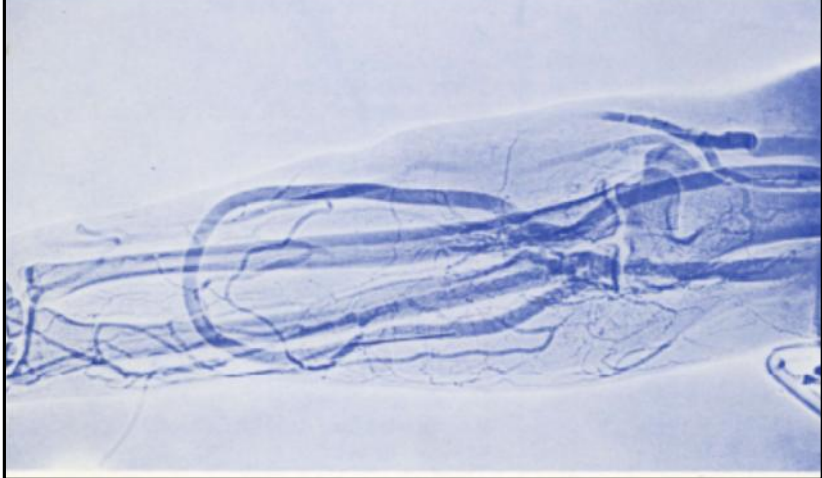


Abbildung 9
 Silastic-Shunt nach HOELTZENBEIN zwischen Arteria und Vena circumflexa femoris.

Münster – 1980/1

<p>SYMPOSION ARTERIO-VENOSE FISTELN ZUR HÄMODIALYSE</p>	<p>Schirmherrschaft:</p>	<p>Prof. Dr. med. H. Bunte Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Allgemeinchirurgie, der Universität Münster</p> <p>Prof. Dr. med. H. Losse Direktor der Medizinischen Poliklinik der Universität Münster</p>
	<p>Wissenschaftliche Leitung:</p>	<p><u>Priv.-Doz. Dr. med. D. Rühland</u> Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität Münster</p>
<p>Samstag, 31. Mai 1980</p> <p>Veranstalter: Chirurgische Klinik und Poliklinik der Westfälischen Wilhelms-Universität, Allgemeinchirurgie, Münster</p> <p>Einladung und Programm</p>	<p>Sekretariat:</p> <p>Termin:</p> <p>Tagungsort:</p>	<p>Dr. med. J. O. Jost Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität Münster Jungeblodtplatz 1 4400 Münster Telefon: (02 51) 83 63 01 oder 83 63 02</p> <p>Samstag, 31. Mai 1980, 9.00 Uhr bis 17.30 Uhr</p> <p>Hotel Lindenhof Kastellstraße 1 (Nähe Schloß) 4400 Münster Telefon: (02 51) 4 52 61</p> <p>Das Hotel „Lindenhof“ liegt ca. 200 Meter vom Münsterschen Schloß entfernt. Parkmöglichkeit besteht auf dem Hindenburgplatz (am Schloß).</p>

Münster – 1980/2

Programm am 31. Mai 10		
9.00 Uhr	D. Rühland, Münster	Begrüßung und Einführung
	H. Losse, Münster	Grußwort
	A. E. Lison, Münster	Indikation zur Hämodialysebehandlung 15 Minuten
9.30 Uhr	<i>Vorsitzende:</i> H. Müller-Wiefel, Duisburg K. Konner, Köln	<i>1. Sitzung</i> Arterio-venöse Fisteln mit körpereigenen Gefäßen))
	K. Konner, Köln ①	Die arterio-venöse Fistel zur chronischen Hämodialyse nach Brescia-Cimino 10 Minuten
	J. Vlachoyannis, P. Pyriki, D. Löber, W. Schoeppe, Frankfurt	Die Bedeutung der AV-Anastomose für die Planung der Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz 6 Minuten
	G.-J. Meyer, Kiel	Die Funktionsdauer von Cimino-Anastomosen bei akut und spät benutzten Fisteln 6 Minuten
	D. Hempel, Hamburg	Maschinelle AV – Anastomosen nach Nakayama, Ergebnisse und Komplikationen 6 Minuten
	K. W. Rumpf, I. Biastok, H. Kaiser, M. Hölscher, H. H. Hildebrand, H. D. Lowitz, H. Kreuzer, F. Scheler, Göttingen	Steal – Phänomene bei Patienten mit arterio-venösen Fisteln: Diagnostik mittels Messung von Perfusionsdrücken und Fingerplethysmografie 6 Minuten
		H. E. Smi, ♀ S. Horsch, H. Pichlmaier, M. Bulla, A. Sanchez, Köln
		⑥
		U. Ruschewski, ♀ V. Kindhäuser, G. Dostal, Essen
		⑦
		10.40 bis 10.55 Uhr
	<i>Vorsitzende:</i> S. Horsch, Köln W. D. Brittinger Neckargemünd	<i>2. Sitzung</i> Arterio-venöse Fisteln mit körpereigenen Gefäßen
	J. Lerut, T. Lerut, J. A. Gruwez, Leuven	Die chirurgische Behandlung der komplizierten AV-Fistel 6 Minuten
	A. Anders, H. Mackrodt, R. Häring, Berlin	Die AV-Fistel nach Graacz 6 Minuten
	U. Voss, Ulm	Der Saphena-Transplantat-Shunt, Indikation und Techniken 6 Minuten
	A. Schneider, H. J. Kniess, Detmold	Erfahrungen mit dem Poplitea-Saphena-Shunt 3 Minuten
	W. D. Brittinger, Neckargemünd	Der Stellenwert der Femoralisverlagerung als Gefäßzugang für die chronische Dialysebehandlung aus heutiger Sicht 6 Minuten
	A. Wondzinski, A. Anders, E. Renk, Berlin	Korrektureingriffe an arterio-venösen Fisteln 6 Minuten

Münster - 1980-3

12.15 bis 14.00 Uhr	S. Gutschl, O. Pascher, Graz	Korrekturoperationen an Dialysehunts 6 Minuten	J. Löffelge, P. C. Maurer, J. Dörrler, München	Ergebnisse nach Implantation der Kalbskollagenprothese als AV-Fistel zur chronischen Hämodialyse 6 Minuten
	D. Löw, Wuppertal	Der Stellenwert von Aggregationshemmern zur Thromboseprophylaxe bei Dialysehunts 8 Minuten	P. Neuhaus, C. E. Brölsch, G. Tidow, W. Lauchart, Hannover	Erfahrungen mit heterologen Gefäßtransplantaten in der Shuntchirurgie 6 Minuten
	R. P. Müller, D. Rühland, J. O. Jost, Münster	Überprüfung arterio-venöser Fisteln zur chronischen Hämodialyse am Arm mittels Xeroradiografie 6 Minuten		
		Mittagspause		Zur Diskussion:
	Vorsitzender: A. E. Lison, Münster	3. Sitzung Peritonealdialyse	W. Asen, B. Roemheld, F. Banthien, W. D. Twittenhoff, W. D. Brittinger, Neckargemünd	Erfahrungen mit bovinen Gefäßprothesen als Zugang zum Blutkreislauf für die chronische Hämodialysebehandlung 3 Minuten
	E. Quellhorst, Hann. Münden	Indikationen, Technik und Komplikationen der chronisch intermittierenden Peritonealdialyse 15 Minuten	R. Gerber, U. Triechelt, Hannover	Erfahrungen mit dem heterologen Gefäßersatz in der Dialyse-Shunt-Chirurgie 3 Minuten
	Ch. Fuchs, Göttingen	Die Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz mit der kontinuierlichen, ambulanten Peritonealdialyse (CAPD) 15 Minuten	J. Jenkner, J. Reitinger, W. Weißmann, Karlsruhe	Die Kalbskollagenprothese als Dialysehunt 3 Minuten
	Vorsitzende: R. Häring, Berlin B. M. Kemkes, München	4. Sitzung Fremdmaterial zur Schaffung von Dialysehunts	F. Borchard, D. A. Loose, B. M. Kemkes, Düsseldorf, München	Morphologische Befunde an durchströmten arterio-venösen Fisteln zur Hämodialyse 10 Minuten
	H. Zühlke, A. Anders, R. Häring, Berlin	Der Hämodialysehunt mit formalinfixierter Nabelvene 6 Minuten		
	M. Haug, H. Müller-Wiefel, Duisburg	Die Rolle des bovinen Heterotransplantates im Rahmen der Dialyse-Shunt-Chirurgie 8 Minuten	15.45 bis 16.15 Uhr	Pause

Münster - 1980-4

	S. Gutsch, O. Pascher, Graz	Korrekturoperationen an Dialyseshunt 6 Minuten	J. L. ge, P. C. Maurer, J. Dörrler, München	Ergebnisse nach Implantation der Kalbskollagenprothese als AV-Fistel zur chronischen Hämodialyse 6 Minuten
	D. Löw, Wuppertal	Der Stellenwert von Aggregationshemmern zur Thromboseprophylaxe bei Dialyseshunts 8 Minuten	P. Neuhaus, C. E. Brölsch, G. Tidow, W. Lauchart, Hannover	Erfahrungen mit heterologen Gefäßtransplantaten in der Shuntchirurgie 6 Minuten
	R. P. Müller, D. Rühland, J. O. Jost, Münster	Überprüfung arterio-venöser Fisteln zur chronischen Hämodialyse am Arm mittels Xeroradiografie 6 Minuten		
12.15 bis 14.00 Uhr		Mittagspause		Zur Diskussion:
	Vorsitzender: A. E. Lison, Münster	3. Sitzung Peritonealdialyse	W. Asen, B. Roemheld, F. Banthien, W. D. Twittenhoff, W. D. Brittinger, Neckargemünd	Erfahrungen mit bovinen Gefäßprothesen als Zugang zum Blutkreislauf für die chronische Hämodialysebehandlung 3 Minuten
	E. Quellhorst, Hann. Münden	Indikationen, Technik und Komplikationen der chronisch intermittierenden Peritonealdialyse 15 Minuten	R. Gerber, U. Triechelt, Hannover	Erfahrungen mit dem heterologen Gefäßersatz in der Dialyse-Shunt-Chirurgie 3 Minuten
	Ch. Fuchs, Göttingen	Die Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz mit der kontinuierlichen, ambulanten Peritonealdialyse (CAPD) 15 Minuten	J. Jenkner, J. Reitinger, W. Weißmann, Karlsruhe	Die Kalbskollagenprothese als Dialysehunt 3 Minuten
	Vorsitzende: R. Häring, Berlin B. M. Kemkes, München	4. Sitzung Fremdmaterial zur Schaffung von Dialysefisteln	F. Borchard, D. A. Loose, B. M. Kemkes, Düsseldorf, München	Morphologische Befunde an durchströmten arterio-venösen Fisteln zur Hämodialyse 10 Minuten
	H. Zühlke, A. Anders, R. Häring, Berlin	Der Hämodialyseshunt mit formalinfixierter Nabelvene 6 Minuten		
	M. Haug, H. Müller-Wiefel, Duisburg	Die Rolle des bovinen Heterotransplantates im Rahmen der Dialyse-Shunt-Chirurgie 8 Minuten		
			15.45 bis 16.15 Uhr	Pause

Hotel Marina, Bernried am Starnberger See

1984 – 2006 (?), alle 2 Jahre

Zeitplan

Freitag, 2.11.1990	
Anreise:	Im Laufe des Nachmittags
Abendessen:	Ab 19.00 Uhr, anschließend geselliges Beisammensein
Samstag, 3.11.1990	
Tagungsbeginn:	9.00 Uhr
Einführung:	W. D. Brittinger
Diskussionsbeiträge:	
Kaffeepause:	11.00 – 11.30 Uhr
Diskussion:	11.30 – 13.00 Uhr
Gemeinsames Mittagessen:	13.15 Uhr
Fortsetzung der Diskussion:	15.00 Uhr
Kaffeepause:	16.30 – 16.45 Uhr
Fortsetzung der Diskussion:	
Schlußwort:	B. M. Kemkes
Ende der Tagung:	ca. 18.30 Uhr
Cocktail und Abendessen:	20.00 Uhr
Sonntag, 4.11.1990	
Abreisetag	



Wir würden uns über Diskussionsbeiträge zu dem aufgeführten Themenkreis aus Ihrem Arbeitsbereich freuen. Wegen der limitierten Zeit sollte der einzelne Beitrag nicht länger als 3–5 Minuten sein. Aus organisatorischen Gründen möchten wir Sie bitten, Ihre Teilnahme und eventuelle Diskussionsbeiträge bis zum 22.10.90 mit beiliegender Karte anzukündigen.

Kongreßteilnahme, Kongreßkosten und Mahlzeiten tragen die Veranstalter, alle anderen Kosten sind von den Teilnehmern selbst zu übernehmen. Sollten Sie verhindert sein, dürfen wir Sie bitten – aufgrund der limitierten Teilnehmerzahl – nur einen Ihrer Mitarbeiter anzumelden. Teilnehmer, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln (Bahn, Flugzeug) anreisen, werden um genaue Angabe von Ankunftszeit und Ort gebeten, um einen Transfer von München nach Bernried zu gewährleisten.

4. ARBEITS TAGUNG SHUNT CHIRURGIE

Shuntchirurgie für die
Hämodialysebehandlung
einschließlich Gefäßersatz

Wissenschaftliche Leitung:
W. D. Brittinger, Neckargemünd
B. M. Kemkes, München

EINLADUNG

Samstag, 3.11.1990,
Bernried/Starnberger See
Hotel Marina

Bernried 1990

THEMENKREIS

1. Wo sollen Shunts operiert werden: Klinik – Praxis, stationär – ambulant?

Welches wären Voraussetzungen – bei Shuntoperateur und Operationsort – um die Shuntoperation als medizinisches Leistungsangebot zu rechtfertigen? Zentren mit Shuntteam und 24-stündiger Interventionsbereitschaft gegenüber Zentren, in denen zu bestimmten Zeiten nur ganz bestimmte Shuntoperationen vorgenommen werden: Wie bleibt eine verantwortungsvolle Differentialindikation der Shuntarten unbeeinflusst?

2. Systematische Benutzung einzelner Gefäßregionen in der Shuntchirurgie

Shuntmöglichkeiten etwa im Bereich der Ellenbeuge, des Oberarms, der Axilla; Differentialindikation; Erfahrungen über Funktion bzw. Funktionszeit, Einsetzbarkeit, Komplikationen.

3. Aktuelle Erfahrungen mit Doppler-Sonographie, Ballondilatation bzw. Ballondilatation und vaskulärer Endoprothese – Stent – bei diagnostischem und therapeutischem Einsatz um Shuntprobleme.

Stehen mit diesen Methoden inzwischen Techniken zur Verfügung, die unverzichtbare Voraussetzungen für ein optimales shuntchirurgisches Angebot bieten?

4. Shunt beim Risikopatienten

Diabetiker, Patient mit AVK, geriatrischer Patient: Erfahrungen zum Funktions- und Komplikationsspektrum.

5. Der zentrale Venenkatheterismus als Shunt-Alternative

Indikation zum Einsatz der verschiedenen weichen zentralvenösen Verweilkatheter beim Erwachsenen, bei Kindern; Funktionserfahrung; Komplikationen und ihre Vermeidung bzw. Behandlung; Handhabung und Pflege des Katheters.

6. Der Gefäßersatzshunt 20 Jahre nach seiner Einführung

Aktuell relevante Materialien, Formen, Kaliber? Implantationsort, Anastomosierungsgefäße? Was sind optimale Umstände, um eine möglichst lange Funktionszeit, eine möglichst leichte Einsetzbarkeit des Gefäßersatzshunts zu bewirken? Ökonomische Verhaltensweise des Chirurgen unter dem Aspekt des später erforderlichen Nachfolgeschunts? Wie ist eine möglichst einfache Entfernung des Gefäßersatzshunts im Bedarfsfalle zu gewährleisten? Was hat mit dem definitiv verschlossenen Gefäßersatzshunt zu passieren?

München 1998

Veranstalter

Prof. Dr. Stefan von Sommoggy

Behandlungszentrum Vogtareuth
Krankenhausstr. 20
83569 Vogtareuth
Telefon: 0 80 38/90 13 10
Telefax: 0 80 38/90 13 14

Tagungssekretariat

(und Ansprechpartner für Industrieausstellung)

Dr. Peter Heider

Chirurgische Abteilung
Stadt. Krankenhaus München-Bogenhausen
Englschalkingerstr. 77
81925 München
Telefon: 0 89/92 70 25 13
Telefax: 0 89/92 70 25 15

Anmeldung

Wir bitten Sie, sich bis zum 31. Januar 1998 beim Veranstalter anzumelden.
Eine Teilnahmegebühr wird nicht erhoben.

Hotelreservierung

Für eine Hotelreservierung wenden Sie sich bitte an das
Fremdenverkehrsamt der Landeshauptstadt München
Sendlinger Str. 1
80331 München
Telefon: 0 89/23 91-1

Mit freundlicher Unterstützung der Fa. IMPRA MEDICA GmbH, München

HÄMODIALYSE-SHUNTCHIRURGIE

- Qualitäts-Bestandsaufnahme
- Qualitäts-Dokumentation
- Qualitäts-Verbesserung
- Qualitäts-Zusicherung

28. FEBRUAR 1998



Skulptur „Gespalten XI“ Lidy von Lütwitz, 1959

Klinikum rechts der Isar, München

PROGRAMM

9.00 Begrüssung – Stefan von Sommoggy

Vorsitz: **G. Krönung, Ottweiler**

Qualität der Erstanlage

9.15 W. D. Brittinger, Neckargemünd
9.30 K. Konner, Köln

9.45 – 10.15 **Diskussion**

Qualität des Shuntchirurgen

10.15 F. Prischl, Wels

10.30 – 10.45 **Diskussion**

10.45 – 11.15 **Pause**

Vorsitz: **W. Hepp, Haan**
M. Reiser, München

Qualität der Shunt-Angiografie

11.15 **CO₂-Venographie in präoperativer Gefäßdarstellung vor Anlage eines Hämodialyse-Shuntes**

11.30 – 11.45 **Diskussion**

Qualität der Shunt-Angioplastie (-Stents)

11.45 T. Helmberger, München

12.00 J. B. Lüth, H. Dumann, Hannover; U. Schnabel, Langenhaven
Was ist besser: Operation oder Dilatation?
Langzeituntersuchung zur Revision von Brescia-Cimino-Fistel und PTFE-Loops

Chronologie

- 1960 Scribner shunt
- 1965 Brescia-Cimino-Appel : „surgically created arteriovenous fistula“
- 1966 Erst-Publikation in NEJM
- 1967 Beginn eigener Operationen in Mannheim, Prof. M. Sperling
- 1972 Habilitationsschrift "Anschlussverfahren an die künstliche Niere"
- 1975 Buch „Anschlußverfahren an die künstliche Niere“
- 1976/77 Beginn in Neckargemünd

Chronologie

- 1960 Scribner shunt
- 1965 Brescia-Cimino-Appel : „surgically created arteriovenous fistula“
- 1966 Erst-Publikation in NEJM
- 1967 Beginn eigener Operationen in Mannheim
- 1972 Habilitationsschrift "Anschlussverfahren an die künstliche Niere"
- 1975 Buch „Anschlußverfahren an die künstliche Niere“
- 1976/77 Beginn in Neckargemünd

10
Jahre

bis zu 4000 Operationen/Jahr im Team

S = 60.000 Operationen

→ T E L O S

W.A. Mozart, Klarinetten-Quintett A-
Dur KV 581, 2. Satz

Larghetto

The image displays a musical score for the second movement of W.A. Mozart's Clarinet Quintet, KV 581, in A major. The tempo is marked 'Larghetto'. The score is presented in two systems, each with five staves. The first system begins at measure 48, where the clarinet part features a complex, rapid sixteenth-note passage. The piano accompaniment consists of sustained chords in the right hand and a simple bass line in the left hand. The second system starts at measure 53, showing the clarinet playing a more melodic line with slurs, while the piano accompaniment continues with rhythmic patterns in both hands. Dynamics such as 'p dolce' and 'p' are indicated throughout the score.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit !

g i a E b h

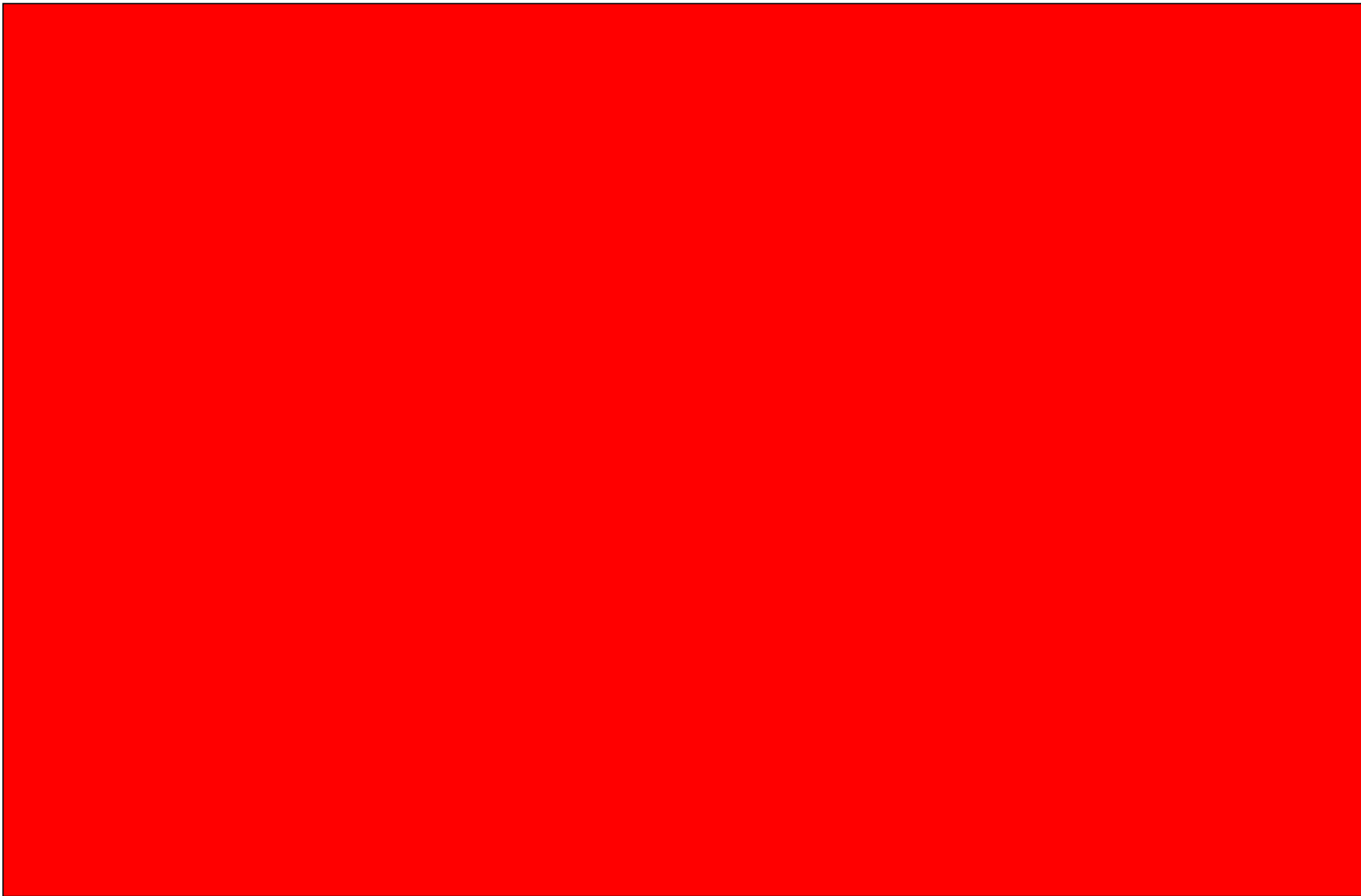
Ende

Fin

Τ ε λ ο σ

Koniec

Vége



W.A.Mozart Gran Partita KV 361

Thema mit Variationen

2 Ob.
2 Cl.
2 C. bs.
in F
in F
4 Cor.
in B
2 Fag.
Cb.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit !

g i a E b h

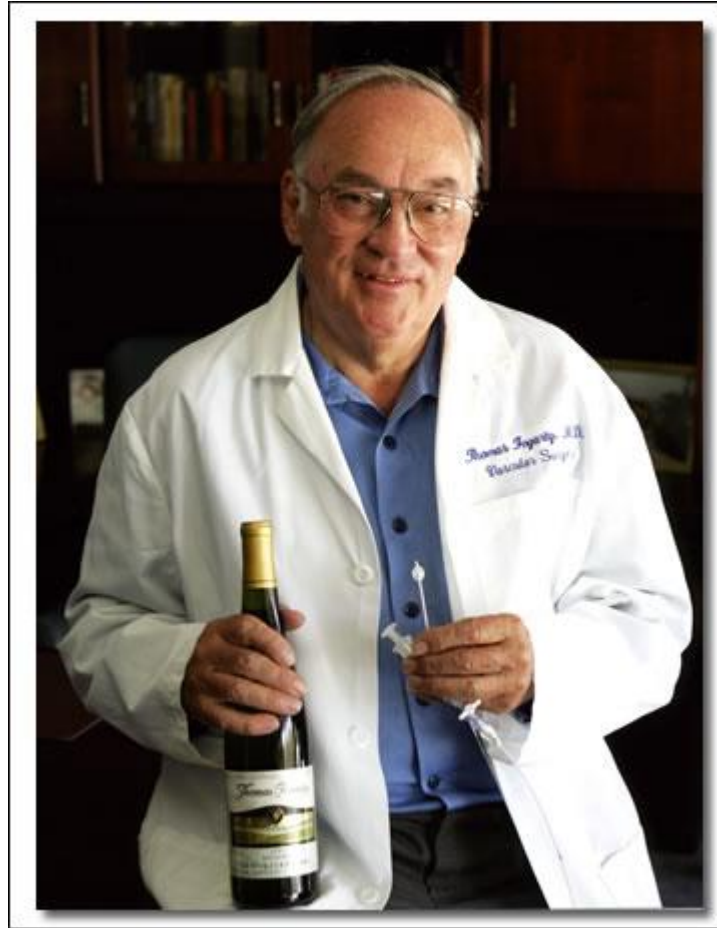
W.A. Mozart, Klarinetten-Quintett A-Dur
KV 581, 2. Satz

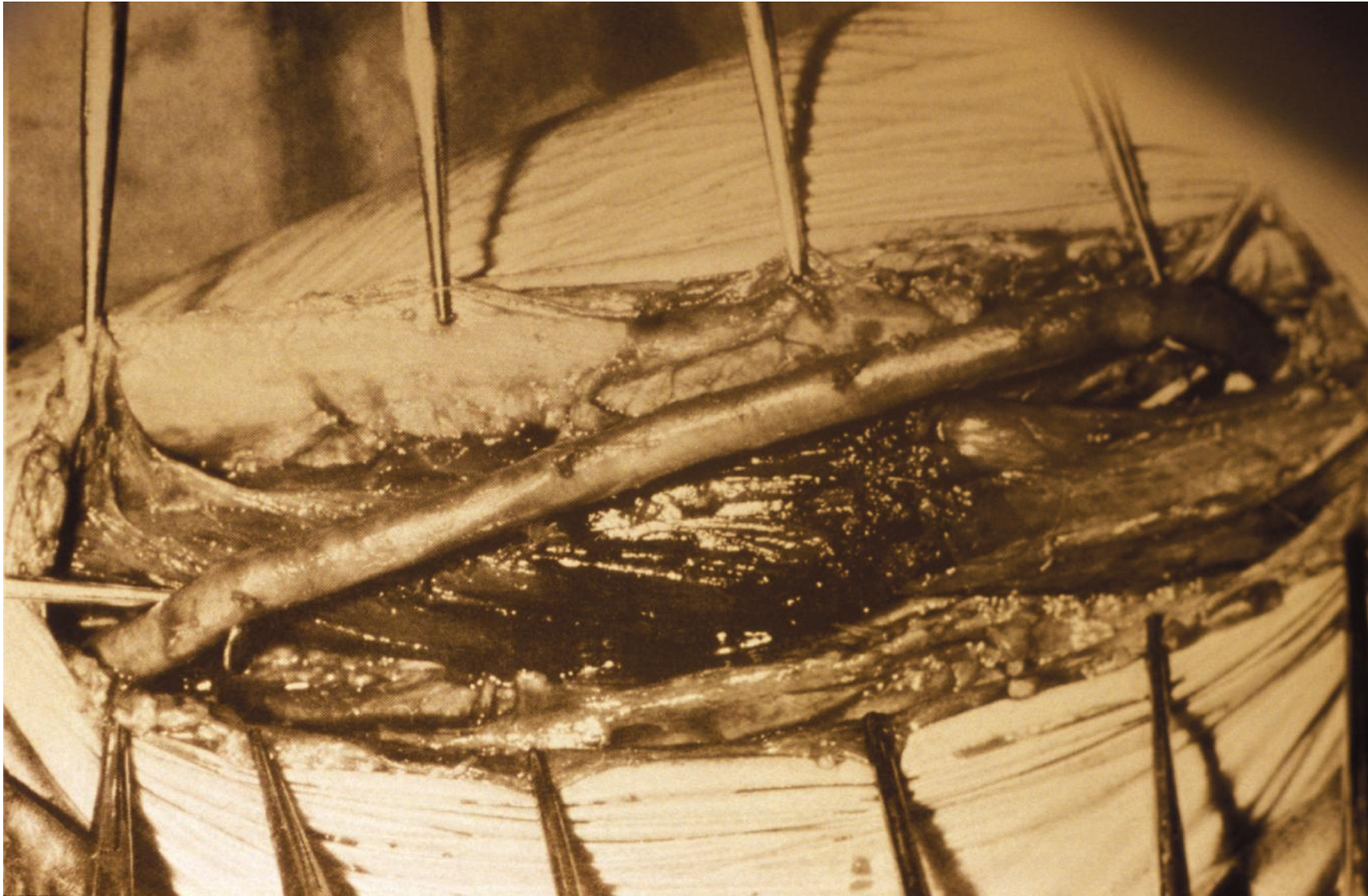
Larghetto

The image displays a page of musical notation for the second movement of Mozart's Clarinet Quintet in A major, KV 581. The score is written for five staves: Clarinet (top), Violin I, Violin II, Viola, and Cello/Double Bass (bottom). The key signature is one sharp (F#) and the time signature is 3/4. The tempo is marked 'Larghetto'. The score is divided into four systems, with measure numbers 44, 48, 53, and 61 indicated at the beginning of each system. The first system (measures 44-47) features a complex, rhythmic melody in the Clarinet part. The second system (measures 48-52) includes a 'p dolce' marking and shows a more melodic passage in the Clarinet. The third system (measures 53-60) consists of a steady, rhythmic accompaniment in the strings. The fourth system (measures 61-64) returns to a more active Clarinet melody. The notation includes various musical symbols such as slurs, ties, and dynamic markings.



Dank an Herrn Thomas Lehn, Ingelheim





W.A. Mozart, Klarinetten-Quintett A-
Dur KV 581, 2. Satz

Larghetto

The image displays a musical score for the second movement of Mozart's Clarinet Quintet, KV 581. The score is in A major and 3/4 time, marked 'Larghetto'. It features five staves: the top staff is for the Clarinet in A, and the bottom four staves are for the string quartet (Violin I, Violin II, Viola, and Cello/Double Bass). The score is divided into two systems. The first system starts at measure 48 and ends at measure 52. The second system starts at measure 53 and ends at measure 57. The key signature is one sharp (F#), and the time signature is 3/4. The score includes various musical notations such as notes, rests, slurs, and dynamic markings like 'p dolce' and 'p'. The string parts provide a harmonic and rhythmic foundation for the clarinet's melodic line.

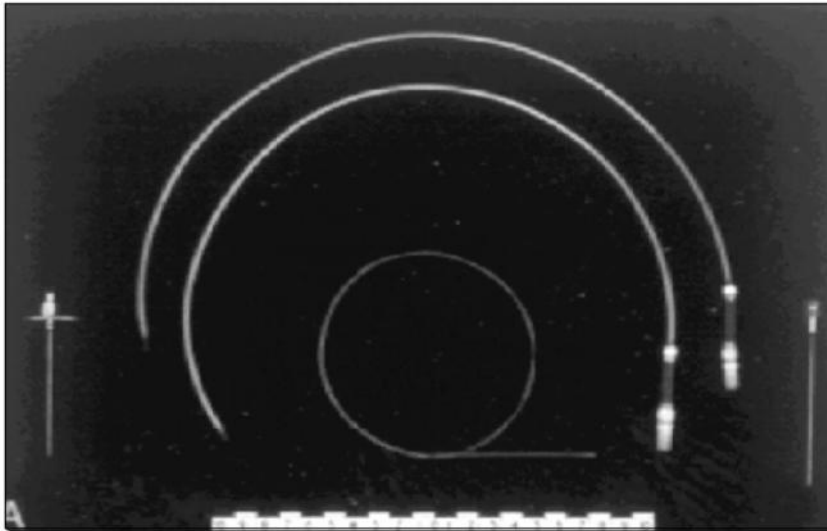
Danke für Ihre Aufmerksamkeit !

g i a E b h

History 2

Shaldon S, et.al. Lancet 1961;2:857-9

..Plastic tubing heated and stretched on a thin Seldinger wire to produce a tip ... Side ports are punctured in the tubing along its distal 6 cm...



Dr. Stanley Shaldon 1968
(with permission)

Stanley Shaldon: **FORTY YEARS OF ENCOUNTER WITH DIALYSIS** The 46th
Annual Meeting of Japanese Society for Dialysis Therapy Osaka, 23rd June 2001

Ich sage : **Danke !**

Sie haben uns über Jahrzehnte reich beschenkt !

Ich denke, ich spreche im Namen aller hier: wir wünschen Ihnen eine stabile **Gesundheit**, die Ihnen eine adäquate **Mobilität** erlaubt.

Erhalten Sie sich Ihre vielfältigen Interessen als „homme de lettre“, umfassender, als „homme de culture“, umgeben in Ihrem Haus von Büchern, Bildern, Skulpturen und Vielem Anderem mehr.

Geniessen Sie noch lange **Ihr Haus, Ihr Zuhause** zusammen mit Ihrer Gattin. Ich hatte die Ehre, unlängst Ihrer Beider Gast zu sein und durfte einige bewegende, bereichernde Stunden mit Ihnen verbringen.

Was jetzt vielleicht noch zu sagen wäre, überlasse ich einigen Takten Mozart`scher Musik, einem Ausschnitt aus seinem Klarinetten-Quintett.

Dazu möchte ich Frau Svetlana Galejeva, eine wunderbare Musikerin, auf die Bühne bitten

