

Knie

Stabilisation der Kniescheibe

bei Instabilität/Patellaluxation



Liebe Patientin, lieber Patient

Vielen Dank, dass Sie sich mir und meinem Team anvertrauen. Sei es ein Riss des vorderen Kreuzbandes oder eine Arthrose am Kniegelenk, das Ziel meiner Behandlung Ihres medizinischen Problems ist die Wiederherstellung Ihrer Kniefunktion und damit Ihrer Lebensqualität!

Aufgrund meiner langjährigen Tätigkeit als Leiter der Kniechirurgie an der Orthopädischen Universitätsklinik Balgrist konnte ich mein klinisches Wissen und meine operative Erfahrung mit rund 6'000 Knieeingriffen aufbauen und kontinuierlich weiterentwickeln. Durch Mitarbeit in verschiedensten internationalen Gruppen entstanden wertvolle Beziehungen mit anderen renommierten Kniechirurgen auf der ganzen Welt.

Als Mitglied der European Knee Society (EKS), einem ausgesuchten Kreis von internationalen Kniespezialisten, nehme ich Anteil an den neusten Entwicklungen und Trends in der Kniechirurgie. Mein kniechirurgisches Wissen befähigt mich dazu, simple Mode- und Marketingströmungen als solche zu erkennen und nur nachhaltige Verbesserungen von Therapieformen in meine persönlichen Behandlungsstandards einfließen zu lassen.

Dank meiner langjährigen klinischen und wissenschaftlichen Erfahrung kann ich Sie mit höchster Kompetenz beraten und Ihnen die für Sie am besten geeignete konservative oder operative Therapie bieten.

In dieser Broschüre sind die wichtigsten Informationen zusammengefasst über die Stabilisierungsoperationen der Kniescheibe.

Ihr

PD Dr. med. Peter Koch

Facharzt Orthopädie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, FMH



Instabilität der Kniescheibe (Patellaluxation)

Die Kniescheibe (Patella) ist ein scheibenförmiger Knochen, welcher vor dem Kniegelenk liegt und gelenkseitig von Knorpel bedeckt ist. Durch die Optimierung des Hebelarms verbessert die Kniescheibe die Kraftentfaltung der Quadriceps-Muskulatur (Streckmuskulatur des Oberschenkels).

Die Kniescheibe gleitet in einer Rinne (Trochlea) am Oberschenkelknochen und wird zusätzlich durch Bänder und dynamisch durch die Muskulatur stabilisiert.

Wie kommt es zur Kniescheiben-Instabilität?

Springt die Kniescheibe aus ihrem Gleitlager, spricht man von einer Patellaluxation. Tritt dies zum ersten Mal auf, ist es in aller Regel mit starken Schmerzen und einer Blockade des Gelenks verbunden. Manchmal muss die Kniescheibe manuell wieder in das Gleitlager zurückgebracht werden.

Auslöser für eine Patellaluxation können eine flache Ausbildung der Gleitrinne (Trochleadysplasie = Fehlbildung der Gleitrinne), eine zu hoch stehende Kniescheibe, der Riss des stabilisierenden Bandes (MPFL) oder weitere Faktoren sein. Liegen solche Risikofaktoren vor, kann es wiederholt zu einer Patellaluxation kommen.

Muss eine instabile Kniescheibe operiert werden?

Nicht in jedem Fall. Ist die Patellaluxation zum ersten Mal aufgetreten, erfolgt in aller Regel ein Behandlungsversuch ohne Operation, wobei das Risiko einer erneuten Luxation etwa 50 % beträgt, also doch relativ hoch ist! Bei wiederholter Patellaluxation oder einem bleibenden Instabilitätsgefühl ist ein operatives Vorgehen jedoch häufig sinnvoll, da einerseits mit jedem erneuten Ereignis weitere Schäden am Knorpel entstehen können, andererseits das Knie sonst wenig belastbar und unsicher bleibt.

Durch Physiotherapie kann manchmal eine leichte Besserung erzielt werden, oft bleiben aber Beschwerden bestehen. Da bei jeder Patellaluxation Schäden am Gelenkknorpel auftreten können, sollte auf jeden Fall eine gründliche Beurteilung mit radiologischer Abklärung (Röntgenbild, MRI-Untersuchung) erfolgen. Gerne kann ich Sie zudem darüber informieren, wie der Gelenkzustand ist, ob die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Luxation hoch ist und ob konservativ oder operativ vorgegangen werden soll.

Chirurgische Behandlungsmöglichkeiten

Die Entscheidung für eine Operation hängt von vielen Faktoren ab. Letztlich ist es das Ziel, die zugrundeliegenden Risikofaktoren zu beseitigen.

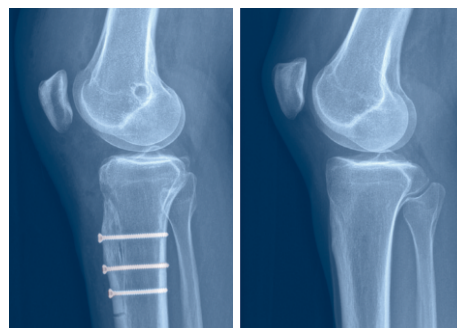
MPFL-Rekonstruktion

(mediales patellofemorales Ligament)
Verläuft die Kniescheibe nicht zentriert im Gleitlager und liegt nur eine leicht-gradige Fehlbildung der Gleitrinne vor, wird in aller Regel das innenseitige Band zwischen Kniescheibe und Oberschenkel rekonstruiert. Dadurch wird verhindert, dass die Kniescheibe wieder aus dem Gleitlager springen kann. Dazu wird eine körpereigene feine Beugesehne des Oberschenkels (Gracilissehne) verwendet, ähnlich wie bei der vorderen Kreuzbandplastik und minimalinvasiv über kleine Hautschnitte an der Patella und am Oberschenkel fixiert.



Tuberositas-Osteotomie

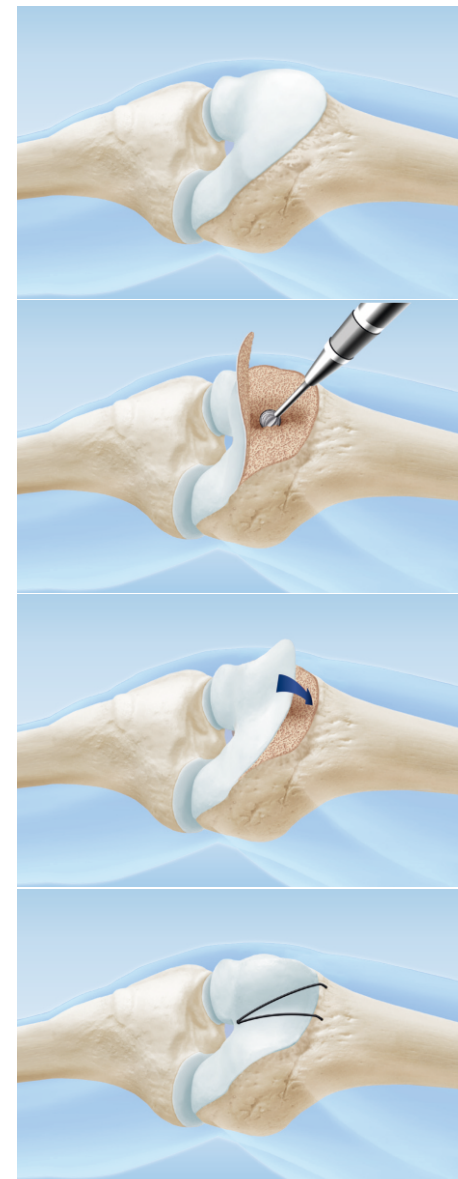
Steht die Kniescheibe zu hoch und/oder ist sie nach aussen versetzt, wird der Ansatz der Kniescheibensehne am Schienbein mit einer Knochenschuppe gelöst (Osteotomie) und in die korrekte Position gebracht. Anschliessend wird die Knochenschuppe in der neuen Position mit zwei oder drei Schrauben fixiert. Nach einem Jahr können die Schrauben entfernt werden, wenn sie stören.



Die Behandlung gestaltet sich deshalb bei jedem Patienten individuell, sozusagen «à la carte», gelegentlich werden auch verschiedene Verfahren kombiniert:

Trochleaplastik

Ist die Gleitrinne schlecht ausgebildet oder fehlt sie ganz, wird dieses Gleitlager der Kniescheibe am Oberschenkel vertieft. Dabei wird das Kniegelenk eröffnet, der Knorpel mit einer feinen Knochenschicht vom Oberschenkel abgelöst, um hier eine Vertiefung ausheben zu können. Anschliessend wird die Knorpel-/Knochen-Schuppe wieder fest verankert. Dieser Eingriff ist technisch schwieriger und sollte nur von versierten, auch auf diese komplexe Operation spezialisierten Kniechirurgen durchgeführt werden.



Nachbehandlung

Wie geht es nach der Operation weiter?

Die Nachbehandlung hängt von der Art der Operation ab. Der stationäre Aufenthalt dauert ungefähr 2 bis 4 Tage. Danach erfolgt eine ambulante Rehabilitation. Je nach Eingriff müssen Sie in den ersten 3 Wochen eine Klettverschlusschiene tragen und dürfen das Bein während 3 bis 6 Wochen nur begrenzt belasten.

Die Physiotherapie, anfänglich zur Beweglichkeitsverbesserung und später zum gezielten Kraftaufbau, wird während mindestens 4-6 Monaten fortgeführt.

Die Kniebeweglichkeit wird dabei laufend verbessert, und nach etwa 8 Wochen können Sie mit dem Kraftaufbau beginnen.

Risiken und Komplikationen

Neben den allgemeinen Risiken einer Operation wie Bluterguss, Wundheilungsstörung und Infektion ist speziell die postoperative Bewegungseinschränkung zu erwähnen. Deswegen ist die Physiotherapie nach dem Eingriff sehr wichtig. Dass es nach einem operativen Eingriff erneut zu einer Patellaluxation oder einer Patellainstabilität kommt, ist sehr selten, kann aber nicht ganz ausgeschlossen werden.

Hatte der Patient vor der Operation Schmerzen im Knie, zum Beispiel aufgrund bereits bestehender Knorpelschäden, ist schwer voraussehbar, wie weit die Schmerzen durch die Behandlung reduziert werden können; mit Restschmerzen muss – auch bei zuvor schmerzfreiem Gelenk – gerechnet werden.

Die empfindlichste Stelle am Knie ist meistens die Innenseite, wo die Sehne fixiert ist. Diese Beschwerden gehen aber wieder zurück, ganz selten bleibt eine gewisse Empfindlichkeit. Schliesslich können Nervenverletzungen (-störungen) im Bereich des Operationsgebietes zu Gefühlsminderungen oder Nervenschmerzen führen, welche sich meist zurückbilden.

Ziel des Eingriffs bleibt es, wieder eine volle Aktivität mit sicherem Kniegelenk zu erreichen. Ob das hohe Arthroserisiko, welches mit der Problematik der Patellainstabilität verbunden ist, reduziert werden kann, ist unklar und kann allenfalls vermutet werden.



PD Dr. med. Peter Koch

Facharzt Orthopädie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, FMH

Kniechirurgie

Gelenkzentrum Winterthur AG
Schickstrasse 11
8400 Winterthur

T +41 52 266 12 12
F +41 52 266 12 13
praxis@gzw.ch



gzw.ch