



Zeitschrift	Ausgabe	Seiten
Orthopress	-	2



Kniearthrose

Auch jüngere sind betroffen

Wer bei den Stichwörtern „Verschleiß im Knie“ oder „Kniearthrose“ ältere Menschen assoziiert, der irrt in vielen Fällen gewaltig. Anders als bei der Hüftarthrose, von der ganz überwiegend Ältere betroffen sind, können unter verschlissenen Kniegelenken auch schon sehr junge Patienten leiden. Häufigste Ursache sind – neben angeborenen Fehlstellungen wie z. B. X- oder O-Beinen – nicht oder nur unzureichend behandelte Knieverletzungen bei sportlich Aktiven. ORTHopress sprach über diese Problematik mit dem Kölner Kniespezialisten Dr. Oliver Tobolski.

Herr Dr. Tobolski, warum entsteht ausge-rechnet an den Knien so häufig eine Arthrose?

Dr. Tobolski: Bei sportlicher Aktivität werden Knie unter Umständen mit mehr als 1,5 Tonnen belastet. Kommt der Druck genau senkrecht, tolerieren gesunde Knie das ohne weiteres. Wirken die Kräfte aber schräg ein, wie es häufig bei Drehbewegungen im Knie, z. B. bei Tennis- oder Fußballspielern, vorkommt, kann es zu Verletzungen vor allem der Zwischen-gelenkscheiben, der Menisken, kommen. Das wiederum beeinträchtigt die Pufferfunktion der Menisken, so dass mittel- bis längerfristig auch der Knorpel, der die Gelenkflächen überzieht, Schaden nimmt: Eine Arthrose ist entstanden.

Bedeutet das, dass eine konsequente Behandlung von Meniskusschäden einer Kniearthrose vorbeugen könnte?

Dr. Tobolski: Genau so ist es. Ein geschädigter Meniskus kann zu einer Arthrose führen. Daher sollten schmerzende Knie immer ernst genommen und genau abgeklärt werden. Sind Risse am Meniskus nachgewiesen, müssen sie behandelt werden. Früher hat man relativ großzügig den Meniskus entfernt. Heute dagegen sind die Spezialisten bestrebt, so viel Meniskusgewebe wie möglich zu erhalten, um die bereits erwähnte Pufferfunktion zu gewährleisten. Die Therapie richtet sich nach Ausmaß, Form und Sitz der Schädigung. Die Palette reicht von sparsamer Abtra-

gung der ausgefransten Ränder über Nähen der Risse bis hin zum Ersatz eines zerstörten Meniskus mit unterschiedlichen Methoden, je nach individueller Situation. Für all diese Maßnahmen wird heute natürlich das Gelenk nicht mehr eröffnet, sondern alle Eingriffe werden arthroskopisch, d. h. im

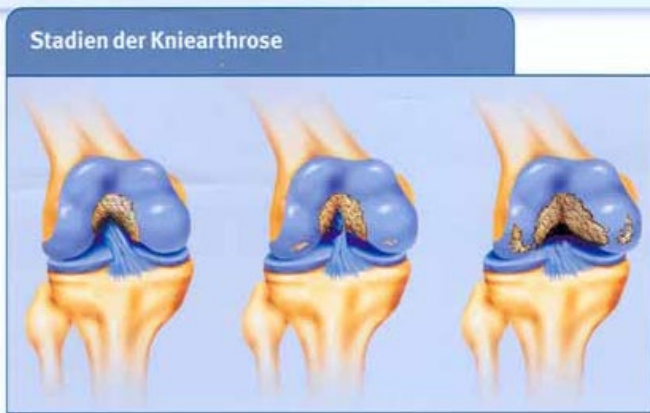
Dr. Tobolski: „Eine konsequente Behandlung von Knieverletzungen ist die beste Vorbeugung gegen Kniearthrose.“





Zeitschrift	Ausgabe	Seiten
Orthopress	-	2

DIAGNOSE & THERAPIE



Rahmen einer Gelenkspiegelung, durchgeführt.

Aber was ist, wenn schon eine Arthrose vorliegt, müssen die Patienten dann den Sport aufgeben und mit Schmerzen leben lernen?

Dr. Tobolski: Letzteres auf gar keinen Fall. Im Einzelfall kann es allerdings schon einmal sinnvoll sein, nach einer weniger belastenden Sportart zu suchen. Also statt Fußball spielen lieber Rad fahren oder walken. Oft reicht es auch schon, wenn z. B. beim Tennis die Technik etwas verändert wird. Um die Beweglichkeit des Gelenks zu erhalten, müssen bei einer Arthrose die Schmerzen genommen werden. Darüber hinaus sollte man versuchen, den weiteren Abbau von Knorpelsubstanz aufzuhalten. Dazu stehen uns heute sowohl konservative als auch operative Verfahren zur Verfügung. So kann z. B. die Zusammensetzung der Gelenkflüssigkeit mittels Injektion von Hyaluronsäure verbessert werden. Dadurch wird nicht nur die Gleitfähigkeit der Gelenkpartner verbessert, auch die Ernährung des Knorpels kann so optimiert werden.

Welche operativen Maßnahmen stehen zur Behandlung der Kniearthrose zur Verfügung?

Dr. Tobolski: Die erste Stufe der operati-

ven Therapie ist die so genannte Gelenktoilette. Dabei wird das Gelenk arthroskopisch gespült und von allen Abriebpartikeln gereinigt. Das bringt oft schon eine deutliche Entlastung. Bei den jüngeren Arthrose-Patienten liegen aber oftmals – meist durch Verletzungen bedingte – isolierte Knorpelschäden vor. Diese können je nach Sitz und Größe unterschiedlich „geflickt“ werden. Bei kleinen Schäden kann man mit einer Nadel im Bereich des Defekts feine Löcher bis auf die unter dem Knorpel liegende Schicht picken. Der sich dabei bildende Blutkuchen füllt das Loch und bildet sich nach einer gewissen Zeit in Ersatzknorpel um. Etwas größere Defekte bis maximal 10 cm² kann man – wie bei einem Mosaik – mit kleinen Knorpelstanzen auffüllen, die von wenig belasteten Arealen des Knies entnommen werden.

Technisch immer weiter entwickelt hat sich auch die so genannte Autologe Chondrozyten-Transplantation. Dabei werden körpereigene Knorpelzellen entnommen, im Labor weitergezüchtet und anschließend in den Knorpeldefekt übertragen. Ist der Knorpelverschleiß großflächig, kann unter Umständen mit einer so genannten Abrasionsarthroplastik das künstliche Gelenk langfristig aufgeschlo-

ben werden. Dabei wird mit Spezialinstrumenten der unter dem Knorpel liegende Markraum eröffnet. Die mit dem Blut austretenden Stammzellen wandeln sich in den nächsten Wochen bei entsprechender Entlastung des Knies in einen belastungsfähigen Ersatzknorpel um.

Aber was ist, wenn nur noch ein künstliches Gelenk helfen würde?

Dr. Tobolski: Das war bisher bei jungen Patienten ein großes Problem, weil bei Ihnen auf Grund der begrenzten Standzeit ein Zweiteingriff abzusehen ist. Wenn aber wirklich alle anderen Therapieoptionen erschöpft sind und die Schmerzen nicht anders behoben werden können, sollte bei Jüngeren nach Möglichkeit nur die zerstörte Knorpelschicht ersetzt werden. So kann, wenn sich diese so genannte Schlittenprothese nach 15 oder 20 Jahren gelockert haben sollte, immer noch eine Totalprothese eingesetzt werden.

Herr Dr. Tobolski, herzlichen Dank für das Gespräch.



Da bei Kontaktsportarten wie beispielsweise Fußball oder Tennis starke Kräfte auf das Kniegelenk wirken, kann der entstehende Druck eine Arthrose begünstigen