

LEADING OPINIONS

Zeitschrift für Orthopäden, Rheumatologen und Unfallchirurgen

Jahrgang 5
Juni 2010

Orthopädie

ISSN 1991-279X

2|2010



Die optimale KTEP:
Design oder Operationstechnik?

Seite 24



J. Leuzinger, Pfäffikon

Schulterchirurgie

Geschicklichkeit ist die Wurzel des Erfolgs

Die Spezialisierung innerhalb der Orthopädie und Traumatologie schreitet weiter voran. Im Rahmen der DePuy Surgery Week, die von 22.–26. März in Wien 130 Ärzten die Möglichkeit zur Fortbildung bot, hatten wir Gelegenheit, einen der kreativsten Schulterarthroskopeure der Schweiz, Dr. med. Jan Leuzinger, Pfäffikon, zu einem Gespräch zu treffen.

Wie beurteilen Sie die Entwicklung in der Schulterarthroskopie im Vergleich zur Kniearthroskopie und Hüftarthroskopie?

J. Leuzinger: Prinzipiell bietet die Arthroskopie im Schultergelenk mehr Spielraum für operative Versorgungsmöglichkeiten als vergleichsweise die Arthroskopie des Knies oder der Hüfte. Speziell die Arthroskopie der Hüfte schreitet im Moment rasant voran. Aufgrund der Pathologien der Hüfte sind jedoch die Möglichkeiten eher limitiert. Im Rahmen der Schulterarthroskopie hat der Operateur einen grösseren Spielraum hinsichtlich der unzähligen Möglichkeiten der Weichteileingriffe. Vermutlich können mittelfristig alle Eingriffe im Bereich der Schulter ausser der Prothetik arthroskopisch durchgeführt werden.

Wie viel Prozent der Rotatorenmanschettenverletzungen werden heute noch offen operiert?

J. Leuzinger: Bei uns an der etzelclinic werden unter 2% offen operiert. Wir benutzen die offene Technik eigentlich nur mehr für Lappenplastiken. Pro Jahr

führen wir zirka 500 Schulteroperationen durch, davon sind 200–300 Manschetteneingriffe mit 3–4 Lappenplastiken.

Prof. Christian Gerber von der Uniklinik Balgrist hat die arthroskopische Versorgung zum heutigen Goldstandard erklärt. Dies bestätigt auch die rezente Li-



Dr. med. Jan Leuzinger von der etzelclinic bei der Schulterarthroskopie anlässlich der DePuy Surgery Week in Wien

teratur. Aus anderen Informationen wissen wir aber, dass das Gros der schwierigen Eingriffe noch immer offen operiert wird.

Welche operativen Möglichkeiten bestehen hier bei Rotatorenmanschettenruptur (RMR)? Und welcher Technik geben Sie den Vorzug?

J. Leuzinger: Heute können fast alle rekonstruierbaren Manschetten arthroskopisch versorgt werden. Aus der Literatur geht jedoch hervor, dass bei älteren Patienten und jenen mit Voroperationen die Rerupturrate erhöht ist. Aus diesem Grund besteht schon lange der Wunsch, dass die Sehnen verstärkt werden können. Arthroskopische Augmentationen mit Verstärkungspatch wurden seit dem Jahre 2005 publik. Initial wurden vor allem Xenografts eingesetzt. Es zeigte sich aber, dass Fremdkörperreaktionen und zu schnelle Resorbierbarkeit nur mässige Resultate brachten. Ich verwende heute einen synthetischen Patch aus einem Polyurethan-Geflecht. Dieser wird im Rahmen einer Studie nachkontrolliert. Es handelt sich um ein rein synthetisches Produkt mit ausgezeichneten mechanischen Eigenschaften, das teilresorbierbar, aber ohne immunologische Antwort ist.

Welche Bildgebung verwenden Sie zur Diagnose?

J. Leuzinger: Nebst dem konventionellen Röntgen führen wir standardmässig Arthro-MRI-Untersuchungen mit Kontrastmittel durch. Diese ermöglichen uns einerseits die Qualität der Muskula-

tur und andererseits die Qualität der Sehne zu beurteilen. Die Grösse der Ruptur ist im MRI schwierig beurteilbar. Die Beurteilung wird hier in meinen Augen massiv überschätzt. Die Ultraschalluntersuchungen verwenden wir nicht mehr standardmässig.

Wie beurteilen Sie die Double-Row-versus Single-Row-Technik?

J. Leuzinger: Die Single-Row-Technik sollte nur noch bei Partialrupturen zum Einsatz kommen. Aufgrund der Studienlage sollte bei einer Totalruptur das Doppelreihenverfahren gewählt werden.

Welche Technik der arthroskopischen Rekonstruktion der RM sagt Ihnen am meisten zu?

J. Leuzinger: Grundsätzlich funktioniert der arthroskopische Verschluss entweder transossär oder mittels Anker, ich persönlich arbeite mit Anker in einer 2- bis 3-Reihen-Technik. Ich kombiniere die Vorteile der neuen Suture-Bridge-Technik mit dem klassischen Verfahren. Denn durch die Suture-Bridge-Technik wird das Interface zwischen Sehnen und Knochen extrem rigide und man verliert die Vorteile der ehemaligen 2-Reihen-Technik, indem man die laterale Reihe nicht mehr über das Tuberculum spannen und die mediale Reihe entlasten kann. Daher kombiniere ich das klassische Doppelreihenverfahren, nehme die medialen Fäden und mache in einer 3. Reihe noch eine Suture-Bridge. Somit erreiche ich die gewünschte Spannung, habe das Gewebe am richtigen Ort und die passende Rigidität.

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit die arthroskopische Rekonstruktion gelingt?

J. Leuzinger: Die einzige sichere Kontraindikation ist eine Omarthrose. Weitere Ausschlusskriterien sind sicher eine fettige Infiltration, eine ausgedehnte Atrophie oder eine Denervation der Rotatorenman-

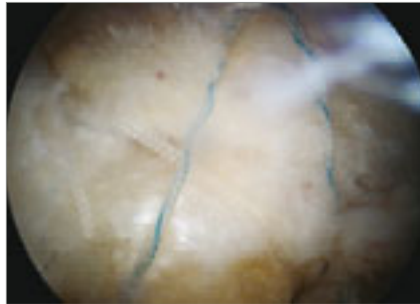


Abb. 1: RM-Rekonstruktion

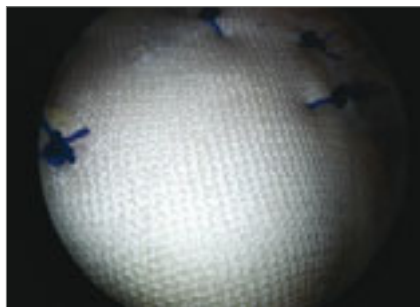


Abb. 2: RM-Rekonstruktion mit Patch

schettenmuskulatur. Im Falle einer Omarthrose in Kombination mit einer ausgedehnten Ruptur ist für mich die Implantation einer inversen Prothese die Lösung.

Welchen Stellenwert hat die anatomische Prothese bei der ausgedehnten RMR?

J. Leuzinger: Ich setze sie bei ausgedehnten Rotatorenmanschettenrupturen nicht ein. Bei jüngeren Patienten ist eine Rotatorenmanschette immer rekonstruierbar, eventuell mit Augmentation oder mit Lappenplastiken. Bei Patienten über 60 Jahren gibt es für mich keine Kontraindikation für eine inverse Prothese.

Welchem inversen Schulterprothesensystem geben Sie den Vorzug?

J. Leuzinger: Ich verwende zurzeit die inverse Schulterprothese Delta Xtend von der Firma DePuy. Für mich ist sie als inverse Prothese der 3. Generation das beste Produkt auf dem Markt mit den meisten Möglichkeiten:

So hat sie eine extrem hohe Variabilität in Kopfgrössen und Kopfzentrierung und damit kann das Notching ausgeschlossen werden. Möglichkeiten der Anpassung der Epiphyse an den Schaft ermöglichen exzentrische Epiphysen und eine bessere anatomische Abdeckung.

Wir danken für das Gespräch!

Das Gespräch führte Dr. Christine Dominkus

Unser Interviewpartner:

Dr. med. Jan Leuzinger,
etzelclinic

8808 Pfäffikon

E-Mail: leuzinger@etzelclinic.ch

LOort100244

2. JAHRESTAGUNG DER ÖSTERREICHISCHEN
GESELLSCHAFT FÜR TUMORORTHOPÄDIE

Skelett- metastasen

aus interdisziplinärer Sicht

Amsos
Austrian Musculoskeletal Oncology Society

19.–20.11.2010, Congresspark Igls, Tirol

VERANSTALTER:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Bernd Stöckl,
Vorstand der Orthopädischen Abteilung im LKH Klagenfurt, Kongresspräsident

Univ.-Prof. Dr. Martin Krismer,
Vorstand der Universitätsklinik für Orthopädie Innsbruck, Med. Universität Innsbruck

Univ.-Prof. Dr. Martin Dominkus, Univ.-Klinik für Orthopädie, Med. Uni. Wien, Präsident AMSOS

GESAMTORGANISATION:

convention.group
Donauwörther Straße 12/1, 2380 Perchtoldsdorf
T: +43 1 869 21 23 512 | F: +43 1 869 21 23 510
office@conventiongroup.at | www.conventiongroup.at

convention.group
eine unit der ghost.company