

DIE VORDERE KREUZBANDRUPTUR – ARTHROSKOPISCHE THERAPIE

Durch das Kniegelenk ziehen zwei sich überkreuzende Bänder – das vordere und das hintere Kreuzband. Diese sorgen neben Menisken, Gelenkkapsel und Seitenbänder für die innere Stabilität. Bei der traumatischen vorderen Kreuzbandruptur kommt es – meistens beim Sport (Fußball, Handball, Skifahren etc.) – zu einem typischen Unfallmechanismus. Das Kniegelenk wird bei plötzlichem fixiertem Unterschenkel verdreht. Dabei können neben einer

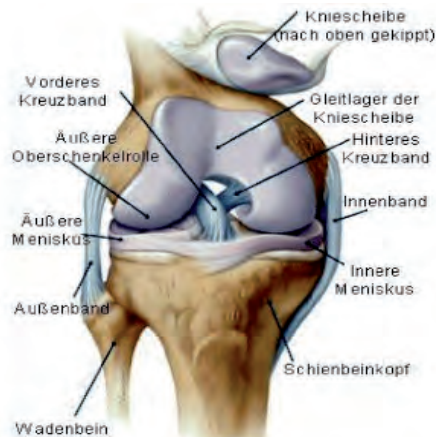


Abb. 1: Rechtes Kniegelenk in der Ansicht von vorne mit nach oben gekippter Patella

isolierten Kreuzbandverletzung auch Meniskus- bzw. Seitenbandverletzungen entstehen (Unhappy triad = vordere Kreuzband- + Innenband- + Innenmeniskusruptur).

Die Patienten berichten im Rahmen des Unfallgeschehens über einen starken Schmerz mit einer deutlichen Kniegelenksschwellung. Die Schmerzen gehen unter Entlastung zurück, kommen aber bei Belastung sofort wieder, zudem wird meistens eine Instabilität (Wegknicken im Kniegelenk) beschrieben.

Klinisch imponiert nach dem Unfall eine Kniegelenksschwellung und eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung. Zur weiteren Diagnostik ist eine Kniegelenkspunktion mit dem Nachweis eines Hämarthros hilfreich, denn Blut im Kniegelenk spricht in der Regel für eine Bandverletzung oder Fraktur. Radiologisch muss eine Fraktur ausgeschlossen werden. Zur weiteren Diagnostik kann ein MRT des Kniegelenkes hilfreich sein.

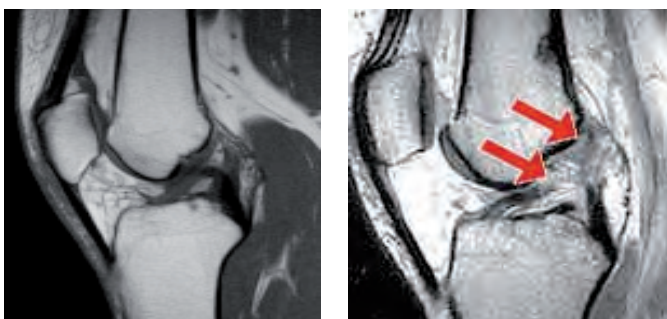


Abb. 2: Links intaktes und rechts gerissenes vorderes Kreuzband im MRT

Die weitere Therapie muss dann individuell mit dem Patienten besprochen werden. Eine konservative Therapie mit Muskelaufbau und Physiotherapie kann durchgeführt werden. Bei Patienten jungen und mittleren Alters, die körperlich aktiv und anspruchsvoll sind, sollte eine operative Versorgung des vorderen Kreuzbandes erfolgen.

In unserem Haus wird dieser Eingriff ambulant oder stationär in der Schlüssellochtechnik (Arthroskopie) durchgeführt. Der Eingriff selber muss nicht notfallmäßig erfolgen, sondern nachdem die Schwellung wieder verschwunden ist und die Beweglichkeit im Kniegelenk wieder nahezu uneingeschränkt ist. Dieser Zeitpunkt ist frühestens 2 Wochen nach dem Unfallereignis.

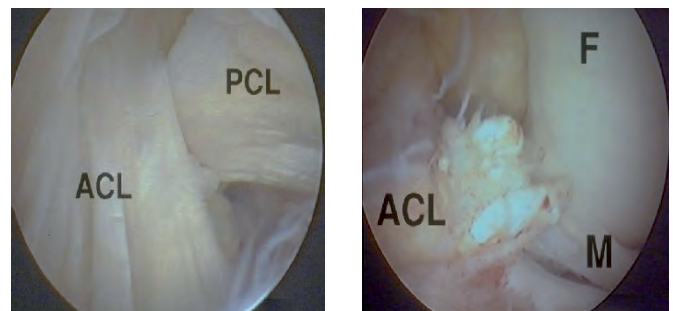


Abb. 3: Arthroskopische Sicht: links intaktes, rechts gerissenes Kreuzband

In unserer Klinik wird vorwiegend die Semitendinosus- und Gracilis-Sehne als Ersatzplastik verwendet. Diese Sehnen besitzen eine höhere Reißfestigkeit als die alternativ verwendete Patella Sehne. Die Operation ist ein Standardeingriff und wird regelmäßig in unserer Klinik durchgeführt. Im Anschluss an die Operation erhalten die Patienten eine Bewegungsohse für 6 Wochen mit einer Beugungsmöglichkeit von 90° und voller



Abb. 4: Links rekonstruiertes Kreuzband, rechts postoperative Schienenschiene

Streckung, nach 6 Wochen wird die Schiene abgelegt und die Beweglichkeit im Kniegelenk freigegeben. Nach 3 Monaten ist das rekonstruierte Kreuzband fest eingeeilt und nach 6 Monaten sind Sportarten wie Skilaufen, Tennis und Fußball wieder möglich. Eine Berufsfähigkeit ist nach einigen Wochen je nach Beruf wieder gegeben.

Kontakt:

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg Jerosch | Johanna-Etienne-Krankenhaus | Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin
Am Hasenberg 46 | 41462 Neuss | T (02131) 5295-2002 | F (02131) 5295-2003 | j.jerosch@ak-neuss.de | www.johanna-etienne-krankenhaus.de

