

Anja Frick

Dr. med.

Die Wertigkeit der Arthroskopie und der Kernspintomographie in der Diagnostik der Osteochondrosis dissecans – ein retrospektiver Vergleich

Geboren am 14.10.1972 in Heidelberg

Reifeprüfung am 08.07.1992 in Dinkelsbühl

Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1992/93 bis SS 1999

Physikum am 29.08.1994 an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Klinisches Studium in Heidelberg

Praktisches Jahr in Bad Mergentheim

Staatsexamen am 18.05.1999 an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Promotionsfach: Orthopädie

Doktorvater: Prof. Dr. med. habil. Dr. h. c. mult. H.-W. Springorum

Bei der Osteochondrosis dissecans handelt es sich um eine Gelenkerkrankung, welche primär den subchondralen Knochen betrifft. Im fortgeschrittenen Stadium ist auch der überziehende Knorpel mit einbezogen, was zur Bildung freier Dissekte führen kann.

Bei der Diagnostik spielt die Kernspintomographie eine zunehmende Rolle. Insbesondere die Stabilität des Herdes und der Zustand des überziehenden Knorpels sind für das Festlegen des weiteren therapeutischen Vorgehens von entscheidender Bedeutung. Das heißt, daß diese beiden Kriterien möglichst nicht-invasiv festzustellen sind, um unnötige operative Eingriffe zu vermeiden.

In der vorliegenden Studie sollte nun die Aussagekraft der MRT für die Diagnostik der Osteochondrosis dissecans im Vergleich zu den Möglichkeiten der Arthroskopie überprüft werden.

Dafür wurden die präoperativen kernspintomographischen Befunde von 56 Patienten, welche in den Jahren 1995 bis 1999 in der Orthopädischen Klinik des Caritas-Krankenhauses Bad Mergentheim wegen einer Osteochondrosis dissecans der Femurkondylen (38 Patienten) oder des Talus (18 Patienten) arthroskopiert worden waren, mit den intraoperativen Befunden

verglichen. Die Arthroskopie-Befunde wurden als tatsächlich vorliegend gesehen und mechanisch überprüft.

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Stadieneinstufung zwischen MRT und Arthroskopie. Nur bei 27 von 56 Patienten (48,2%) konnte mit der MRT das tatsächlich vorliegende Stadium diagnostiziert werden.

Die kernspintomographische Beurteilung des Sprunggelenkes ist dabei relativ schlechter ausgefallen ist als die des Kniegelenkes.

Bei den Patienten, bei welchen die O.d. am Kniegelenk lag, waren bei 23 von 38 Fällen (60,5%) übereinstimmende Diagnosen gestellt worden, bei den Patienten mit einer O.d. tali nur bei 4 von 18 Patienten (22,2%).

Dies ist zum einen auf die engeren anatomischen Verhältnisse und die schmalen Knorpelbeläge des Sprunggelenkes zurückzuführen, welche eine kernspintomographische Diagnostik erschweren. Außerdem waren bei den Fällen mit einer O.d. der Femurkondylen relativ mehr Patienten in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien (Stadien III und IV: Kniegelenk 68,4%, Sprunggelenk 27,8%), welche insgesamt kernspintomographisch leichter zu beurteilen sind. Dies zeigte sich bei der statistischen Auswertung darin, daß die Übereinstimmungen der beiden Stadienbeurteilungen mit steigenden Arthroskopie-Stadien größer waren. Diese beiden Effekte scheinen sich hier zu ergänzen.

Fehleinstufungen ergaben sich also vor allem in niederen Erkrankungsstadien. Aber gerade in diesen Stadien wäre eine nicht-invasive genaue Diagnostik, insbesondere mit Beurteilung der Knorpeloberfläche, wichtig, um unnötige operative Eingriffe zu vermeiden. In fortgeschrittenen Stadien ist oft die Diagnostik mit den konventionellen MRT-Bildern ausreichend, insbesondere bei Vorliegen freier Dissekate.

Insgesamt wurde in dieser Studie deutlich, daß die MRT mit den im klinischen Alltag zur Verfügung stehenden Mitteln bezüglich der Beurteilung der Osteochondrosis dissecans, vor allem hinsichtlich des Knorpels, die Arthroskopie noch nicht ersetzen kann.