

Zusammenfassung des 3. Advanced Knee Surgery Instructional Course der Orthopädischen Universitätsklinik Basel, 10. -12. Oktober 2013

Patronage/Credit Punkte von ESSKA, EFORT, AGA, GOTS, SGOT, SGC, SGSM

Tag 1: Gelenkerhaltende Kniechirurgie

Prof. Roland Becker, Brandenburg, behandelte primäre und wiederkehrende vordere Kreuzband (VKB)-Instabilität. Er zeigte, dass die Integrität der peripheren Bandstrukturen und des Innenmeniskus als Co-Stabilisator von höchster Bedeutung sind, um einer wiederkehrenden VKB-Insuffizienz vorzubeugen. Nach erfolgter VKB-Rekonstruktion ist die Arthroserate im Kniegelenk ca. 39% nach 7,8 Jahren weiterhin als zu hoch einzustufen. PD Dr. Peter Koch, Universität Zürich, berichtete über Ergebnisse bei hinterer Kreuzband (HKB)-Instabilität. Bei akuten HKB-Verletzungen werden Patienten mit einer Schienenbehandlung therapiert. Bei kombinierten Verletzungen hingegen empfiehlt er eine frühe Rekonstruktion der beteiligten Bänder innerhalb von 2-3 Wochen. Bei chronischer HKB-Insuffizienz sind gehaltene Röntgenaufnahmen wichtig für die Therapieentscheidung. Bei 8 mm besteht eine signifikante isolierte und bei über 11 mm eine große kombinierte Instabilität des HKB und der angrenzenden Strukturen, weshalb allgemein eine operative Intervention empfohlen wird. Dr. René Attal, Universität Innsbruck, referierte über die mediale und laterale Kniegelenkinstabilität. Gewöhnlich ist bei isolierten Verletzungsmustern ein konservatives Vorgehen ausreichend. Bei drittgradigen Verletzungen (totale Ruptur) ist eine Schienenbehandlung und komplette Entlastung der betroffenen Extremität mit redu-

ziertem Bewegungsumfang indiziert. Das MCL trägt zur antero-medialen Instabilität bei. Aus diesem Grunde könnte eine umgehende MCL-Rekonstruktion im akuten Szenario das ACL-Rekonstruktions-Outcome verbessern. Er stellte eine neue Technik für die MCL-Rekonstruktion „internal bracing“ (ein subkutan eingebrachtes Fibretape mit Knochenankerfixierung) vor. Verletzungen, welche die posterolaterale Ecke (PLC) betreffen, treten häufig nicht isoliert auf. Hierfür wurde die frühe Sehnenaugmentation empfohlen. PD Dr. Dr. Petri Sillanpää, Universität Tampere, referierte über ligamentäre Patellainstabilität. Seinen Ergebnissen zufolge erzielt man durch eine Rekonstruktion ein besseres Outcome als bei einer Naht. PD Dr. Philip Schöttle, ging anschließend näher auf knöchernen Patella-Instabilitäten ein und wies darauf hin, dass die Patellaführung bei einer Kniegelenkbeugung über 40° hauptsächlich durch die knöchernen Führung gewährleistet ist. Er betonte, dass nicht nur die Trochleadysplasie sondern auch die femorale und tibiale Rotation entscheidend für die Patellastabilität sind. Signifikante Abweichungen sollten operativ korrigiert werden. Der erste Teil des Workshops begann mit Prof. Becker, der eine 4-Strang-Semitendinosus-VKB-Rekonstruktion zeigte mit femoral tight-rope und tibial Interferenzschraube der Firma Arthrex. Dr. Attal demonstrierte die minimalinvasive Zwei-Schnitt-Technik von Strobel für die LCL-Rekonstruktion unter Verwendung einer femoralen Interferenzschraube der

Firma Storz. PD Sillanpää zeigte eine modifizierte Apertur-Fixierung mit zwei Patellankern der Firma Arthrex und eine femorale Interferenzschraube. Anschließend konnten alle Teilnehmer die demonstrierten Techniken durchführen.

Die Nachmittags Sitzung eröffnete Prof. Stefan Hinterwimmer, München, der über Femurosteotomien des instabilen arthrosebehafteten Kniegelenkes sprach. Er verwies auf die Notwendigkeit von Ganzbeins-tandaufnahmen und einer CT-Abklärung, um die Art der erforderlichen Korrektur bei kombinierten Rotations- und Achsdeformitäten festlegen zu können. Falls möglich, sollten alle Achsen durch eine biplanare Chevron-Femurosteotomie korrigiert werden. Eine Übersichtsarbeit, welche 13 Studien hinsichtlich Femurosteotomien bei Valgusgonarthrose einschloss, konnte eine Gelenkerhaltung bei 80% in einem Zeitraum von 10 Jahren und zwischen 40-60% nach 15 Jahren belegen. PD Dr. Vinzenz Smekal, Universität Innsbruck, erläuterte die Evidenz bei Tibiaosteotomien bei instabilen und arthrotischen Kniegelenken. Er illustrierte, dass eine Veränderung des Slope zwar dazu genutzt werden kann die Belastung im degenerierten Anteil des Kniegelenk zu reduzieren, jedoch nicht um die Kniegelenk-stabilität wiederherzustellen. Prof. René Verdonk, Universität Gent, berichtete über gute Langzeitergebnisse nach Meniskustransplantation und -teilersatz. Er sieht die Indikation für ein solches Procedere eher bei jungen Patienten mit gutem



Abbildung 1
Prof. René Verdonk (links) beim partiellen Meniskusersatz

Knorpelstatus, die an einem Postmeniskektomie-Symptomatik leiden. Weiterhin stellte er klar, dass nach 26 Jahren Erfahrung in der Meniskustransplantation dieses Verfahren nicht mehr als „experimentell“ bezeichnet werden kann. Im Anschluss gab Prof. Philip Niemeyer, Universität Freiburg, einen Überblick über die Bedeutung der Knorpeltransplantation und Knorpelwiederherstellung, indem er evidenzbasierte Indikationen und Techniken aufführte. Er betonte, dass das „Micro-Drilling“ der „Micro-Frakturierung“ vorzuziehen ist, falls eine knochenmarkwiederherstellende Technik angewendet werden sollte. Im Folgeworkshop demonstrierte Prof. Verdonk die partielle Meniskuswiederherstellung unter Verwendung eines Poly-Urethan-Gerüsts der Firma Ortheq (Abbildung 1). In gleicher Sitzung führte Prof. Niemeyer die Novocard-3D-Knorpelrekonstruk-

tionsmethode Firma B Braun vor. Prof. Hinterwimmer zeigte die bipolare lateral Open-Wedge-Femurosteotomie in Chevron-Technik, welche durch eine Synthes-Tomofixplatte fixiert wurde. Alle Teilnehmer konnten die Operationstechniken am Kadaverknochen unter Anleitung der Instruktoren wiederholen.

Tag 2: Primäre Kniearthroplastik

PD Dr. Sébastien Lustig, Universität Lyon, sprach über gute Ergebnisse bei medialer unikondylärer Kniearthroplastik (UKA), wobei er eine Valgusüberkorrektur nach erfolgter tibialer Umstellungsosteotomie für eine Kontraindikation hält. Bei VKB-instabilen Kniegelenken sollte bekanntermaßen eine UKA vermieden werden. In speziellen Fällen kann jedoch erfolgreich eine VKB-

Rekonstruktion kombiniert werden. Dr. Dr. Csaba Forster, Universität Basel, ging näher auf die Unterschiede der Anatomie, Kinematik und Fehlerursache der lateralen UKA im Vergleich zur medialen UKA ein. Er präsentierte Daten aus dem australischen und schwedischen Register, welche rückblickend eine dreifache bis zweifache Revisionsrate der UKA im Vergleich zur TKA aufwiesen. PD Schöttle referierte über den patellofemorale Gelenkersatz (PFG). Er sieht hier die Hauptproblematik im Overstuffing und Notching. Er stellte ein neues Implantat vor, das auf die Bedürfnisse des Patienten zugeschnitten ist und zusätzlich eine Trochleadysplasie korrigieren kann. Weiterhin stellte er dar, dass der patellofemorale Gelenkersatz, nichts an einer falschen Biomechanik der unteren Extremität ändert, so dass zusätzliche Achs- oder Rotationsfehlstellungen des Femurs und eine

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2740329>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2740329>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)