Kongress 2016 der VSOU

Ein kompaktes Wissenschaftsprogramm, klare politische Standpunkte und ein neues Nachwuchs-Format prägten die 64. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU) e.V. Fast 2.800 Teilnehmer reisten nach Baden-Baden, um die mehr als 400 Vorträge und Veranstaltungen zu hören. Für Orthopädie & Rheuma war unsere Mitarbeiterin Dr. Wiebke Kathmann (wk) vor Ort.

© Clemens Schußler/Fotolia.com

++ VSOU 2016 +++ VSOU 2016 +++ VSOU 2016 ++

Kristallarthropathien und Schulterendoprothetik

Bisher wurde der Chondrokalzinose und anderen Kristallarthropathien am Schultergelenk wenig Aufmerksamkeit geschenkt, wie Prof. Andreas Niemeier, Klinikum Bad Bramstedt, berichtete – nicht zuletzt, weil sie auf konventionellen Röntgenbildern schwer erkennbar sind. Wenn man allerdings genau genug hinschaut, läge die Prävalenz in arthrotischen Gelenken bei nahezu 100 %. Ein kausaler Zusammenhang gilt als wahrscheinlich, auch wenn die Frage nach Henne und Ei bisher nicht eindeutig geklärt ist. Dafür spricht die enge, altersunabhängige Korrelation zwischen

Gelenkknorpelkalzifizierung und Schweregrad einer Hüftarthrose, wie Niemeier erläuterte. Dies gelte auch für das nicht lasttragende Schultergelenk, wie der Orthopäde in einer eigenen Untersuchung herausfand: Mehr als 80 % der Untersuchten hatten eine milde Arthrose (OARSI < 3), 99 % eine unilaterale Kalzifizierung, fast 90 % eine bilaterale.

Niemeiers Fazit: Die Chondrokalzinose hat als bereits in jungen Jahren beginnende Systemerkrankung eine hohe Prävalenz mit häufig bilateraler Manifestation. Die Korrelation zwischen Kalkmenge und histologischer Knorpel-

schädigung ist ausgeprägt. Ein kausaler Zusammenhang mit der Entstehung der Glenohumeralarthrose ist wahrscheinlich, unter anderem, weil noch vor der makroskopisch sichtbaren Arthrose bei Kalziumpyrophosphat-Kalzifikationen histologisch Arthrosezeichen nachweisbar sind.

Im Hinblick auf eine prothetische Versorgung bei Patienten mit Chondrokalzinose ist daher davon auszugehen, dass „partial resurfacing“ und Hemiprothesen eine eher schlechte Prognose haben. Niemeier riet, immer auch einen Glenoidersatz durchzuführen und eine CTA (cuff tear arthropathy) bevorzugt invers und nicht anatomisch zu versorgen. wk

Neues zur Ruptur der Rotatorenmanschette

Rupturen der Rotatorenmanschette sind keine Seltenheit. Sie treten in 10–40 % der Fälle auf, sind aber nur in etwa 25 % revisionsbedürftig, wie PD Dr. Sepp Braun, Poliklinik für Sportorthopädie, Technische Universität München, berichtete. Durch die sogenannte Double-Row-Technik, idealerweise als medial geknotete Naht mit Brücke über der Manschette (Matratzennaht mit Brücken, weil biomechanisch stabiler als bei einzeln durchgestochenen und nicht geknoteten Fäden), konnte die Rupturrate tatsächlich verringert werden. Denn der Druck werde besser verteilt, was das Risiko des

medialen Ausreißens reduziere, erläuterte Braun in der Sitzung „Schulter/Rotatorenmanschette“. Ohne Kreuzung der Fäden liegt die Rupturrate mit 20–50 % signifikant höher als mit Brücken (19 %); durch knotenlose Technik kann sie bis auf 6 % gesenkt werden. Generell ist das Risiko für eine Ruptur von der Rupturgröße abhängig und bei fettiger Sehneninfiltration, Nikotinabusus, höherem Alter, Sehnenretraktion und einem Reststumpf der Sehne von < 15 mm erhöht.

Für das Medial-Row-Failure als neues Phänomen der Double-Row-Technik, bei dem es zum Aus-/Abreißen der Ro-

tatorenmanschettensehne am medialen Anker oder am Fixationspunkt kommt, nannte Braun folgende Risikofaktoren: zu hohe Vorspannung, Sehnenrestangulation mit verminderter Durchblutung durch zu enges Knoten, punktuellen Stress an der medialen Reihe und eine Situation mit zu weit medialer Naht (zu nah am muskulotendinösen Übergang). Wichtig sei es, die Art der Ruptur zu erkennen (halbmond- oder L-förmig), damit nicht das falsche Ende auf den Footprint gezogen und so die Sehne mit Sicherheit überspannt werde. Die Rotatorenmanschette sollte locker auf den Footprint reponierbar sein – und dies bei minimaler Abduktion. wk