

Oper Orthop Traumatol 2015 · 27:5  
DOI 10.1007/s00064-014-0334-z  
Online publiziert: 28. Januar 2015  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

**M. Rudert**

Orthopädische Klinik König-Ludwig-Haus, Lehrstuhl für Orthopädie der Universität Würzburg

# Periprothetische Defekte am Knie

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Während die Zahl der primären Knieprothesenimplantationen zwischen 2005 und 2011 nur um 8,6% gestiegen ist, hat die Zahl der Revisionseingriffe am Kniegelenk im gleichen Zeitraum um 42,8% zugenommen [1]. Nach dem AQUA Qualitätsbericht 2013 wurden in diesem Jahr in Deutschland 126.898 Patienten mit einer primären Knieendoprothese versorgt. Ebenfalls in 2013 sind 17.224 Wechseloperationen an deutschen Krankenhäusern durchgeführt worden [2]. In einer Metaanalyse aus dem korrespondierenden Jahr 2011 wurde eine Meta-Revisionsrate von 4,4% errechnet. Somit handelt es sich beim Oberflächenersatz des Kniegelenks fraglos um einen dennoch sehr erfolgreichen Eingriff [3].

Kommt es zum Wechsel von Endprothesenteilen, geht dies immer mit einem Verlust von Knochen einher. Je öfter Prothesenteile gewechselt werden müssen, desto mehr Knochen geht verloren. Eine gebräuchliche Klassifikation des Anderson Orthopaedic Research Institute (AO-RI) zum Knochenverlust hat sich klinisch und wissenschaftlich durchgesetzt [4]. Intraoperativ kann diesem Knochenverlust auf unterschiedliche Weise begegnet werden. Kleinere Defekte bis 2 mm lassen sich dabei gut mit Knochenzement auffüllen.

» Größere Defekte sollten in der Regel mit metallischen Augmenten behandelt werden

Aber bereits bei größeren Defekten sollten metallische Augmente in der Regel in Form von Blöcken verwendet wer-

den. Welche Möglichkeiten es dabei gibt und wie auch andere metallische Knochenersatzkonstrukte angewendet werden können, sollen die Beiträge des Themenhefts „Periprothetische Defekte am Knie“ erhellen. Neben den klassischen Blöcken haben die Tantal-Konen ihren Platz gefunden, ebenso wie die Metall-Sleeves eine Möglichkeit darstellen, Defekte zu kompensieren. Sehr große kavitäre Defekte können aber auch mit allogem Knochenmaterial in der „Impaction-grafting“-Technik behandelt werden.

Jede Methode weist ihre spezifischen Vor- und Nachteile auf. Wir hoffen, die Beiträge tragen dazu bei, dem Leser einen Überblick zu geben und seine eigene Revisionsstrategie daran zu messen.



M. Rudert

## Korrespondenzadresse



**Prof. Dr. M. Rudert**  
Orthopädische Klinik König-Ludwig-Haus, Lehrstuhl für Orthopädie der Universität Würzburg  
Brettreichstr. 11,  
97074 Würzburg  
m-rudert.klh@uni-wuerzburg.de

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** M. Rudert gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

1. Bertelsmann-Stiftung. Regionale Unterschiede und deren Einflussfaktoren – Schwerpunkt Knieendoprothetik – Report der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie. Gütersloh 2013
2. AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH: Qualitätsreport 2013. Göttingen: AQUA-Institut GmbH 2014
3. Lützner J, Hübel U, Kirschner S et al. (2011) Langzeitergebnisse in der Knieendoprothetik: Metaanalyse zu Revisionsrate und funktionellem Ergebnis. Chirurg 82(7):618–624
4. Engh GA, Ammeen DJ (1999) Bone loss with revision total knee arthroplasty: defect classification and alternatives for reconstruction. Instr Course Lect 48:167–175