

Experteninterview:

Gelenkerhaltende und gelenkersetzende Therapien bei Kniegelenksarthrose

Als Experten auf diesem Fachgebiet haben wir Oberarzt PD Dr. med. habil. Tobias Renkawitz, Senior-Hauptoperateur des Endoprothesenzentrums der Maximalversorgung am Asklepios Klinikum Bad Abbach, befragt:

Dr. Renkawitz, Ihr Thema beim Regensburger Patientenforum am 06. November 2013 um 17.30 im Auditorium des Thon-Dittmer-Palais in Regensburg ist „Schmerzfrei mobil – trotz Kniearthrose“. Was können die Besucher erwarten?

Nun, hoffentlich einen spannenden Vortrag mit vielen wichtigen Informationen! Das Thema ist dabei sehr aktuell: Die Arthrose ist weltweit die häufigste Gelenkerkrankung überhaupt, in Deutschland ist vor allem das Kniegelenk betroffen. Aus der Literatur wissen wir, dass arthrosebedingte Knieschmerzen deshalb auch einer der häufigsten Beratungsanlässe in einer allgemeinmedizinischen Praxis sind (*Fink W, Haidinger G. Die Häufigkeit von Gesundheitsstörungen in zehn Jahren Allgemeinpraxis. Z Allg Med 83, 2007*).

Ich möchte am 06.11.2013 deshalb über die Ursachen von Gelenkverschleiß im Knie berichten und moderne orthopädische Therapieverfahren bei Knieschmerzen vorstellen.

Heißt Kniegelenksarthrose immer gleich Operation?

Ganz sicher nicht! So werden in Deutschland – gemessen an der Bevölkerungsdichte – mehr als dreimal so viele Kniegelenks-Spiegelungen durchgeführt wie in Schweden und das vermutlich nicht deshalb, weil deutsche Knie dreimal schlechter sind als schwedische. Ich bin der festen Überzeugung, dass eine Operation immer nur das letzte Mittel sein sollte. Die Erfolge der konservativen Therapiemaßnahmen sind unbestritten. Spritzen, entzündungshemmende und schmerzstillende Medikamente sowie Akupunktur, manuelle Medizin, physikalische und physiotherapeutische Anwendungen helfen vielen Patienten in frühen Arthrostadien zumeist gut. Diese wichtigen Therapiemaßnahmen stehen deshalb für mich immer an erster Stelle. Wichtig ist allerdings, dass man den Arthrosetrad vorab genau klassifiziert. Wenn die Arthrose sehr fortgeschritten ist, das Kniegelenk schon einsteift und der Patient perspektivisch einen Kniegelenkersatz wünscht, dann würde ich zumindest intraartikuläre Injektionen wegen einer möglichen Infektionsgefahr nicht mehr empfehlen.

Angenommen alle konservativen Versuche sind fehlgeschlagen. Wann ist der richtige Zeitpunkt für eine Operation?

Das hängt natürlich vom klinischen Gesamtbild ab und davon, ob ein gelenkerhaltender oder gelenkersetzender Eingriff ratsam erscheint. Im Mittelpunkt steht ganz klar der Patient. Er hat die letzte Entscheidung und muss für sich selbst beantworten: Wie groß ist mein ganz persönlicher Leidensdruck? All diese Dinge bespreche ich mit meinen Patienten individuell und im Detail.

Welche gelenkerhaltenden Möglichkeiten gibt es denn?

Arthroskopische Operationstechniken haben in den letzten Jahren weitere Fortschritte gemacht. Wenn das Arthrosetrad noch auf einzelne Gelenkanteile limitiert ist, kann man beispielsweise mit der sogenannten „Microfrakturierung“ eine Art Knorpelersatzbildung anregen. Freiliegender Knochen in der Arthrosetzone wird dazu arthroskopisch mit einem winzig kleinen Spezialmeißel mehrfach durchbrochen und dadurch die darunterliegende, blutführende Knochenschicht eröffnet. Die Einblutung von Stammzellen in die Defektzone löst die Neubildung einer Art Ersatzgewebe aus. Das ist zwar kein „echter“ hyaliner Gelenkknorpel, die Überdeckung kann aber zu einer guten Beschwerdelinderung führen, wenn die Kniearthrose noch nicht flächig ausgeprägt ist. Aber auch eine Umstellungsosteotomie im Bereich der Tibia erzielt bei jüngeren Patienten gute Ergebnisse, wenn die Indikation und die Patientenauswahl richtig sind. Bei jungen Patienten mit einem isolierten Knorpeldefekt, z.B. nach einem Sportunfall, ist darüber hinaus auch die „echte Knorpelzellentransplantation“ möglich. Dazu werden Knorpelzellen aus dem Patienten-Knie entnommen, in einem Labor für vier bis sechs Wochen weitergezüchtet und dann in einem Zweiteingriff in den Knorpeldefekt im Gelenk eingesetzt.

Gibt es auch beim künstlichen Kniegelenk derartige Fortschritte?

Absolut. Das OP-Instrumentarium und die Prothesen-Geometrien haben sich in den letzten Jahrzehnten stetig verbessert. Wenn beispielsweise nur ein Gelenkanteil des Knies verschlissen ist, dann gibt es die Möglichkeit einen unicondylären Oberflächenersatz isoliert ausschließlich im medialen, lateralen oder retropatellaren Bereich durchzuführen. Die Ergebnisse sind – bei richtiger Indikation und Technik – durchwegs sehr gut. In Studien konnte gezeigt werden, dass nach 15 Jahren noch 95 Prozent der Implantate funktionieren und nicht gewechselt werden mussten. Bei den Materialien vertrauen wir durchweg auf langfristig erprobte Prothesen. Allerdings: Kniegelenkschirurgie ist im besonderen Maße Weichteilchirurgie! Die Herausforderung für den Chirurgen besteht deshalb nicht allein darin, die kaputten Gelenkoberflächen zu ersetzen. Auch Bänder, Kapsel und umgebende Weichteilstrukturen um das neue Kniegelenk müssen vom Orthopäden optimal balanciert werden. Das ist die Voraussetzung für einen guten und stabilen postoperativen Bewegungsumfang. In Bad Abbach arbeiten wir darüber hinaus auch intensiv an der Weiterentwicklung von orthopädischen Navigationssystemen, die eine noch höhere Präzision beim Einsetzen der Kniegelenke erlauben.

Stichwort präoperative Vorbereitung vor einer Kniegelenksoperation. Was ist besonders wichtig?

Prinzipiell hängt das natürlich von dem Eingriff ab. Neben den allgemeinen präoperativen Untersuchungen von Herz, Lunge und Kreislauf achte ich als orthopädischer Chirurg insbesondere darauf, dass das gesamte zu operierende Bein reizlos ist. Gerade vor dem Einsetzen eines künstlichen Kniegelenkes ist es wichtig, dass potentielle Eintrittspforten für Bakterien auf der Hautoberfläche abgeheilt sind. Die Rate an Infektionen nach dem Einsetzen einer Knie-TEP ist zwar glücklicherweise gering, betroffene Patienten durchleben aber eine lange Zeit mit vielen Revisionseingriffen. Wir müssen deshalb alles daran setzen, um das Risiko für diese seltene Komplikation weiter zu verringern. Aus verschiedenen Studien wissen wir, dass ein präoperativ unerklärbar erhöhter CRP-Wert als „rote Flagge“ gilt. In einem solchen Fall muss man noch einmal genau überlegen, ob es nicht Hinweise auf einen Entzündungs-Fokus als Erklärung für den erhöhten Laborwert gibt.

Viele Patienten möchten mit einem künstlichen Kniegelenk weiter oder wieder Sport machen. Was raten Sie?

Ich sehe bei meinen Patienten, dass nach der Implantation einer Knieendoprothese nicht nur die Schmerzen nachlassen, sondern auch die Lebensqualität steigt. Siebzig Prozent der Patienten treiben nach einer Knie-OP mehr Sport als vorher und das finde ich toll. Generell empfehle ich dabei, Bewegungen mit hohen Rotationsmomenten und Sportarten mit hohem Verletzungsrisiko zu vermeiden. Wenn man seine Sportart weiterführen möchte, dann kann man relativ unkompliziert seine individuellen Bewegungsabläufe anpassen: Skifahrer sollten große Schwünge und flache Pisten vorziehen. Golfspieler sollten ihren Schwung verkürzen, Spikes vermeiden und lieber den Caddy nutzen als das schwere Bag zu ziehen. Tennisspieler sollten Trainingseinheiten mit langen Grundlinienbällen ohne Stopps und schnelle Richtungswechsel vorziehen. Dies alles hilft, mechanische Belastungen zu minimieren, und einen vorzeitigen Verschleiß des Kunstgelenks zu verhindern. Sportlichen „Neueinsteigern“ empfehle ich Wandern, Schwimmen, Gymnastik oder Radfahren.

Herr Dr. Renkawitz, ich danke Ihnen für das Gespräch!

Sehr gerne, auch Ihnen vielen Dank!

**Zur Person**

Privatdozent Dr. med. habil. Tobias Renkawitz ist Oberarzt an der Orthopädischen Universitätsklinik Regensburg am Asklepios Klinikum Bad Abbach und Leiter der Arbeitsgruppe minimal-invasiv navigationsgestützter Operationsverfahren. Für die Entwicklung einer neuartigen, muskelschonenden und hochpräzisen Operationstechnik in der Hüftendoprothetik wurde der Gelenkspezialist mit dem renommierten Innovationspreis des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) ausgezeichnet. Als Senior-Hauptoperateur des Bad Abbacher Endoprothetikzentrums der Maximalversorgung gehört er zu einer Gruppe von ausgewiesenen Experten der gelenkerhaltenden und gelenkersetzenden Therapie im Hüft- und Kniegelenksbereich.