

Kongressbericht

3. Jahreskongress der Deutschen Kniegesellschaft in Berlin

Prof. Dr. med. Heiko Graichen
Asklepios Orthopädische
Klinik Lindenlohe,
Schwandorf

Prof. Dr. med. Wolf Petersen
Martin Luther Krankenhaus,
Berlin-Grünwald



Vom 21.11.2014 bis zum 22.11.2014 fand in Berlin im Hotel Intercontinental der 3. Jahreskongress der Deutschen Knie-Gesellschaft (DKG) statt. Bereits am Donnerstag, den 20.11.2014 fanden sich zahlreiche Teilnehmer zu einem Prä-Kongress-Kurs zum Thema Endoprothetik im Martin Luther Krankenhaus ein. Dieser Kurs war durch Vorträge und direkt anschließende Workshops mit praktischen Übungen gekennzeichnet. Die räumliche Nähe von Referenten zu den Teilnehmern ermöglichte intensive Diskussionen und individuelle Antworten auf verschiedene Fragestellungen. Der Kurs wurde rückwirkend für das neue Kurscurriculum der DKG für das Zertifikat „Kniechirurg“ akkreditiert.

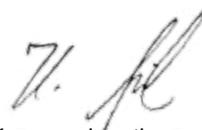


Zum Haupt-Kongress trafen sich dann über 250 Teilnehmer aus allen Teilen der Republik und teilweise auch aus dem Ausland. Das Hauptprogramm bewegte sich im Dreieck von Endoprothetik, Traumatologie und Sportorthopädie. Ein wichtiger Schwerpunkt für diesen Kongress lag auf der Revisionschirurgie in der Kreuzbandchirurgie, Endoprothetik und Traumatologie. Weitere Schwerpunkte waren die Teildoprothetik, neue regenerative Therapieverfahren, Osteotomien, das vordere Kreuzband und die Knorpelchirurgie. Dabei gilt unser Dank den Expertengruppen der DKG. Sie haben einen großen Beitrag zur Programmgestaltung geleistet.

Ein Höhepunkt war sicher die gemeinsame Sitzung, in der es um den Stellenwert evidenzbasierter Medizin in der Kniechirurgie ging. Durch prospektiv randomisierte Studien werden akzeptierte Standards in der Kniechirurgie zunehmend in Frage gestellt. Die Ergebnisse dieser Sitzung zeigten, dass hier eine kritische Überprüfung und Neubewertung bisheriger wissenschaftlicher Standards notwendig ist. Ein weiterer Höhepunkt war sicher der Gastvortrag des ehemaligen Vorsitzenden der britischen Kniegesellschaft (BASK) Prof. Simon Donell. Donell stellte die Entwicklung der britischen Kniegesellschaft vor und konnte auf diese Weise auch unserer jungen Gesellschaft Hilfestellung und Motivation geben.

Erfreulich war auch die hohe Anzahl an eingereichten Beiträgen, die großteils mit freien Vorträgen und Postern im Hauptprogramm berücksichtigt werden konnten. Die besten Beiträge konnten mit attraktiven Preisen prämiert werden. Interaktive Round-Table-Sitzungen, Live OP (Revisions VKB mit autologer Quadrizepssehne), Videositzungen und Workshops rundeten das Programm ab.

Gesellschaftliches Highlight war der Kongressabend in Clärchen's Ballhaus. Der „Berlin-Mitte-Charme“ kontrastierte das Kongresszentrum im alten West-Berlin. Der Abend wurde unter anderem zu einem Geburtstagständchen für unseren Präsidenten Hermann Mayr genutzt.



Prof. Dr. med. Heiko Graichen



Prof. Dr. med. Wolf Petersen



Der 4. Jahreskongress findet in München statt

Wissenschaftliche Leitung
Prof. Dr. med. R. von Eisenhart-Rothe
Prof. Dr. med. A. Imhoff
PD Dr. med. R. Hube

Prof. Dr. Karl-Heinz Frosch
Chirurgisch-Traumatologisches Zentrum
Asklepios Klinik St. Georg



Prof. Dr. med. Wolf Petersen
Martin Luther Krankenhaus,
Berlin-Grünwald

Die Deutsche Kniegesellschaft hat auf der letzten Vorstandssitzung am 20.11.14 beschlossen, das Zertifikat „Kniechirurg“ zu vergeben. Ziel ist es, eine standardisierte Ausbildung zu gewährleisten und eine hohe Qualität im Bereich der Kniegelenkschirurgie zu sichern. Es sollen dabei Erfahrungen und Inhalte sowohl in der Endoprothetik, Sportorthopädie und Traumatologie, als auch in der konservativen und operativen Behandlung von Kniegelenkerkrankungen und -verletzungen nachgewiesen werden können.

Wichtig ist es der DKG, die Partnerschaft und Kooperation mit anderen Fachgesellschaften zu suchen. Kurse und Zertifikate anderer Fachgesellschaften werden deshalb für das Zertifikat „Kniechirurg“ anerkannt.

Folgende Kurse des Kurrikulums sind zu durchlaufen:



1. Sporttraumatologie (2 Tage, mit praktischen Übungen)
2. Angeborene und erworbene Deformitäten (1 Tag, mit praktischen Übungen)
3. Endoprothetik (2 Tage, mit praktischen Übungen)
4. Traumatologie (1 Tag, mit praktischen Übungen)
5. Rehabilitation und konservative Therapie (1,5 Tage)
6. Das Knie im Wachstumsalter und Tumoren (0,5 Tage)

Für das Modul 1 wird auch der Titel „Arthroskopeur oder Instruktor“ der AGA (Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie) anerkannt. Für das Modul 2 werden AO Osteotomie Kurse (mit praktischen Übungen), für das Modul 3 werden alle AE Kurse Knie (mit praktischen Übungen) und für das Modul 4 werden alle AO Trauma Kurse Knie (mit praktischen Übungen) anerkannt.

Um es bereits erfahrenen Kniegelenkschirurgen zu erleichtern das Zertifikat zu erwerben, wird es bis zum 31.12.2016 eine Übergangsregelung geben:

- Art und Anzahl der Eingriffe wie oben angegeben
- Facharztstatus wie oben angegeben
- Besuch von 4 zertifizierten Modul-Kursen der DKG oder alternativ:
 - Nachweis mindestens eines AO Trauma Knie Kurse oder AO Osteotomie Knie oder AE Knie Kurse oder des AGA Zertifikats (Arthroskopeur oder Instruktor)
 - Besuch von mindestens 3 weiteren zertifizierten Modul-Kursen der DKG
- Teilnahme an mindestens einem DKG-Jahreskongress
- Der Antrag muss bis zum 31.12.16 im Sekretariat der DKG vorliegen.

Das Zertifikat „Kniechirurg“ wird vom Vorstand der DKG erteilt nach Abschluss aller 6 Kursmodule mit Leistungsnachweis, Facharznachweis sowie dem Nachweis von 500 durchgeführten Operationen höheren Schwierigkeitsgrades.

Weitere Informationen sowie entsprechende Antragsformulare finden sich auf der Homepage der DKG unter www.deutsche-kniegesellschaft.de. Hier sind auch die Termine und Orte für die jeweiligen Modulkurse hinterlegt. Für Rückfragen hinsichtlich des Zertifikats steht Frau A. Amos, Sekretariat der Deutschen Kniegesellschaft unter info@deutsche-kniegesellschaft.de zur Verfügung.

Prof. Dr. Karl-Heinz Frosch

Prof. Dr. med. Wolf Petersen

Folgende Voraussetzungen sind notwendig, um das Zertifikat zu erhalten:

- Erfolgreicher Abschluss aller (6) Kurse des Kurrikulums
- der Nachweis der zu erbringenden Anzahl 500 schwerer Eingriffe am Kniegelenk*
- **Facharzt** für Orthopädie und Unfallchirurgie, Spezielle Unfallchirurgie (oder Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie), Spezielle orthopädische Chirurgie, Facharzt für Orthopädie
- **Mitgliedschaft** in der DKG
- Physiotherapeuten können ein **Zertifikat für Knierehabilitation** erlangen. Grundlage ist der erfolgreiche Abschluss des Rehakurses (plus eines chirurgischen Kurses)

* zu „schweren Eingriffen“ am Kniegelenk gehören:

- Implantation einer Endoprothese: Teilersatz, Oberflächenersatz, Revisionseingriffe
- Ersatzplastik des vorderen und hinteren Kreuzbandes, posterolaterale Rekonstruktion, Rekonstruktion des medialen Seitenbandkomplexes
- Eingriffe am Halteapparat der Patella: MPFL Plastik, Tuberositasversetzung, Trochleoplastik
- komplexe Eingriffe am Meniskus: Korbhakenrefixation, „Root tear“ Refixation, Meniskusimplantat, Meniskustransplantation
- komplexe Eingriffe am Knorpel: Matrix gestützte Knorpelzelltransplantation, Implantation einer azellulären Matrix, Knorpel-Knochen-Transplantation
- Frakturen: ORIF Tibiakopffraktur, ORIF distales Femur, arthroskopische Versorgung einer Tibiakopffraktur, ORIF Patellafraktur
- Osteotomien am Kniegelenk

MATHYS
European Orthopaedics

Ligamys

Heilung des frisch gerissenen vorderen Kreuzbandes

Auch erhältlich in Deutschland: www.ligamys.com

Dynamische intraligamentäre Stabilisierung zur Behandlung einer frischen VKB-Ruptur (Ligamys®)

OP Technik – Erste Erfahrungen und Ergebnisse

PD Dr. med. Mirco Herbort,
Dr. med. Clemens Kösters
Klinik für Unfall-, Hand- und
Wiederherstellungschirurgie,
Universitätsklinik Münster



gegenüber benutzter Wertstoffe (Eisen, Cobalt, Nickel) und eine stark verminderte Knochenqualität.

OP Technik:

Nach Anlage des anterolateralen Standardportals erfolgt die Anlage eines tiefen medialen Arbeitsportals. Über dieses Portal wird mittels einer speziellen Nahtzange der tibiale VKB Stumpf mit 3 bis 5 2.0-PDS Fäden angeschlossen und die Fäden aus dem medialen Portal ausgeleitet.

Prinzip der dynamischen intraligamentären Stabilisierung

Das Kniegelenk wird temporär mit einem dynamischen Faden-Feder-System (Abb. 1) intern „geschient“, so dass die mittels resorbierbarer Nähte (PDS 2.0) adaptierten Kreuzbandstümpfe in jeder Beuge- und Streckstellung des Kniegelenks in derselben Stellung zueinander verbleiben. Durch den Federmechanismus wird die knöcherne Fixierung des Polyethylenfadens mittels Flippbutton und Schraube dynamisiert, so dass Zug- und Scherkräfte minimiert werden, welche im Fall einer rigiden Fixierung schnell zu einem Auslockern einer Fadenaugmentation führen können.

Indikationen / Kontraindikationen:

Prinzipiell besteht bei frischen VKB Rupturen, welche bis zu 21 Tage alt sein dürfen, die Indikation zur Ligamys-OP.
Kontraindikationen: Rupturen älter als 21 Tage, Unverträglichkeit

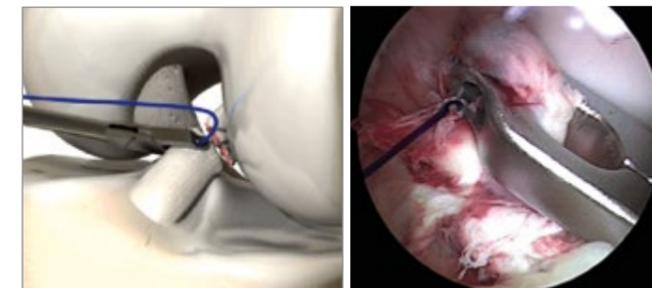


Abb. 1: Anschlingen des VKB-Stumpfes mit einem 2.0 PDS Faden
a) schematische Darstellung, b) arthroskopische Sicht

Anschließend wird mit einem tibialen Zielgerät ein K-Draht unmittelbar posterior des tibialen VKB-Ansatzes eingebracht. Der ventrotibiale Zugang

erfolgt knapp proximal des Pes anserinus superficialis. Der eingebrachte K-Draht wird mit einem 10 mm-Bohrer auf eine Tiefe von 3 cm überbohrt.

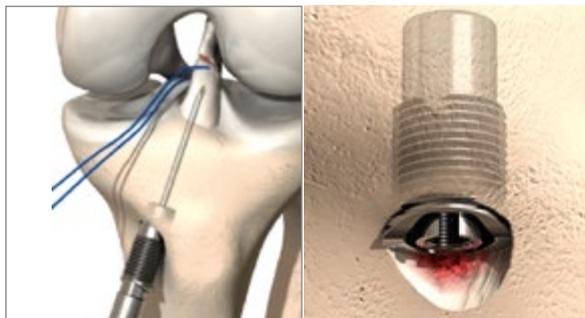


Abb. 2: a) Tibiale Bohrung mit 10 mm-Bohrer, b) eingeschraubter Ligamys-Monoblock.

In diesen Tunnel wird anschließend der Ligamys Monoblock eingebracht. Dieser sollte mit einem Abstand von 2–3 cm zum Tibiaplateau eingebracht werden (Abb. 2b). Nach Entfernung des K-Drahtes wird mittels eines Fadenschüttlers ein Durchzugsfaden tibial eingeführt und über das mediale Portal ausgeleitet. Nun erfolgt das Einbringen eines K-Drahtes mit Öse unter zur Hilfenahme eines femoralen Zielgerätes. Dieser sollte direkt zentral in der femoralen Insertion platziert werden. Mit Hilfe dieses Ösendrahtes werden sowohl die PDS-Nähte, als auch der tibiale Durchzugsfaden femoral ausgeleitet.



Abb. 3: Femorales Ausleiten der PDS Fäden und des Durchzugsfadens.

Nach Erweiterung des Hautschnittes auf circa 1 cm Schnittlänge und Einbringen einer Durchzugsöse erfolgt das retrograde Durchshutteln der Ligamys Kordel von femoral nach tibial bei gleichzeitiger Reposition des VKB Stumpfes und Spannung der PDS Fäden. Die PDS Fäden werden nun im K-Drahtloch aufgrund des zunehmenden Durchmessers der Ligamys-kordel verblockt und der Flippbutton fest am äußeren Kortex verankert. Mittels des normierten Tensioners wird nun in Extensionsstellung eine Vorspannung des Ligamys-Systems auf 60–80 N (je nach Konstitution des Patienten) eingestellt und der Faden mittels Madenschraube fixiert.

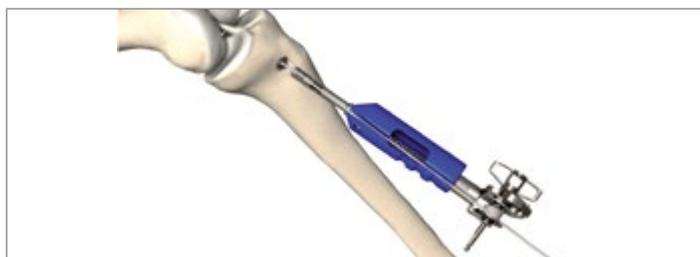


Abb. 4: Spannung des Ligamys Systems mittels Tensiometers.

Eine zusätzliche Mikrofrakturierung der interkondylären Notch soll die Heilung des Bandes begünstigen.

Nachbehandlung:

Bei isolierter VKB Ruptur werden die Patienten 4 Tage ohne Mobilisation in Mecronschiene nachbehandelt.

Ab dem 5. postoperativen Tag dürfen die Patienten ohne Einschränkung der Flexion mit Vollbelastung nachbehandelt werden.

Bei gleichzeitig durchgeführter Meniskusnaht orientiert sich das Schema an der Meniskuspathologie und wird somit individuell auf z.B. 6 Wochen Teilbelastung reduziert.

Erfahrungen und Ergebnisse:

In der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Universitätsklinik Münster wurden mit diesem Verfahren seit Juni 2013 mehr als 100 Patienten unter Studienbedingungen operiert und die OP-Ergebnisse prospektiv erfasst.

Bei Studieneinschluss wurden neben den klinischen Scores (Lysholm-, Tegner und IKDC), Alter, Größe, Gewicht, Unfallhergang, Intervall zwischen Trauma und Operation in Tagen, Operationszeit, Beweglichkeit und Pivot-Shift-Test erhoben. Die subjektive Zufriedenheit der Patienten wurde mit visueller Analogskala (VAS) ermittelt. Die anteriore tibiale Translation wurde im Seitenvergleich mittels KT-1000 gemessen. Intraoperativ erfolgte die Erhebung von Begleitverletzungen und die Einteilung der Rupturform in proximale, distale und Rupturen des mittleren VKB-Drittels. Weiterhin wurden die Rupturen nach Zustand des Synovialschlauches (intakt, > 50%, < 50%) und Auffaserungsgrad (ein Bündel, zwei Bündel, zerfetzt) bewertet. Das Rekonstruktionsergebnis wurde intraoperativ als anatomisch, fast anatomisch oder nicht anatomisch eingestuft. Eine Zwischenauswertung von 65 Patienten mit einem Mindest-Follow-up von 12 Monaten konnte folgende Ergebnisse liefern:

Scores/Tests	vor Verletzung	6 Wochen	6 Monate	12 Monate
Lysholm	99,6	83,1	87,7	91,6
IKDC	97,1	67,6	78,3	88,3
Tegner	6,0	2,0	4,5	4,8
Δ Lachmann (mm)	7,7 (nach Ruptur)	1,0	1,1	1,7
Patientenzufriedenheit (VAS)	–	6,9	7,5	8,0

Tabelle 1: Ergebnisse nach 6 Wo., 6 Mo. Und 12 Mo. nach OP.

Insgesamt konnten bei den 65 Patienten folgende Komplikationen festgestellt werden: 2 Re-ASKs aufgrund von Arthrofibrose, 2 Rerupturen nach erneutem Trauma, eine Insuffizienz ohne erneutes Trauma. Somit ermittelten wir eine Rezidivinstabilität nach 1,5 Jahren im beobachteten Kollektiv von 4,6%.

In allen Fällen der Rezidivinstabilität konnte eine erfolgreiche einzeitige konventionelle VKB-Rekonstruktion mittels Semitendinosussehnen-transplantat erfolgen.



Priv.-Doz. Dr. med. Mirco Herbort



Dr. med. Clemens Kösters