



# Der Teilgelenkersatz am Kniegelenk

## Eine anspruchsvolle Technik

Die Arthrose des Kniegelenks beginnt in den meisten Fällen nicht als generalisierte Gelenkerkrankung. Dennoch werden nur rund 10 % der Patienten, die eine endoprothetische Versorgung erhalten, mit einer Teilprothese versorgt [1]. Das könnte einerseits bedeuten, dass wir die Patienten mit degenerativen Erkrankungen am Knie zu spät operativ versorgen, andererseits wird zumindest medial und von den Krankenkassen gerne kolportiert, wir operierten zu früh und ohne Not.

Patienten, die einen Teilgelenkersatz erhalten, profitieren davon, dass die Hauptbänder des Gelenks, v. a. das vordere Kreuzband, im Gegensatz zum Totalgelenk intakt bleiben. Auch bleibt zumindest ein Kompartiment des Knies unberührt und hat damit mit den Bändern den Vorteil einer weitestgehend erhaltenen Propriozeption. Zumindest theoretisch sollte dies zu einer natürlicheren Funktion und Kinematik des Gelenks beitragen. Verläuft der Eingriff erfolgreich, ist dies auch sicher der Fall.

Warum sind dennoch in den Registerdaten bei den unikondylären Prothesen frühzeitige Lockerungsraten (im Australischen Register nimmt die Lockerungsrate über die Jahre hinweg sogar kontinuierlich zu [2]) festzustellen? Der Eingriff erscheint trotz seiner geringeren Invasivität schwieriger und komplexer als der komplette Gelenkersatz. Die Komponenten können ohne computergestützte Führung in allen Ebenen des Raums verkippt, zur Anatomie des Patienten, aber auch gegeneinander ungünstig positioniert werden.

Die technischen Aspekte sollen daher in den Beiträgen von Grund auf eine Rekapitulation des operativen Vorgehens und der Planung ermöglichen. Wir hoffen, dass dies gelungen ist und bei der Anwendung unterstützt. Ein besonders schwieriger Eingriff ist anscheinend der unikondyläre Ersatz des lateralen Kompartiments. Durch die vermehrte Bewegung des lateralen Tibiakopfs während der Beugung muss der Positionierung der Tibiakomponente besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Deshalb soll diese Technik nicht fehlen, ebenso wie der Ersatz am Patellofemoralgelenk. Beiden ist gleich, dass ihre Positionierung sehr viele Freiheitsgrade hat. Neben der Gefahr des „Overstuffings“ ist beim Letzteren sicher bereits eine veränderte Anatomie und/oder Funktion des Gelenks mit am Verschleiß schuld, wenn es sich nicht um eine posttraumatische Veränderung handelt. Die Revisionsrate der Arthroplastik am Patellofemoralgelenk ist im New Zealand Orthopaedic Association National Joint Registry 4-mal so hoch wie die des kompletten Kniegelenkersatzes [3] und der primäre Ersatz beträgt laut EPRD-Jahresbericht 2015 nur 0,1 % aller Knieendoprothesen [1].

Natürlich ist es leichter, einen Teilgelenkersatz zu revidieren. Das Ergebnis ist jedoch meist nicht so gut, wie das der primären Totalprothese. Wir appellieren deshalb, sich einerseits umfassend über die „richtige“ Operationstechnik zu informieren und andererseits der Teilprothese eine Chance zu geben, auch wenn sie einmal nicht sofort schmerzfrei mobilisierbar ist. Wer kennt nicht Patienten, selbst nach rein traumatischen Verände-

rungen, die nach Reparatur z. B. eines vorderen Kreuzbandersatzes über Monate nicht völlig beschwerdefrei werden. Da kann es bei degenerativen Erkrankungen mit begleitenden Weichteilveränderungen sicher ebenso lange dauern, auch wenn das hoffentlich nur selten der Fall sein sollte.

Maximilian Rudert, Würzburg

Wolf Petersen, Berlin

### Korrespondenzadresse



**Prof. Dr. M. Rudert**  
Orthopädische Klinik König-  
Ludwig-Haus, Universität  
Würzburg  
Brettreichstr. 11, 97082 Würz-  
burg, Deutschland  
m-rudert.klh@  
uni-wuerzburg.de

**Interessenkonflikt.** M. Rudert und W. Petersen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

1. Endoprothesenregister Deutschland (2015) EPRD Jahresbericht 2015. [www.eprd.de](http://www.eprd.de). Zugegriffen: 31. Dez. 2016
2. Australian Orthopaedic Association National Joint Replacement Registry (2015) Annual report. AOA, Adelaide
3. New Zealand Orthopaedic Association National Joint Registry (2015) Annual report 2015. [www.nzooa.org.nz/nz-joint-registry](http://www.nzooa.org.nz/nz-joint-registry). Zugegriffen: 31. Dez. 2016



## SpringerMedizin.de

### Lesen Sie Ihre Fachzeitschrift auch als ePaper!

Als Abonnent können Sie Ihre Zeitschrift in verschiedenen Formaten lesen. Wählen Sie je nach Vorliebe und Situation aus, ob Sie die Zeitschrift als Print-Ausgabe, in Form von einzelnen Beiträgen auf [springermedizin.de](http://springermedizin.de) oder aber als komplette, elektronische ePaper-Ausgabe lesen möchten.



Die ePaper sind die identische Form der gedruckten Ausgaben. Sie sind nutzbar auf verschiedenen Endgeräten wie PC, Tablet oder Smartphone

#### Das sind die Vorteile des ePapers:

- Das verlinkte Inhaltsverzeichnis führt Sie direkt zum gewünschten Beitrag.
- Eine Suchfunktion ermöglicht das Auffinden von Schlagworten innerhalb der Zeitschrift.
- Jede Ausgabe kann als PDF heruntergeladen und damit auch offline gelesen werden bzw. auch gespeichert oder ausgedruckt werden.
- Als Abonnent haben Sie Zugang zu allen ePaper-Ausgaben ab 2016.

Sie finden die ePaper auf [SpringerMedizin.de](http://SpringerMedizin.de) bei der jeweiligen Ausgabe Ihrer Fachzeitschrift. Klicken Sie auf den Button „Zum ePaper“.