



Sprechstunde am Sonntag

Der Teilgelenkersatz des Kniegelenks

Anzeige

Mitglied im Ärztenetzwerk



Mein Gesundheitsnetzwerk
www.mein-gesundheitsnetzwerk.de

einen Ersatz der Gleitfläche des inneren oder äußeren Gelenkspaltes handeln, als auch um das Gleitlager oder Rückfläche der Kniescheibe. In aller Regel findet aber vor allem der Ersatz des inneren Gelenkspaltes Anwendung. Diese Teilprothese hat im Alltag viele verschiedene Namen: Teilgelenkersatz, Schlittenprothese, unikondyläre Prothese, Mono-Ersatz. Diese Begriffe stehen hier als Synonym.

Weshalb kommt es überwiegend nur zum Ersatz des inneren Gelenkspaltes?

Zum einen liegt dies darin begründet, dass der innere Gelenkspalt am häufigsten betroffen ist. Die meisten Menschen entwickeln eine O-Bein-Stellung und hierdurch wirkt die Belastung im Kniegelenk zwischen 60 bis 80 Prozent rein über den inneren Gelenkspalt, entsprechend ist der Verschleiß dort am stärksten ausgeprägt. Zum anderen sind Valgus-Fehlstellungen (X-Beine) sehr schwierig zu korrigieren und der operative Gelenkersatz der Außenseite sehr viel aufwändiger und mit größeren Risiken behaftet. Aufgrund der vermehrten Gelenkbeweglichkeit der Außenseite sind gar Luxationsraten, also

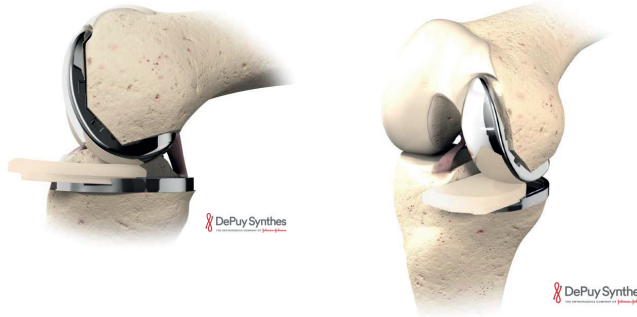


Abb.: Innenseitiger Teilgelenkersatz des Kniegelenks (mit freundlicher Genehmigung der Fa. DePuy Synthes).

das Herausspringen des Gelenks oder auch der Prothesenkomponenten, von bis zu 7 Prozent beschrieben.

Ein Teilgelenkersatz klingt prinzipiell erst einmal weniger invasiv und aufwändig, ist dem so?

Ja und Nein. Ein klares Ja für etwas weniger Invasivität. Wir ersetzen nur ca. 1/3 des Kniegelenks mit einer Teilprothese. Der operative Zugang, also der sichtbare Hautschnitt, kann etwas kürzer gehalten werden, ebenfalls die tieferen Verletzungen, z.B. an der Quadricepssehne. Auch der Blutverlust fällt in der Regel etwas geringer aus. Die Kreuz- und Seitenbänder sowie die restlichen

doppelt so hoch wie bei einem vollständigen Kniegelenkersatz.

Zu welchem Eingriff können Sie dann ihren Patienten raten?

Vorausgehen müssen eine ausführliche und vollständige Diagnostik sowie individuelle Risikoabschätzung mit den Patienten. Die Regel ist hier ein Röntgenbild, ggf. auch mit Belastungsaufnahmen, sowie zwischenzeitlich ein MRT der Standard. Gerade im MRT können etwaige Bandläsionen und Knorpelverschleiß sowie Knorpeldefekte beurteilt werden. Nur wer absolut keinen Verschleiß oder Bandinstabilität aufweist, kommt aus meiner Sicht für einen einseitigen Ersatz in Frage. Weitere Ausschluss-Kriterien wären eine deutlich geminderte Knochenqualität (Osteoporose), fortgeschrittene Adipositas, größere Achsfehlstellungen oder eine rheumatoide Arthritis. Letztlich werden hier sehr viele Patienten bereits ausgeschlossen, auch das zeigt das EPRD sehr gut auf: 2021 wurden mehr als 250.000 „Vollprothesen“ implantiert, nur 35.000 „Teilprothesen“ und gerade einmal 542 Gleitlager-Prothesen der Kniescheibe. Wenn man aber alle Faktoren berück-



Dr. med. Tim Klopfer,
 Facharzt für Orthopädie und
 Unfallchirurgie sowie
 spezieller Unfallchirurg.
 OCB Bayreuth
 Parsifalstr. 5, 95445 Bayreuth
www.ocb-bayreuth.de

sichtigt und mit dem Patienten Anspruch und Risiko korrekt abwägt, kann der Teilgelenkersatz eine wunderbare und durchaus auch dauerhafte Lösung sein. Und selbst wenn dies nicht eintritt, haben wir in der Regel nach einem Teilersatz immer noch die Option zu einer Wechseloperation auf die „Vollprothese“. Ziel sollte es aber immer sein, so wenig wie möglich, aber so viel wie nötig zu ersetzen. Sowohl der Patient als auch der Operateur möchten eine langlebige, wenn nicht sogar lebenslange Lösung für das Problem Arthrose.

Was darf man denn unter einem Teilgelenkersatz verstehen und wie grenzt sich dieser von einem vollständigen Ersatz ab?

Eine Teilprothese ist an sich auch bereits ein übergeordneter Begriff. Letztlich kann es sich um