



AESCULAP® KNIETAGE 2011, FRANKFURT/MAIN

Ein Rückblick im Gespräch mit Prof. Dr. Djordje Lazovic
und Dr. Daniel Frank

Mehr als 170 000 Knieendoprothesen werden in Deutschland pro Jahr implantiert, und diese Zahl wird voraussichtlich noch weiter steigen. Damit hat die Knieendoprothetik nicht nur in der orthopädischen Versorgung, sondern im gesamten Gesundheitswesen ein großes Gewicht. Umso wichtiger ist die Qualität der Ergebnisse in diesem Segment. Die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Djordje Lazovic und Dr. Daniel Frank wollten die Aesculap® Knietaage nutzen, um eine realistische Bewertung des Outcomes zu erreichen. Dabei sollten nicht zuletzt die unmittelbare Wirkung verschiedener Methoden auf die Patientenzufriedenheit beleuchtet und Verbesserungspotenziale ins Auge gefasst werden. Als vorrangige Ziele der Bemühungen gaben sie die Senkung der Komplikationsraten und eine effiziente postoperative Rehabilitation der Patienten vor. Die Palette der Themen umfasste das gesamte operative Behandlungsspektrum – von der regenerativen Therapie begrenzter Knorpeldefekte bis zur komplexen Revision.



? Wie lautet Ihr Fazit der Veranstaltung?

Prof. Lazovic: Uns war besonders wichtig, den Stand der Dinge festzuhalten, eine wirklich kritische Durchleuchtung der Knieendoprothetik vorzunehmen und auch ihre möglichen Alternativen in Betracht zu ziehen. Ich denke, wir haben eine sehr kritische Diskussion erlebt, ohne unangemessenen Jubel für die – sehr beachtlichen – Erfolge der Knieendoprothetik. Es wurde an den richtigen Stellen gesagt, wo man aufpassen muss, und wo man sich besser zurückhalten sollte. Andererseits wurde auch gezeigt, wie weit sich die Knieendoprothetik inzwischen entwickelt hat.

? Wo sollte man sich denn zurückhalten?

Prof. Lazovic: Zum Beispiel bei der Darstellung von Kniepatienten auf manchen Industriepros-

pekten. Im Text ist man zwar zurückhaltend, aber man sieht dort nicht selten Motive aus dem Hochleistungssport. Da werden Erwartungen geschürt, welche die Endoprothetik nicht erfüllen kann. In Frankfurt wurde deutlich aufgezeigt, dass wir heute zwar ein breiteres Spektrum von Aktivitäten empfehlen können als etwa vor 15 Jahren. Trotzdem sind Sportarten mit starker Punktbelastung, vielen Stopp- und Drehbewegungen nicht für künstliche Kniegelenke geeignet. Außerdem spielen der Trainingszustand und die Erfahrung der Patienten sowie die Kontrolle der Bewegungen eine große Rolle – eine wesentlich größere als das Gewicht. Ein geübter Skifahrer kann zum Beispiel im Vergleich zu einem Anfänger den Ski mit einem Bruchteil der Gelenkbelastung drehen. Diesen Aspekt müssen wir auch bei unseren Empfehlungen berücksichtigen. Nach wie vor sind vor allem die Sport-

arten mit einem gleichmäßigen und kontrollierten Bewegungsablauf besonders gut geeignet.

? Die Kniertage begannen mit den Alternativen zur Endoprothetik. Gab es etwas Neues aus dem Bereich Knorpelregeneration?

Dr. Frank: Es gibt graduelle Fortschritte in der Knorpelzelltherapie, aber von größeren Durchbrüchen wurde nicht berichtet. Mit der zunehmenden Zahl der Studien wird auch unser Bild der Indikationen und Erfolgsaussichten etwas klarer, die vor allem bei sehr jungen Patienten in posttraumatischen Situationen gut sind. Von der Behandlung degenerativer Erkrankungen mit großflächigen Knorpeldefekten sind wir wohl noch weit entfernt. Leider ist die Kostenübernahme für die gesetzlich versicherten Patienten immer noch nicht geklärt.

? Werden allergische Reaktionen auf Metalle in der Knieendoprothetik häufiger?

Prof. Lazovic: Die Häufigkeit von Allergien nimmt in der Bevölkerung insgesamt zu, das gilt auch für Metallallergien. Allerdings lässt der Epikutan-Test keine verlässliche Aussage für die Reaktion im Körperinnern zu. Deshalb ist auch immer noch nicht ganz klar, wie die Allergien in der Implantatchirurgie zu bewerten sind. Wir können erkennen, ob das einzubringende Metall für einen Patienten eine allergisierende Komponente beinhaltet. Wir wissen aber nicht, ob diese auch die Ursache ist, etwa für permanente Schmerzen, oder ob sie sogar zu einer Lockerung führen kann. Die DGOOC bietet jetzt die Möglichkeit, Verdachtsfälle zu melden und von Spezialisten untersuchen zu lassen, ob wirklich eine Allergie die Ursache für auftretende

Probleme ist. Implantate, die speziell für Allergiker konzipiert sind, werden sicher einen höheren Stellenwert bekommen.

Dr. Frank: Daraus ergibt sich ein forensisches Problem. Dürfen wir einem Patienten mit einer bekannten Metallallergie ein Implantat einsetzen? Wir wissen, dass die Titan-Niob-Beschichtungen ebenfalls einem gewissen Verschleiß unterliegen, so dass auch aus ihnen irgendwann Nickel- und Chromanteile freigesetzt werden können. Wir haben in Frankfurt gelernt, dass zum Beispiel mehrschichtige Beschichtungen mit Zirkonium-Nitrid bessere Eigenschaften aufweisen, da sie die Verschleißfestigkeit deutlich steigern und zugleich die Ionenfreisetzung vermeiden. Interessant ist in diesem Zusammenhang aber auch die Frage der Instrumente. Sägen und Meißel setzen ebenfalls Metallpartikeln und -ionen frei, wenn wir den Knochen bearbeiten.

Wir wissen, dass solcher Abrieb viele Jahre im Körper verbleiben kann, aber es gibt keine Hinweise, dass er zu allergischen Reaktionen geführt hätte. Im endoprothetischen Zweifelsfall entscheiden sich viele Kollegen trotzdem für das beschichtete Implantat – weniger aus medizinischer als aus juristischer Vorsicht. Wir haben, das wurde aus den Referaten auch deutlich, immer noch keinen wissenschaftlich gesicherten Algorithmus für den Umgang mit dem Allergierisiko. Große Vorsicht und eine besonders intensive Aufklärung des Patienten sind geboten.

? Gab es etwas Neues zum Thema schmerzhaftes Knie nach der TEP?

Dr. Frank: Wir haben erfahren, dass bestimmte operative Vorgehensweisen, zum Beispiel das Evertieren der Patella, eine höhere Rate von vorderem Knieschmerz nach sich ziehen kann – ohne dass es dafür eine derzeit schlüssige Erklärung gäbe. Sehr interessant war auch der Hinweis, dass neben biomechanischen Problemen, Infektionen oder Allergien auch psychosoziale Faktoren eine sehr wichtige Rolle spielen. Bestimmte Typen von Menschen scheinen für postoperative Probleme geradezu prädestiniert zu sein. Als erfahrener Arzt entwickelt man ein Gespür für solche Patienten und weiß, dass hier besondere Vorsicht geboten ist.

Schon der präoperative Knieschmerz kann in solchen Fällen eher psychisch oder anderweitig bedingt sein. Dann hilft die Endoprothese mit großer Wahrscheinlichkeit nicht. Hier ist eine geschickte Patientenführung gefragt, unter Einbeziehung von Kollegen aus der Rheumatologie, Schmerztherapie, oder Psychosomatik. Wo die Arthroplastik geboten ist, sollte die Aufklärung des „Problempatienten“ besonders detailliert sein und das mögliche Ergebnis sehr genau beschrieben werden, inklusive der Einschränkungen, Risiken und Nebenwirkungen.

? Hat die Navigation einen Einfluss auf die Ergebnisse?

Prof. Lazovic: Mit durchschnittlich 15 Jahren Standzeit sind unsere Knieendoprothesen schon seit längerem sehr erfolgreich. In den letzten Jahren hat sich dank der Navigation auch die Qualität der Implantation verbessert. Sie hat uns auf wichtige Aspekte aufmerksam gemacht, die vorher weniger beachtet wurden, und hat so auch die konventionelle Implantation verändert. Für mich ist sie ein wichtiges Hilfsmittel in der operativen Praxis. Die ge-

naue Einstellung der Achsen in drei Ebenen führt zu einer exakteren Implantation, nicht zuletzt weil man intraoperativ die Auswirkungen auf die Weichteile überprüfen und korrigieren kann.

Dr. Frank: Wir haben aber auch gelernt, dass die Navigation noch nicht in allen Belangen perfekt ist. Vor allem bei der Einstellung der Rotation gibt es noch Entwicklungsbedarf. Die in letzter Zeit aufgekommenen individuell gefertigten Ausrichtinstrumente für die Sägeblöcke, die manchmal als „präoperative Navigation“ bezeichnet werden, müssen erst noch beweisen, ob die Ergebnisse den erheblichen zusätzlichen Aufwand rechtfertigen. Zum einen werden präoperative CT- oder MRT-Aufnahmen benötigt. Zum anderen gibt es eine Vorlaufzeit für die Berechnung und Herstellung der Instrumente, welche die Wartezeit verlängert. Und nicht zuletzt fallen zusätzliche Kosten für die Klinik an. Die Anbieter haben einen offensichtlichen Vorteil – sie können mit Hilfe dieser Individualinstrumente die Zahl der Leihsets verringern. Den Vorteil für den Patienten kann ich noch nicht erkennen.

Prof. Lazovic: Die „präoperative Navigation“ mit den individuellen Schablonen kann zudem die Weichteilverhältnisse, also Bandstabilität, Straffung und ähnliches nicht so berücksichtigen, wie die intraoperative Navigation. Ob dieser Ansatz wirklich sinnvoll ist, wird sich erst in Zukunft zeigen.

? Wie steht es mit der Navigation bei der Revision?

Dr. Frank: Bei der Revision fehlen uns die Landmarks und der Oberflächenabgleich. Sie kann uns nur bei der genauen Einstellung der Achsen helfen.

Prof. Lazovic: Ich halte die Navigation bei der Revision für einen wesentlichen Fortschritt. Sie hilft dabei, gerade in schwierigen Fällen, soweit es geht, die ursprünglichen Gelenklinien, die Band-



spannung und die Funktion zu rekonstruieren. Die Bestimmung der Komponentengröße wird erleichtert, und man bekommt eine intraoperative Bestätigung der präoperativen Planung. Der Referent berichtete sogar über Zeitgewinn im OP, der durch den stabilen Workflow erreicht werden kann. Allerdings brauchen wir noch Studien mit größeren Serien, um das klinische Ergebnis wirklich beurteilen zu können.

? Anzahl und Anteil der Revisionen nehmen zu. Welche Rolle spielt hier die gekoppelte Knieendprothese? Und wie bewerten Sie in diesem Zusammenhang das aktuelle gekoppelte Kniesystem EnduRo der Aesculap AG?

Dr. Frank: Die gekoppelten Implantate sind bei schwierigen Voraussetzungen für viele Patienten ein Segen, etwa für die zweite Revision, bei schwerer Instabilität des Bandapparates oder bei starker Insuffizienz der muskulären Voraussetzungen. Da wir immer mehr Zweit- und Drittrevisionen machen müssen, werden gekoppelte Prothesenmodelle immer wichtiger.

Prof. Lazovic: Das EnduRo-Kniesystem ist ein sehr hilfreiches Implantat, mit dem sich auch

ausgesprochen schwierige Situationen meistern lassen. Der Operateur ist dank der Kinematik des Implantats nicht mehr darauf angewiesen, die meist völlig zerstörten Bänder zu rekonstruieren. Trotzdem kann man einen vergleichsweise natürlichen Bewegungsmechanismus wiederherstellen.

? Wenn Sie die Diskussionen der Kniertage rekapitulieren, welche Themen brennen Ihren Kollegen besonders auf den Nägeln? Wo gab es größere Kontroversen?

Prof. Lazovic: Diskussionen gab es vor allem über Fragen, für die wir keine eindeutigen, evidenzbasierten Antworten besitzen, zum Beispiel pro und kontra Mobile Bearing und Highflex, oder um den Umgang mit der Patella. Bei letzterem sind sich die Europäer aber überwiegend einig, dass ein Resurfacing nicht notwendig ist. Die Kontroverse ist hier eher eine transatlantische. Interessant ist vielleicht auch, worüber nicht mehr intensiv diskutiert wird. So ist zum Beispiel der Hype um die minimal-invasive Implantation eindeutig vorbei. Die Operationstechniken sind insgesamt etwas schonender geworden, aber eine Knie-TEP lässt sich nun mal nicht wirklich minimal-invasiv einbringen.

Dr. Frank: Die Kniertage haben auch wieder einmal gezeigt, dass wir uns bereits auf einem sehr hohen Niveau befinden. Weitere Entwicklungen sind deshalb naturgemäß nur in kleinen Schritten möglich – und das ist auch gut so. Aus demselben Grund gibt es in sehr vielen Punkten einen breiten Konsens, und die Anfälligkeit für jede Art von Hype sinkt. Ich glaube, viele Teilnehmer haben auch als eine der Botschaften dieser Veranstaltung mitgenommen, dass sie bereits sehr gute Arbeit leisten und nicht hektisch auf irgendwelche neuen Züge aufspringen müssen.

? Welche Trends in der Knieendprothetik erwarten Sie in den nächsten Jahren? Was sind die wichtigen Entwicklungslinien aus Ihrer Sicht?

Prof. Lazovic: Ich denke, dass sich vor allem die Revisionsendoprothetik noch weiter entwickeln wird. Die Primärendoprothetik ist sicher nicht am Ende der Entwicklung, aber sie wird sich wahrscheinlich nur noch in Detaillösungen allmählich verbessern können. Potenzial sehe ich hier vor allem beim Instrumentarium, um die Handhabung, die Leichtigkeit und Präzision der Implantation zu verbessern. Die Implantate selbst sind schon sehr weit entwickelt.

? Was hat Ihnen an den Kniertagen besonders gut gefallen?

Prof. Lazovic: Ein großer Vorzug der Veranstaltung war, dass wir die ganze Knieendprothetik übergreifend behandelt haben. Es war genügend Zeit für die Diskussionen, und es wurde wirklich viel und auch kontrovers diskutiert. Obwohl Aesculap als Veranstalter fungiert, sind die Kniertage keine Firmenveranstaltung. Es ging nicht um firmenspezifische, produktspezifische Themen, sondern um die Sache.

Dr. Frank: Ein Anwendertreffen wie die Aesculap® Kniertage mit Kollegen, die sehr tief mit dem Thema vertraut sind, ist in der Intensität und der Qualität des wissenschaftlichen Austauschs vielen Kongressen überlegen. Es wurde auf sehr hohem Niveau vorgetragen und diskutiert.

Das Interview führte Zsolt Pekker



Prof. Dr. med. Djordje Lazovic, Direktor der Klinik für Orthopädie und Spezielle Orthopädische Chirurgie am Pius-Hospital in Oldenburg

Dr. med. Daniel Frank, Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie in Düsseldorf

Münsteraner OP-Workshop
Trauma und Endoprothetik

8. Münsteraner OP-Workshop

am 20. und 21.04.2011

Weitere Informationen:
www.endoprothetik-muenster.de