

Kreuzbandruptur

Die Kreuzbänder, das vordere und das hintere, nehmen im Kniegelenk eine zentrale Stellung ein. Sie stabilisieren das Knie nach vorne und hinten, kontrollieren aber teilweise auch die Rotation. Von einem Kreuzbandriss, auch Kreuzbandruptur genannt, spricht man bei einem teilweisen oder vollständigen Riss(Ruptur) eines oder beider Kreuzbänder. In den meisten Fällen ist das vordere Kreuzband betroffen. Die Diagnose meist bereits bei der ersten Untersuchung gestellt werden. Trotzdem führen wir regelmässig eine Magnet-Resonanz-Tomografie (MRT) durch, um Begleitverletzungen nicht zu übersehen.

Bei Kindern reisst häufig nicht das Band, sondern das Band wird mitsamt einem Knochenstückchen des Unterschenkels am Ansatz ausgerissen.

Bei diesen Verletzungen reicht bereits ein normales Röntgenbild, um die korrekte Diagnose zu stellen.

Symptome

Häufig ist das Unfallereignis, welches zur Ruptur des vorderen Kreuzbandes führt klar darstellbar. Schmerzen und ein Gelenkserguss werden meist beobachtet. Ein rupturiertes vorderes Kreuzband kann das Kniegelenk destabilisieren. Patienten fühlen sich unsicher auf dem betroffenen Kniegelenk, knicken teilweise ein oder verspüren sogar das Gefühl, als würde ihr Knie aushängen.

Therapie

Ein knöcherner Ausriss des vorderen Kreuzbandes wird in einer Gipsschiene genügend behandelt, falls sich eine genügende Korrektur der Knochenfragmente einstellen lässt. Falls nicht, sollte dieser Knochenbruch so bald als möglich durch eine Arthroskopie optimal reponiert werden. Grundsätzlich behandeln wir alle anderen Kreuzbandrupturen primär konservativ. 6 Wochen nach Unfall führen wir eine erneute Einschätzung durch.

Die isolierte inkomplette Ruptur des vorderen Kreuzbandes hat vielfach eine sehr gute Prognose ohne Operation. Es verfügt über Potential sich zu regenerieren.

Die isolierte komplette Ruptur hat kein Potential zur Regeneration. Es wird entweder resorbiert, oder es verklebt sich mit dem hinteren Kreuzband. Im besten Fall entsteht somit eine genügende Stabilität. Grundsätzlich ist die Prognose der Ruptur des vorderen Kreuzbandes bei Kindern schlechter als bei Erwachsenen. Die Ursache hierfür dürfte im erhöhten Gelenkspiel und der vermehrten Aktivität zu finden sein. Klagt ein Patient nach erfolgtem physiotherapeutischen Aufbau weiterhin über Instabilitäten im Kniegelenk empfehlen wir die Ersatzplastik des Kniegelenkes. Sind Begleitverletzungen, z. B. Meniskusläsionen ersichtlich kann die konservative Haltung nicht aufrechterhalten werden.

Technik

Im Unterschied zu den Erwachsenen findensich bei Kindern offene Wachstumsfugen, welche eine „Erwachsenen-Technik“ der Rekonstruktion verunmöglichen. Das gleiche Vorgehen würde die Fugen in einem Umfang verletzen, welche mit Wachstumsstörungen und Fehlstellung des Kniegelenkes einhergehen könnte.

Wir benutzen deshalb eine modifizierte „kindgerechte“ Operationsmethode, welche wir arthroskopisch durchführen. Als Ersatztransplantat wird ein ca. 7cm langes Stück der Quadrizepssehne aus dem Kniestreckapparat benutzt. Das entnommene Transplantat wird über zwei Bohrlöcher in Unter- und Oberschenkelknochen an den korrekten Ort gebracht und mittels zweier Schrauben fixiert.

Nachbehandlung

Die Physiotherapie betreut alle Patienten intensiv bereits in den ersten Stunden nach der Operation. Diese Betreuung sollte auch bei Austritt für min. 6 Wochen sichergestellt werden. Von Anfang an ist die Vollbelastung erlaubt (genaues Protokoll siehe Physiotherapie-Merkblatt). Im Schnitt beträgt die Hospitalisation ca. 5-7 Tage. Nach 6 Wochen wird die erste klinische Kontrolle in unserer Sprechstunde durchgeführt.

Dispensationen

Sport: 6 Monate

Schule: 2 Wochen

Arbeit, je nach Belastung: 100% 4-6 Wochen