

Kniegelenkverschleiß

Bei einem Drittel der Patienten ist ein Teilersatz des Gelenkes ausreichend.

Dr. Udo Groenewold | Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie
Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH



Als Ursache für den Kniegelenkverschleiß (Arthrose) kommen die Abnutzung des Gelenkes mit zunehmendem Lebensalter, aber auch Folgezustände nach Verletzungen in Betracht, dieses dann häufiger bei jüngeren Patienten. Beschleunigt wird dieser Verschleiß durch Achsfehlstellungen der Beine (O- oder X-Bein).

Bei Patienten bis zum mittleren Lebensalter und mit noch nicht vollständig ausgebildetem Knorpelschaden kann als Therapieoption die Achskorrektur des Beines angeboten werden. Auf diese Weise kommen noch nicht beschädigte Knorpelabschnitte des Kniegelenkes „zum Tragen“ und der Patient ist einige Jahre wieder beschwerdefrei. Bei fortgeschrittenem Knorpelverschleiß ist der Ersatz des Kniegelenkes allerdings auf Dauer die Therapie mit den längerfristig besseren Erfolgsaussichten.

Lange wurde bei Kniearthrose fast ausschließlich eine Vollprothese angeboten. In letzter Zeit ist es zu einem Wandel in der Indikationsstellung der zu implantierenden Prothese gekommen. Wenn die Knieschmerzen hauptsächlich auf die innere Seite des Gelenkes beschränkt sind, ist häufig der Ersatz dieses Teiles des Kniegelenkes ausreichend. Bei diesem Teilersatz kommt die so genannte Schlittenprothese zum Einsatz.

Schon vor 30 Jahren wurde in Oxford der Grundstein für die Entwicklung

einer gleichnamigen Schlittenprothese gelegt. Das geniale Grundkonzept dieser Prothese, die deutlich kleiner als eine Vollprothese ist, ist bis heute unverändert. In der letzten Entwicklungsstufe wird sie in minimal invasiver Operationstechnik eingesetzt, hierdurch ist der Hautschnitt meist nur 7 bis 8 cm lang. Die postoperativen Schmerzen sind um ein Vielfaches geringer, der Genesungsprozess im Vergleich zur Vollprothese deutlich beschleunigt. Die sofortige Vollbelastung ist erlaubt. Die Entlassung aus dem Krankenhaus ist in der Regel schon nach 4 bis 5 Tagen möglich. Die Beweglichkeit wird meist wieder hergestellt und entspricht dann der eines gesunden Kniegelenkes. Hierzu bedarf es häufig nicht einmal langwieriger krankengymnastischer Übungsbehandlung – die Kniefunktion wird „von alleine“ gut und das Gefühl des „vergessenen Knies“ kann wiedererlangt werden.

Die Oxford®-Prothese hat im Vergleich zu den Konkurrenzprodukten nur geringe Verschleißraten und extrem lange Standzeiten. Sollte sie

sich im Laufe der Jahre lockern, so ist der dann erforderliche Revisionseingriff die Umwandlung der Teil- in eine Vollprothese. Dieser Eingriff ist aber technisch nicht wesentlich komplizierter als die sofortige Implantation einer Vollprothese. Früher angenommene Kontraindikationen zur Implantation einer Schlittenprothese wie Übergewicht, Verschleiß im Kniescheiben-Oberschenkelgelenk (retropatellare Arthrose), zu junges oder zu hohes Lebensalter oder ein hohes Aktivitätsniveau werden heute, nach Auswertung langjähriger Studienergebnisse, nicht mehr als solche angesehen.

Die Schlittenprothese ist nicht eine auf Zeit begrenzte Notlösung, sondern eine etablierte, endgültige Therapie des innenseitigen (medialen) Kniegelenkverschleißes.



Abb.1: Auf den inneren Kniegelenkspalt begrenzter Verschleiß mit Knochenkontakt zwischen Ober- und Unterschenkel

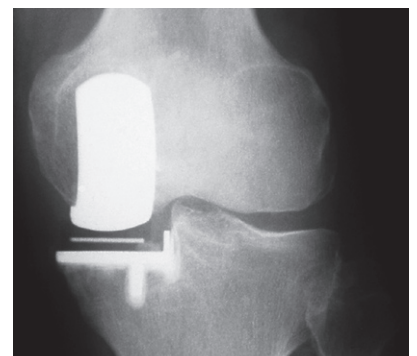


Abb.2: Durch Oxford®-Prothese versorgter innerer Kniegelenkabschnitt.