

Orthopäde 2014 · 43:957
DOI 10.1007/s00132-014-3032-5
Online publiziert: 2. Oktober 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

D. Pape¹ · R. Seil²

¹ Orthop. Klinik, Centre Hospitalier de Luxembourg, Akadem. Lehrkrankenhaus der Universität des Saarlandes, Luxembourg, Luxemburg

² Sports medicine Research Laboratory, Centre de Recherche Public-Santé, Luxembourg, Luxemburg

Kniegelenknahe Osteotomien

Neue Trends und neue Techniken

Im Jahre 2012 wurden in Deutschland rund 137.000 Patienten wegen einer fortgeschrittenen Gonarthrose operiert. Der Anteil der Osteotomiepatienten war hierbei mit 3,3% (4537 Eingriffe) sehr niedrig. Die Mehrzahl der Patienten wurde mit einer uni- (12.529 Eingriffe) oder bikompartimentalen Endoprothese (120.105 Eingriffe) versorgt.

Fachleute im deutschsprachigen Raum [3] und in Schweden [5] schätzen die Anzahl der aktiven und unter 60-jährigen Patienten, die besser mit einer Osteotomie statt einer Endoprothese versorgt worden wäre, auf etwa ein Drittel aller Gonarthrosepatienten.

» Es gibt ein großes Interesse an den gelenkerhaltenden Verfahren der Gonarthrosebehandlung

Gleichzeitig zeigt sich ein vermehrtes wissenschaftliches Interesse an den gelenkerhaltenden Verfahren der Gonarthrosebehandlung in ganz Europa [1–5]. Die Anzahl der Kurse und Fortbildungen ist in den letzten 10 Jahren sprunghaft angestiegen. Dieses vermehrte Interesse ist u. a. auch auf die Verfeinerung bestehender und die Entwicklung neuer Operationsmethoden und Osteosynthesetechniken zurückzuführen.

Darüber hinaus wurde die klassische Indikation für eine Osteotomie – die gelenkerhaltende Behandlung einer monokompartimentalen Gonarthrose – um weitere Diagnosen erweitert. Dies gilt sowohl für die Behandlung von Bandinstabilitäten durch Flexions- oder Extensionsosteotomien als auch für die protektive Beinachsenveränderung nach mark-

raumstimulierender oder knorpel- und meniskusersetzender Therapie.

Dieses Heft soll einen kurzen Überblick über die Entwicklungen bei der konservativen und operativ-gelenkerhaltenden Behandlung der Kniearthrose geben.



D. Pape



R. Seil

Literatur

1. Amis AA (2013) Biomechanics of high tibial osteotomy. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 21(1):197–205. doi: 10.1007/s00167-012-2122-3
2. Brinkman JM, Lobenhoffer P, Agneskirchner JD, Staubli AE, Wymenga AB, van Heerwaarden RJ (2008) Osteotomies around the knee: patient selection, stability of fixation and bone healing in high tibial osteotomies. *J Bone Joint Surg Br* 90:1548–1557
3. Lobenhoffer P (2008) Editors' foreword. In: Lobenhoffer P, Van Heerwaarden R, Staubli AE, Jakob RP (Hrsg) *Osteotomies around the knee*. Thieme, Stuttgart, SVII–VIII
4. Staubli AE, De Simoni C, Babst R, Lobenhoffer P (2003) TomoFix: a new LCP-concept for open wedge osteotomy of the medial proximal tibia – early results in 92 cases. *Injury* 34(Suppl 2):B55–62.
5. W-Dahl A, Robertsson O, Lidgren L (2010) Surgery for knee osteoarthritis in younger patients. A Swedish Register Study. *Acta Orthop* 81:161–164

Korrespondenzadressen



Prof. Dr. D. Pape
Orthop. Klinik, Centre
Hospitalier de Luxembourg
Akadem. Lehrkrankenhaus der
Universität des Saarlandes
78, rue d'Eich
1460 Luxembourg
dietrichpape@yahoo.de



Prof. Dr. R. Seil
Sports medicine Research
Laboratory, Centre de
Recherche Public-Santé
78, rue d'Eich
1460 Luxembourg
rseil@yahoo.com

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. D. Pape und R. Seil geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.