

Bohrer statt Säge bei O-Bein-OP

INTERVIEW Neue Methode zur Korrektur von Kniefehlstellungen

Hessisch Lichtenau – O-Beine sind ein orthopädisches Krankheitsbild, das längst nicht nur bei Fußballern anzutreffen ist.

Die Kniefehlstellung erhöht laut Tobias Radebold, leitender Oberarzt der Unfallchirurgie der Orthopädischen Klinik Hessisch Lichtenau, die Druckbelastung im inneren Gelenkabschnitt. Bei stärkerer Ausprägung steige das Arthroserisiko im Knie deutlich, sodass sowohl bei schon eingetretenem Schaden als auch bei deutlicher O-Bein-Stellung eine Operation seiner Ansicht nach sinnvoll ist. Der dafür etablierte Standard sei eine Korrektur knapp unterhalb des Kniegelenks, jedoch noch innerhalb des Bandapparates.

Da diese Technik seinen Angaben zufolge Nachteile aufweist, hat er ein anderes, minimalinvasives Verfahren etabliert und erklärt es im Interview.

Welche Probleme gab es mit der herkömmlichen OP-Methode?

Aufgrund der verwendeten Technik innerhalb des Innenseitenbandes wurden Teile dieses Bandes stark gedehnt oder mussten am Knochen abgelöst werden. Das Bein wurde oberhalb des Ansatzes der Kniescheibensehne geöffnet und durch das Aufklappen „rutschte“ die Knieschei-

be relativ zum restlichen Knie etwas weiter in Richtung Fuß. Dadurch nahm auch der Druck auf den Knorpel der Kniescheibe unerwünscht zu.

Weiterhin musste die Titanplatte, die das Knie stabilisiert, direkt in Nähe des Innenbands und wichtiger Sehnen eingesetzt werden. Das führte häufig zu Problemen nach der OP. Auch der Einsatz eines – später manchmal notwendigen – künstlichen Kniegelenks ist deutlich schwieriger.

Was haben Sie geändert?

Wir setzen einige Zentimeter tiefer an, unterhalb des Bandapparates. Damit fallen viele der genannten Probleme weg. Zum später vielleicht notwendigen Kunstgelenk können wir noch nichts sagen, da dies bislang noch nicht erforderlich war.

Ist dieser Ansatz völlig neu?

Die eigentliche OP-Technik existiert schon länger. Man gab sie aber auf – wahrscheinlich weil die Knochenheilung zu problematisch war. Heute besitzen wir ein deutlich besseres Verständnis dafür, wie wir den Knochen so durchtrennen, dass er zuverlässig heilt. Eine entscheidende Rolle spielt dabei die Knochenhaut. Sie wird bei unserer OP-Technik längs gespalten und



Wie bei einem Abreißblock: Mit einer Reihe von Bohrlöchern lässt sich die Knochenstellung kontrolliert korrigieren.

FOTOS/GRAFIK: ORTHOPÄDISCHE KLINIK HESSISCH LICHTENAU/INH

nicht durchtrennt.

Wie genau gehen Sie vor?

Wir verwenden keine Knochensäge, sondern schwächen den Knochen durch eine Reihe von Bohrlöchern, ähnlich der Perforationslinie eines Abreißblockes. Anschließend lässt sich die Knochenstellung kontrolliert korrigieren – mit nur minimaler Schädigung der Knochenhaut.

Gibt es weitere Vorteile?

Ja, zum Beispiel die höhere Patientensicherheit: Wenn

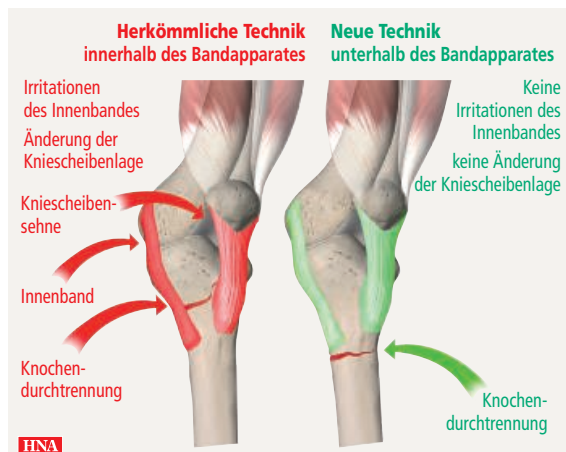
man wie bisher üblich den Knochen mit einer elektrischen Säge durchtrennt, besteht die Gefahr, in der Nähe liegende große Blutgefäße oder Nerven zu verletzen. Dieses Risiko geht durch unsere Bohrlochtechnik gegen null. Zusätzlich erfolgt die Korrektur über einen deutlich kleineren Schnitt, weil ich mit einem Bohrer wesentlich weniger Platz als mit einer Säge brauche. Die Größe des Hautschnittes von etwa zwei bis drei Zentimetern Länge wird von der Größe der Platte bestimmt, die ich zur

Stabilisierung einsetze. Bei der herkömmlichen Technik wird der Schnitt schnell doppelt so lang.

Welche Probleme traten bisher bei der neuen Technik auf?

Bislang keine. Wir operieren unsere Patienten seit über zwei Jahren mit dem neuen Verfahren und haben bislang keine Störungen der Knochenheilung oder andere Probleme gesehen. Das gilt auch für Raucher, bei denen die Knochen häufig schlechter heilen. Diese Technik ist übrigens auch zur Korrektur einer X-Bein-Fehlstellung geeignet.

OPERATIONEN AN X- UND O-BEINEN



ZUR PERSON

Tobias Radebold (48) stammt aus Ulm. Er hat seine Aus- und Weiterbildung an der Universitätsmedizin Göttingen gemacht und ist Facharzt für Chirurgie, spezielle Unfallchirurgie und Handchirurgie. Seit 2008 arbeitet er an der Orthopädischen Klinik Hessisch Lichtenau und ist seit 2013 leitender Oberarzt der Traumatologie. Neben der Hand- und Unfallchirurgie ist sein Schwerpunkt die minimalinvasive rekonstruktive



Gelenkchirurgie, insbesondere die Korrektur von Achsfehlstellungen der Beine und Arme sowie die Beckenkorrektur bei Hüftdysplasie. Radebold ist verheiratet und lebt in Hessisch Lichtenau.

Arbeiten Sie an einer weiteren Verbesserung des Verfahrens?

Ja. Da die Schnittgröße nur noch durch das Design der Stabilisierungsplatte bestimmt wird, sind wir sehr an deren Weiterentwicklung interessiert. Wir verhandeln bereits mit zwei Produzenten, um noch schlankere Platten zu entwickeln. Vielleicht gelingt es uns, die Schnittgröße auf ein bis zwei Zentimeter zu reduzieren.

mik