

Kreuzbandchirurgie auf neuen Wegen?!

Die häufigste Knieverletzung ist der Kreuzbandriss, genauer gesagt, der Riss des vorderen Kreuzbandes. Wer plötzlich mit der Diagnose Kreuzbandriss konfrontiert ist, fragt sich: Was ist zu tun? Neue Erkenntnisse und Möglichkeiten haben zu einer Änderung der Behandlungskonzepte beim Kreuzbandriss geführt. ORTHOpress befragte den Orthopäden und Sportmediziner Dr. Volker Fass von der Fontana-Klinik in Freiburg nach dem derzeitigen Stand der Therapie des vorderen Kreuzbandrisses.

Herr Dr. Fass, was ist zu tun, wenn das vordere Kreuzband gerissen ist?

Dr. Fass: Die sofortige Versorgung von vorderen Kreuzbandverletzungen wird zunehmend aufgegeben zugunsten einer primärverzögerten (frühsekundären) Rekonstruktion. Es hat sich gezeigt, dass die frühzeitige Versorgung zu einer heute nicht mehr als akzeptabel erachteten Arthrofibrose (Verwachsungen) geführt hat. Statt der sofortigen Operation beginnt der Verletzte einen Rehabilitationsprozess, um sich auf die Operation vorzubereiten. Erst wenn das Gelenk völlig abgeschwollen, schmerzfrei und wieder frei beweglich ist, sollte die Rekonstruktion des Kreuzbandes vorgenommen werden.

Welche operativen Verfahren sind heute gängig?

Dr. Fass: Wir unterscheiden prinzipiell die Einbündel- von der Zweibündeltechnik. Über viele Jahre hinweg implantierten Chirurgen lediglich ein einfaches Transplantat. Dieses Verfahren berücksichtigt aber nicht, dass das vordere Kreuzband funktionell aus zwei Teilbändern besteht. Kürzlich veröffentlichte Studien belegen die wichtige Funktion des sogenannten posterolateralen Bündels bei der Verhinderung von Drehkräften im Kniegelenk. Um dem ge-

recht zu werden, wählt man heute bei der Einbündeltechnik zur Erzielung einer anatomischen Bohrlochlage am Oberschenkel (Femur) nicht mehr den Zugang zum Oberschenkel durch den Unterschenkel hindurch, sondern den arthroskopischen inneren Zugang. Zu diesem Zweck muss das Bein – um eine exakte anatomische Platzierung zu erreichen – mindestens 120 Grad gebeugt werden.

Anatomisch noch näher am Original ist die sogenannte Zweibündeltechnik, bei der zwei getrennte Bündel eingesetzt werden, die die unterschiedliche Funktion der beiden Kreuzbandbündel imitieren sollen. Allerdings ist dieses Verfahren technisch schwieriger und mit einem erheblichen Mehraufwand an Fixationsmaterial im Knie verbunden. Wir selbst sehen derzeit eine gute Indikation für die Doppelbündeltechnik vor allem bei Patienten mit stark positivem Pivot-Shift (Ausdruck der klinisch messbaren Rotation) und für Revisionsoperationen. Der Ersatz des vorderen Kreuzbandes ist generell ein anspruchsvoller Eingriff und erfordert den Spezialisten.

Welche Sehne verwenden Sie zur Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes?

Dr. Fass: In den 80er Jahren galt die Verwendung der Patellarsehne als Gold-

standard. Allerdings traten bei circa 20 Prozent der Patienten Probleme an der Entnahmestelle der Patellarsehne auf. Seit den frühen 90er Jahren kam anstatt der Patellarsehne zunehmend ein Transplantat aus Semitendinosus- und Gracillarsehne (STG) zum Einsatz. Dieses Kreuzbandersatzpräparat zeigt dem originären Kreuzband vergleichbare biomechanische Werte und wird inzwischen weltweit in der Kreuzbandchirurgie zu annähernd 80 Prozent verwendet. Beim primären Ersatz des vorderen Kreuzbandes zeigen STG-Transplantate im Vergleich zur Patellarsehne weniger Beschwerden an der Entnahmestelle, bessere funktionelle und klinische Resultate im Langzeitverlauf und eine mindestens gleichwertige Kniestabilität. Die Patellarsehne verwenden wir nur in speziellen Fällen oder bei Revisionen.

Herr Dr. Fass, herzlichen Dank für Ihre Erläuterungen!



Dr. Fass: „Die neuen schonenden Operationsverfahren zur Behandlung des vorderen Kreuzbandrisses sind technisch schwierig und aufwendig. Sie sollten nur von Spezialisten mit ausreichender Erfahrung durchgeführt werden.“