

## Bericht zum Aachener Patellakurs

Am 13. und 14. Februar fand in der Praxisklinik Orthopädie am Franziskushospital in Aachen im Rahmen der BVASK Präparatekurse der „Aachener Patellakurs“ statt. Unter der Leitung von Dr. med. Friedhelm Schmitz (Praxisklinik Orthopädie Franziskushospital) und Prof. Dr. med. Andreas Prescher (Anatomisches Institut der RWTH Aachen) wurden am ersten Kurstag die anatomischen und biomechanischen Grundlagen der Patellainstabilität dargestellt.

Für die 50 Kursteilnehmer aus ganz Deutschland und der Schweiz war der Anatomie-Vortrag von Professor Prescher mehr als eine Auffrischung der anatomischen Grundlagen. Insbesondere durch seine Livepräparation eines Kniegelenkes konnte Andreas Prescher den erfahrenen Chirurgen und Orthopäden die Komplexität der anatomischen Strukturen plastisch vor Augen führen.



Abb. 1 8BVASK- Vorstandsmitglied und Kursleiter Dr. Friedhelm Schmitz demonstriert Kursteilnehmern OP-Techniken am Patellofemoralgelenk



Abb. 2 8Kursteilnehmer um BVASK-Vorstandsmitglied PD Dr. Ralf Müller-Rath (sitzend)

Dr. med. Geert Pagenstert (Orth. Uniklinik Bonn) stellte die komplexe klinische Untersuchung des Kniegelenkes bezüglich PFS und PFI umfassend dar und legte Wert darauf, dass die Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen, Rücken- und Bauchlage zu erfolgen hat um auch Achs- und Rotationsfehler als Ursache der patellofemorale Instabilität (PFI) oder der patellofem. Schmerzen (PFS) feststellen zu können. Die klinische Untersuchung ist richtungsweisend für die Diagnosestellung und Therapieausrichtung. Die Bildgebung ergänzt die klinischen Befunde: Nativröntgen: z.B. Patella alta/bacha, Patellasubluxation, crossing sign nach Dejour, Achsabweichungen, CT: TTTG-Abstand, Trochleadysplasie, Rotationsfehler und MRT: Knorpelschäden, Überlastung des subchondralen Knochens, MPFL Läsion, Gleitlagerdysplasie.

PD Dr. med. Philip Schöttle (Poliklinik Sporttraumatologie TU München) arbeitete in seinem Beitrag die biomechanischen Grundlagen der Patellainstabilität heraus. Bei MPFL Insuffizienz und/oder Trochleadysplasie ist die Patellainstabilität im strecknahen Bereich bis 30° Beugung symptomatisch, wobei die Kniescheibe bei zunehmender Kniebeugung durch die zunehmende knöcherne Führung sich mehr und mehr stabilisiert. Ist die Patella auch bei hohen Beugegraden noch luxierbar so muss neben der Gleitlagerdysplasie auch eine gravierende Achstorsionsfehlstellung vorliegen, so dass eine Versorgung mit MPFL Rekonstruktion und Trochleaplastik hier alleine nicht erfolgreich sein kann. Philip Schöttle zeigte den Teilnehmern die Indikationskriterien für die Gleitlagerplastik und beschrieb die Operationstechnik ausführlich. Bei der späteren Live-Op „Trochleaplastik mit MPFL“ konnten die Arbeitsschritte sowie die neue Fixierungstechnik der remodellierten Knorpel-Knochenscheibe mit Pushlock-Ankern eindrucksvoll demonstriert werden.

Dr. med. Arno Schmeling (Sportopaedicum Berlin) demonstrierte den Kursteilnehmern die Bedeutung des MPFL als Verstärkungsband im medialen Retinaculum, zeigte die anatomische Anheftung des MPFL in der cranialen, medialen Patellahälfte und den femoralen Ansatz am epicondylus fem. med. zwischen Innenbandansatz und Ansatz des M. adductor fem. longus. Insbesondere wurden die radiologischen Orientierungspunkte dargestellt und Wert darauf gelegt, dass die regelrechte Platzierung des femoralen Bohrkanals während der OP durch Bildwandlerkontrolle erfolgen sollte. Während der nachfolgenden Live-OP sahen die Kursteilnehmer die trianguläre Rekonstruktion des MPFL mit Gracilissehne, Arno Schmeling konnte seine Fixierungstechnik der Gracilissehne an der Patella in einer Knochenfurche mit Hilfe von 2 Fadenankern und die femorale Interferenzschaubenfixierung unter BV Kontrolle klar und übersichtlich dem Auditorium präsentieren.

PD Dr. med. Ralf Müller-Rath (OPN Neuss) fokussierte in seinem Vortrag über das Femoropatellare Schmerzsyndrom die spezielle Form des femoropatellaren Hypertensionssyndroms, bei der die Schmerzsymptomatik durch intramedulläre Druckmessung oder durch einen Provokationstest mit 2ml Kochsalzlösung zu objektiveren ist und darüberhinaus durch die komplikationsarme W-förmige Dekompressionsbohrung der Patella erfolgreich zu therapieren ist.

Dr.med. Kai Russe (St.Josefshospital, Wuppertal) stellte die Operationstechnik für das distale Realignment bei der PFI, sowie die Gefahren der Überkorrektur der Tuberositasmialisierung dar. Er wies darauf hin, dass die Indikationsstellung immer seltener gestellt wird und sich auf wenige Fälle beschränkt, die bei deutlich vergrößertem TTTG Abstand nicht durch andere Maßnahmen beherrschbar seien.

Dr. med. Holger Ertelt (OGP Regensburg) hatte die Aufgabe, die operative Behandlung des Patellaspitzensyndroms darzustellen. Viele etablierte Operationsmethoden des PSS wie Patellaspitzendiszision, Sehnausschneidung, knöcherne Anfrischung der Patellaspitze weisen eine nicht zufriedenstellende Erfolgsquote auf. Das von Peter Ogon beschriebene Verfahren der Patelladenervierung und des Patellarelease (arthroskopisch durchgeführtes elektrochirurgisches Debridement der Patellaspitze und des angrenzenden Hoffafettkörpers) zeigte 3,4 Jahre postoperativ eine Verbesserung des Blazina-Scores von 3,7 auf 0,4. Die Indikation zu diesem operativen Verfahren wird nach frühestens 6

Monaten vergeblicher konservativer Therapie gestellt. In der nachfolgenden Live-OP konnte Holger Ertelt die Operationstechnik gut zeigen, es wurde aber auch klar, dass bei den arthroskopisch eingeschränkten Sichtverhältnissen im vorderen Gelenkbereich der Operateur geduldig und immer an den knöchernen Strukturen orientiert vorgehen sollte.

In seinem zweiten Vortrag über die laterale Retinaculumspaltung wurde klar, dass die laterale Retinaculumspaltung bei der PFI als kontraindiziert anzusehen ist und beim PFS ebenfalls nur noch in seltenen Fällen als Palliativmaßnahme ihren Platz hat. Bei der femoropatellaren Arthrose mit lateraler Hyperkompression wäre vielmehr, wie Geert Pagenstert darstellen konnte, eine kontrollierte plastische Verlängerung des lateralen Retinakulums indiziert. Diese plastische Verlängerung des lat. Retinakulums kann mit der lateralen Patellarandresektion nach Biedert kombiniert werden. In der Live-OP wurde dem Auditorium das OP-Verfahren anschaulich präsentiert, insbesondere konnte Geert Pagenstert gut zeigen, wie in 80° Beugstellung die plastische Verlängerung des doppelschichtigen Retinakulums so zu bewerkstelligen ist, dass die Kniescheibe postoperativ nach lateral und medial eine ausreichende Spannung und Beweglichkeit hat.

Dr. med. Ansgar Ilg (Praxisklinik Orthopädie Aachen) konnte in seinem Vortrag die „begrenzten“ Möglichkeiten der operativen Therapie bei isolierter femoropatellarer Arthrose beschreiben: Patellektomie, Teilresektionen, endoprothetische Versorgung und für zentrale Gleitlager- und Patellaschäden der isolierte Ersatz durch das Hemicapknorpelersatzimplantat. In der ersten Liveoperation des Tages hatte Ansgar Ilg bereits sehr anschaulich die einzelnen Operationsschritte des Hemicap Gleitlagerprothese demonstriert.

Dr. med. Emanuel Ingenhoven (OPN Neuss) präsentierte die arthroskopische mediale Retinakulumnaht nach Yamamoto in der Technik mit großen Vicrylnadeln, die sich insbesondere für akute Luxationen mit patellanaher Retinakulum und MPFL-Ruptur eignen. Die Technik ist wenig invasiv und zeigte in seinem Patientenkollektiv mit mehr habituellen als Erstluxationen bei durchschnittlicher Nachuntersuchungszeit von 42 Monaten gute Ergebnisse, wobei Patienten über 30 Jahre mit Knorpelschäden tendenziell schlechter abschnitten.

Als Vorsitzender des mit veranstaltenden BVASK wies Emanuel Ingenhoven auf die große Bedeutung der Qualitätssicherung und Dokumentation hin. Der BVASK setzt sich seit vielen Jahren für eine Qualitätskontrolle in der Arthroskopie ein und bietet seinen Mitgliedern ein entsprechendes Qualitätssicherungsmodul an. Die Dokumentation von Qualität ist besonders für zukünftige Verhandlungen mit Krankenkassen und Politik eine wichtige Grundlage.

Friedhelm Schmitz zeigte am Beispiel der live operierten Patienten die Möglichkeiten der systematisierten OP-Berichtsdokumentation mit der SFA-Software ([www.sfa-stiftung.org](http://www.sfa-stiftung.org)). Mit dieser Software kann ein detaillierter, statistisch auswertbarer OP-Befund erstellt werden, es können dazu Scores hinterlegt werden (z.B. IKDC) und postoperative Verlaufskontrollen dokumentiert werden. Berichte (OP-Bericht, Epikrise, Patienteninformationsbrief etc.) werden unmittelbar erstellt und gedruckt. Jährliche statistische Auswertungen werden von der SFA erstellt.

Nach dem bunten Mix aus wissenschaftlichen Vorträgen und Live-Operationen trafen sich die Kursteilnehmer am Abend in der Aachener Altstadt zum gemeinsamen Essen und Diskutieren.

Der Samstag war dann der Tag der Umsetzung der kennengelernten OP-Techniken am Kniepräparat. In der Anatomie der RWTH Aachen stellte Professor Prescher mit seinem Team 10 Präparatearbeitsplätze zur Verfügung, die von den Firmen Karl Storz und Arthrex mit der notwendigen Hardware und Manpower versorgt wurden. Die 10 Instruktoren standen den 40 Kursteilnehmern hilfreich bei der Durchführung der

artroskopischen Retinaculumnaht, MPFL-Rekonstruktion, laterale Patellarrandresektion und Trochleoplastik zur Seite. Die Fa. 2-MED bot zudem die Möglichkeit die Implantationstechnik der Hemicaprothese an zahlreichen Modellen zu trainieren.

Den Veranstalter freute die positive Resonanz von vielen Seiten über den erfolgreichen, informativen Kurs und gibt dieses Feedback gerne an alle Referenten und Instruktoren , an unser OP-und Anästhesie-Team, die beteiligten Firmen und die Mitarbeiter von PROSYMPOS (Organisation des Kurses) weiter.