

Schonend durchs Schlüsselloch

Arthroskopie setzt sich durch

Die arthroskopische Diagnostik und Behandlung hat im letzten Jahrzehnt eine derartige Bedeutung erfahren, dass sie aus der Orthopädie nicht mehr wegzudenken ist. Rudolf Klippert von der Gelenk- und Fußchirurgie Mittelhessen ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzqualifikation „spezielle orthopädische Chirurgie“ und führt mehrere hundert Arthroskopien pro Jahr durch. Im Gespräch erläutert er, wo die Stärken dieser minimalinvasiven Behandlung liegen.

Herr Klippert, was kann die Arthroskopie, was mit anderen Verfahren nicht erreicht werden kann?

R. Klippert: Besonders an den großen Gelenken wie Schulter, Hüfte, Knie- und Sprunggelenk hat die moderne Arthroskopie zahlreiche Behandlungen überhaupt erst möglich gemacht, denn die früher üblichen „offenen“ Operationen hätten durch die Gewebsverletzungen beim Zugang oft einen größeren Schaden hinterlassen als den, der mit dem Eingriff eigentlich beseitigt werden sollte. Immer kleinere und filigranere Optiken erlauben es dabei heute, mit immer kleineren Zugängen auszukommen, was eine immer geringere Traumatisierung zur Folge hat.

Die Arthroskopie ist ja zuallererst ein Diagnoseverfahren. Wird sie als solches bei der exzellenten Weichteildarstellung heutiger MRTs überhaupt noch angewendet?

R. Klippert: Der direkte Blick ins Gelenk ist immer noch aussagekräftiger als ein MRT, welches ja ein „errechnetes“ Bild ist. Insbesondere lokale Knorpelschäden oder auch Bandläsionen lassen sich mit bildgebenden

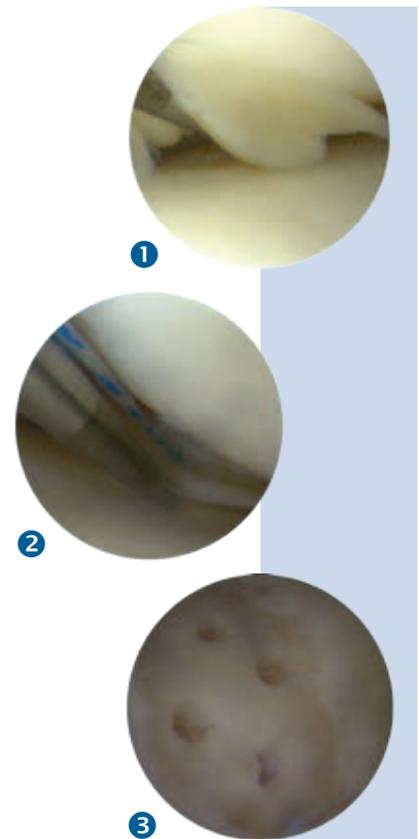
Verfahren allein nur schwer beurteilen. Dazu kommt die Möglichkeit, im Anschluss an die Gelenkschau die Schäden direkt mitzuversorgen.

Welche Eingriffe können heute arthroskopisch vorgenommen werden?

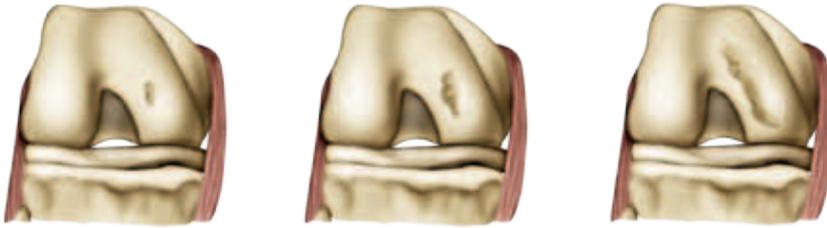
R. Klippert: Eine häufige Anwendung ist im Knie beispielsweise die Versorgung eines Kreuzband- oder Meniskusrisse. Isolierte Meniskussschäden im sogenannten Hinterhornbereich etwa lassen sich sehr gut arthroskopisch behandeln. Während der Arthroskopie können dabei frei umherwandernde Gewebsteilchen ausgeleitet und lose Stücke wieder befestigt werden. Oft stellt man wie gesagt auch dann erst das wahre Ausmaß der Schäden fest, etwa eine Knorpelabsprengung der Gelenkoberfläche, die unbehandelt in eine sichere Arthrose münden würde.

Wie werden solche Schäden behandelt?

R. Klippert: Ein bewährtes Verfahren bei umschriebenen Knorpelschäden ist die sogenannte Pridie-Bohrung. Dabei wird der beschädigte Teil der Gelenkoberfläche mehrfach bis in die



- ❶ Meniskusrisse
- ❷ Meniskusnaht
- ❸ Microfracturing



Die Kniearthroskopie ist bei Sehnen- und Bandverletzungen sowie Knorpelschäden heute bereits ein Standardeingriff

blutführenden Schichten hinein angebohrt. Mit dem Blut treten dann auch sogenannte Wachstumsfaktoren an die Oberfläche, welche innerhalb einiger Wochen zur Bildung eines narbigen Ersatzknorpels führen. Dieser ist zwar nicht so belastbar wie der ursprüngliche Knorpel, kann aber den Defekt gut überbrücken. Natürlich kann man auch im Labor Eigenknorpel anzüchten und in die defekte Stelle im Gelenk zurückverpflanzen, dazu ist allerdings ein zweiter Eingriff nötig.

Was passiert, wenn sich während der Arthroskopie zeigt, dass der Schaden doch deutlich größer ist?

R. Klippert: Je nach Ausdehnung des Knorpelschadens kann dann entweder eine Umstellungsosteotomie zur Begradigung der Beinachse in Kombination mit einer Pridie-Bohrung vorgenommen werden, oder man entscheidet sich für einen Oberflächenersatz. Unikondyläre Prothesen, die nur eine Seite des Gelenks versorgen – sogenannte Schlittenprothesen – können inzwischen auch arthroskopisch eingesetzt werden, ohne dass die Kniescheibe zur Seite geklappt werden muss. Auch dies ist ein großer Vorteil gegenüber dem offen durchgeführten Eingriff, der

zwar eine bessere Sicht auf das Operationsgebiet erlaubt, jedoch mit erheblich größeren Schäden an Bändern und Weichteilgewebe einhergeht.

Neben dem Knie ist das Schultergelenk sicherlich Haupteinsatzgebiet der Arthroskopie. Welche Erkrankungen sind es hier, die am meisten von der Schlüssellochtechnik profitieren?

R. Klippert: Die meisten Erkrankungen an der Schulter äußern sich durch eine schmerzhafte Einklemmung unter dem Schulterdach, dem sogenannten Impingement. Dieses kann man durch eine arthroskopische Erweiterung des Subakromialraums beseitigen. Dabei wird der entzündete Schleimbeutel ausgeräumt und anschließend falls nötig die Unterfläche des knöchernen Schulterdaches um wenige Millimeter abgeschliffen, damit wieder mehr Platz für die bedrängten Strukturen entsteht. Gleichzeitig können störende Knochensporne des Schulterdaches abgetragen werden. Aber auch die Ausräumung eines schmerzhaften Kalkdepots oder Verletzungen der Rotatorenmanschette können heute arthroskopisch erfolgen. Dies ist nicht nur für den Patienten angenehmer, weil die Rehabilitation viel schneller vonstattengeht: Auch die Infektionsrate ist bei arthroskopischen Eingriffen deutlich geringer.

Herr Klippert, haben Sie herzlichen Dank für das Gespräch!



Dr. Hans-Otto Breithaupt und Rudolf Klippert von der Gelenk- und Fußchirurgie Mittelhessen

Weitere Informationen

Tel.: 06408 / 610 80
beratung@praxis-breithaupt.de