



Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Fakultät für Klinische Medizin Mannheim
Dissertations-Kurzfassung

Nachuntersuchungsergebnisse der primären Naht bei Rupturen des vorderen Kreuzbandes

Autor: Rolf Eberle
Institut / Klinik: Orthopädische Klinik
Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. P. Arnold

Bei einer Ruptur des vorderen Kreuzbandes war die primäre Naht über Jahrzehnte hinweg ein anerkanntes Therapieverfahren. In den vergangenen Jahren sind allerdings zunehmend Zweifel am Erfolg dieser Methode aufgekommen, so daß mittlerweile eher ein konservatives Vorgehen oder die Kreuzbandrekonstruktion empfohlen wird. Um anhand unserer eigenen Operationsergebnisse zu beurteilen, ob die primäre vordere Kreuzbandnaht weiterhin als adäquate Behandlungsmethode angesehen werden kann, überprüfen wir die Resultate der Patienten der Orthopädischen Klinik Mannheim-Lindenhof der Jahre 1982 bis 1992.

Nach der Behandlung einer vorderen Kreuzbandruptur sind zur Beurteilung der Kniefunktion insbesondere die subjektive Zufriedenheit, die Kniegelenkstabilität, die Sportfähigkeit sowie degenerative Gelenkveränderungen von Bedeutung. Dementsprechend verwendeten wir bei der Nachuntersuchung ein subjektives Beurteilungsschema, den OAK-Score, die Innsbruck-Knie-Sportfähigkeitsklassifikation und die radiologischen Bewertungssysteme nach Wirth und Scott et al. Darüber hinaus fand mit dem Arthrometer KT-1000 eine instrumentelle Prüfung der anterioren Gelenkstabilität in Lachman-Position des Kniegelenkes statt.

Bei der Nachuntersuchung, an der 80 (70,2 %) der 114 Patienten im Durchschnitt 6,7 (\pm 2,4) Jahre nach der Operation teilnahmen, beurteilten 32,5 % der Patienten den Funktionszustand ihres operierten Kniegelenkes subjektiv als sehr gut, 47,5 % als gut, 13,8 % als mäßig und 6,3 % als schlecht. Mit dem OAK-Score erzielten 47,5 % der Patienten ein sehr gutes, 30,0 % ein gutes, 15,0 % ein mäßiges und 7,5 % ein schlechtes Gesamtergebnis.

Bei der KT-1000-Stabilitätsmessung im Seitenvergleich zeigten 8,8 % der Kniegelenke mit Kreuzbandnaht eine einfache und 1,3 % eine zweifache vordere Instabilität. Ein dreifach positives Ergebnis, als eindeutiger Hinweis auf eine Bandinsuffizienz, fand sich nicht.

Anhand des OAK-Scores bezeichneten sich 58,8 % der Patienten als voll sportfähig. 32,5 % sahen sich leicht und 8,8 % stark eingeschränkt. Sportunfähig war keiner der Patienten. Bei genauerer Betrachtung mittels der Innsbruck-Knie-Sportfähigkeitsklassifikation zeigte sich, daß sowohl Häufigkeit und Dauer als auch die Qualität der Sportausübung im wesentlichen von der Sportart und ihrer typischen Kniebelastung bestimmt wurden: Aufgrund von Kniebeschwerden waren 3,8 % bei Non-Risk-Pivoting-, 15,0 % bei Low-Risk-Pivoting- und 18,8 % bei High-Risk-Pivoting-Sportarten beeinträchtigt; bis zu 16,3 % hatten jeweils aus Vorsicht auf eine weitere Sportausübung verzichtet.

Bei der radiologischen Beurteilung der Kniegelenke mit vorderer Kreuzbandnaht fanden sich mit beiden Auswertungsmethoden sowohl gegenüber der Zeit vor dem Unfall als auch im Seitenvergleich signifikant deutlicher ausgeprägte degenerative Veränderungen.

Aufgrund der dargestellten, im Literaturüberblick vergleichsweise guten Resultate halten wir die primäre vordere Kreuzbandnaht im Einzelfall auch weiterhin für gerechtfertigt; die Gefahr einer hohen Insuffizienzrate läßt sich nur durch eine exakte Indikationsstellung vermeiden. Obwohl wir in unserer Studie keine signifikanten Unterschiede zwischen den Score-Ergebnissen der Patienten mit proximaler und interligamentärer vorderer Kreuzbandruptur nachweisen konnten, sollte aufgrund der aktuellen Literaturergebnisse die interligamentäre Ruptur der Therapie mit einer autologen Ersatzplastik vorbehalten sein.

Ausschließlich bei knöchernen sowie glatt begrenzten proximalen Rupturformen kann die primäre vordere Kreuzbandnaht, und zwar frühzeitig und in Kombination mit einer autologen Augmentation, als adäquate Behandlungsmethode angesehen werden.