Arthroskopie 2019 · 32:212

<https://doi.org/10.1007/s00142-019-0272-8>

Online publiziert: 4. April 2019

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Leserbrief zu

Petersen W, Karpinski K, Hees T, Bierke S (2019) Die minimal-invasive ALL-Plastik nach Lemaire. Arthroskopie 32(1):47–49. <https://doi.org/10.1007/s00142-018-252-4>

Werte Editoren, sehr geehrter Herr Prof. Imhoff und sehr geehrter Herr Prof. Lobenhoffer,

mit Freude haben wir die kürzlich erschienene Arbeit von Petersen et al. zur „minimal-invasiven ALL-Plastik nach Lemaire“ gelesen. Mit viel Wohlwollen nehmen wir zur Kenntnis, dass sich immer mehr Kollegen dieser doch sehr relevanten Thematik annehmen. Zudem freut es uns, dass diese, von uns seit mehr als 15 Jahren eingesetzte Technik durch die Autoren eine weitere Verfeinerung erfahren hat.

Dennoch mussten wir mit Verwirrung gewisse Unklarheiten hinsichtlich der dargestellten chirurgischen Anatomie und der verwendeten Nomenklatur feststellen.

Hat Lemaire damals wirklich schon eine Plastik des sog. anterolateralen Ligaments (ALL) beschrieben? Oder wäre es ggf. passender, von einer anterolateralen Stabilisierung bzw. Tenodese zu sprechen?

Des Weiteren haben wir mit Verwunderung festgestellt, dass die „ALL-Plastik“ nach Petersen et al. ihren Ursprung direkt am Tuberculum gerdii hat. Gibt es hinsichtlich der tibialen Insertionsanatomie des ALL, auch in Anbetracht der Flut an betreffenden Publikationen, neue anatomische Erkenntnisse? Nach unserem Wissensstand inseriert am Tuberculum gerdii nur der Tractus iliotibialis. Viel-

Andreas Weiler · Michael Wagner

sporthopaedicum Berlin, Berlin, Deutschland

Anterolaterale Stabilisierung

Kritische Betrachtung zur minimalinvasiven ALL-Plastik nach Lemaire

leicht ist es den Autoren entgangen, dass wir hier über zwei verschiedene Konzepte reden: Erstens über die isolierte Rekonstruktion des wenig relevanten ALL und zweitens über eine Tenodese des Tractus iliotibialis, mit der die Innenrotation wesentlich besser kontrolliert werden kann. Wir verweisen hierzu auf die Arbeit von Kittl et al. [1].

Ein wesentlicher Kritikpunkt an der Technik von Petersen et al. ist jedoch der femorale Verlauf des Streifens aus dem Tractus iliotibialis. Petersen et al. führen diesen peripher zum lateralen Kollateralband. Die historische Analyse der Techniken nach Lemaire, Ellison und McIntosh zeigt aber, dass die Autoren schon damals Wert darauf gelegt haben, den Traktusstreifen unterhalb des lateralen Kollateralbands (LCL) einzuziehen. Eine weitere Arbeit von Kittl et al. [2] konnte zeigen, dass dies einen entscheidenden Schritt bei der anterolateralen Stabilisierung darstellt, um einen sog. Pulley-Effekt zu erzielen.

Vielleicht können die Autoren hier ein wenig mehr Licht in das Dickicht der aktuellen Diskussion zum Thema anterolaterale Instabilität bringen.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. Andreas Weiler und Dr. med. Michael Wagner
sporthopaedicum Berlin

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Andreas Weiler
sporthopaedicum Berlin
Bismarckstraße 45–47, 10627 Berlin,
Deutschland
weiler@arthroskopie.de

Interessenkonflikt. A. Weiler und M. Wagner geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Kittl C, El-Daou H, Athwal KK, Gupta CM, Weiler A, Williams A, Amis AA (2016) The role of the anterolateral structures and the ACL in controlling laxity of the intact and ACL-deficient knee. Am J Sports Med 44(2):345–354. <https://doi.org/10.1177/0363546515614312>
2. Kittl C, Halewood C, Stephen JM, Gupta CM, Weiler A, Williams A, Amis AA (2015) Length change patterns in the lateral extra-articular structures of the knee and related reconstructions. Am J Sports Med 43(2):354–362. <https://doi.org/10.1177/0363546514560993>