Arthroskopie 2020 · 33:403

<https://doi.org/10.1007/s00142-020-00415-w>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

Redaktion

R. El Attal

F. Dirisamer

R. El Attal¹ · F. Dirisamer²

¹ Orthopädie und Unfallchirurgie, Sporttraumatologie, Landeskrankenhaus Feldkirch, Akademisches Lehrkrankenhaus, Feldkirch, Österreich

² Orthopädie & Sportchirurgie, Linz-Puchenu, Österreich

Patellofemorales Gelenk

Liebe Leserinnen und Leser,

in den vergangenen 10 Jahren wurden für viele patellofemorale Pathologien neue Behandlungsstrategien entwickelt, die teilweise sehr stark vom Althergebrachten abweichen. Aufgrund der speziellen anatomischen Voraussetzungen dieses Gelenks, des einzigartigen Zusammenspiels von aktiven und passiven Stabilisatoren sowie einer großen Zahl an zusätzlichen Einflussfaktoren fehlen nach wie vor klinische und experimentelle Studien mit größeren Fallzahlen, hohem Evidenzlevel und direkter Vergleichbarkeit.

Sehr unterschiedliche Herangehensweisen in Europa und den USA machen die Datenlage nicht übersichtlicher.

» Für jeden Patienten muss ein individueller Behandlungsplan erstellt werden

Somit muss man sich mit hier vorgestellten Behandlungsalgorithmen behelfen, die das vorhandene Wissen kondensieren, um bestmögliche Ergebnisse zu erzielen. Diese können jedoch nicht als starre *Kochrezepte* gelesen werden, sondern geben die Richtung an. Für jeden einzelnen Patienten müssen jedoch die verschiedenen Faktoren gewichtet und ein individueller Behandlungsplan erstellt werden.

Klarer geworden sind die Biomechanik und die radiologische Abklärung des patellofemorales Gelenks (PFG), die zu Beginn erläutert werden. Der klinische Bogen spannt sich von der Instabilität des Erwachsenen, über den vorderen Knie-

schmerz bis hin zur Arthrose und zum Gelenkersatz.

Mithilfe von Instabilitätsscores gelingt heute eher eine Einschätzung, ob nach Erstluxation konservativ behandelt werden soll oder ob nicht das hohe Rezidivrisiko eine Operation bereits nach der ersten Luxation rechtfertigt.

Da häufig Kinder mit offenen Wachstumsfugen von Instabilität betroffen sind, haben wir diesen ein eigenes Kapitel gewidmet. Vielen jungen Patienten kann heute – auch operativ – geholfen werden, denen wir früher nur raten konnten abzuwarten, bis sie ausgewachsen sind. Diese können heute früher zurück zu unbeschwerter Bewegung und Sport und damit zu sozialer Integration.

Der vordere Knie Schmerz gehört nach wie vor zu den großen Herausforderungen des behandelnden Arztes. Ein Update zu Abklärung und Behandlungsoptionen finden Sie im fünften Beitrag.

Verbliebene Instabilität, Trauma und/oder abnorme Druckbelastungen des Gelenkknorpels können zur isolierten Arthrose des PFG führen. Im letzten Beitrag wird daher die stadiengerechte Therapie der Arthrose in diesem Gelenk vorgestellt und diskutiert.

In diesem Sinne hoffen wir, Ihr Interesse für dieses Thema geweckt zu haben und wünschen Ihnen Vergnügen bei der Beschäftigung mit diesem – bis heute – sehr *kontrovers* diskutierten Gelenk.

PD Dr. René El Attal
Dr. Florian Dirisamer

Korrespondenzadresse

PD Dr. R. El Attal

Orthopädie und Unfallchirurgie, Sporttraumatologie, Landeskrankenhaus Feldkirch, Akademisches Lehrkrankenhaus
Carinagasse 47, 6800 Feldkirch, Österreich
Rene.ElAttal@lkhf.at

Interessenkonflikt. R. El Attal und F. Dirisamer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.