



Dr. Gerhard Ascher  
Dr. Holger Ertelt  
Dr. Christoph Maluche  
Dr. Thomas Katzhammer  
PD Dr. Clemens Baier  
Ulrich Kreuels  
Peter Hopp

## Orthopädie Regensburg MVZ

### Zusätzlicher Aufklärungsbogen zur Stabilisierung der Kniescheibe mit sog. MPFL-Rekonstruktion mit Gracilissehne

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir bitten Sie, trotz der bereits in der Praxis erfolgten Aufklärung, zu Hause in Ruhe diesen zusätzlichen Bogen durchzulesen und bei Fragen oder Unklarheiten nochmals mit uns Rücksprache zu nehmen.

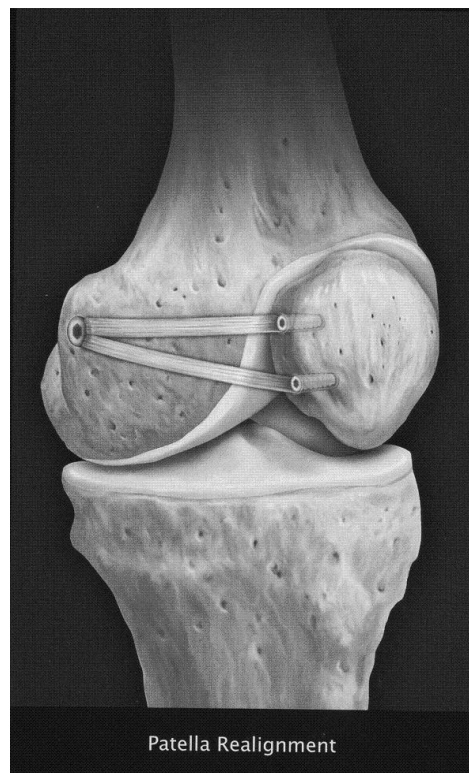
#### Vorbemerkung:

Bei frischer oder chronischer Kniescheibenverrenkung ist meist der innere Stabilisationsapparat der Kniescheibe zerrissen. Es ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass das Ligamentum patello femorale mediale (MPFL) im strecknahen Zustand der Hauptstabilisator gegen die Verschiebung der Kniescheibe nach außen und Luxation ist. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, das MPFL zu rekonstruieren, um die Stabilität der Kniescheibe wiederherzustellen. Immer wieder auftretende Kniescheibenverrenkungen schädigen den Knorpel der Kniescheibenrückfläche und des Kniescheibengleitlagers und führen zu einer Arthrose im Kniescheibenrückflächengelenk.

Zusammenfassend ist Ihre Entscheidung für eine Rekonstruktion des MPFL grundsätzlich zu befürworten. Je früher der Eingriff stattfindet, umso weniger Folgeschäden sind zu erwarten und umso besser ist in der Regel das Ergebnis. Bei bereits vorhandener Kniescheibenrückflächenarthrose wird die Operation zwar ein weiteres Fortschreiten vermindern, aber mit Sicherheit keine Beschwerdefreiheit mehr beschaffen können.

#### Technisches Vorgehen:

Wir verwenden als Ersatz für das MPFL in Ihrem Fall die Gracilissehne, die von der Innenseite des Unterschenkels zum Oberschenkel hochzieht. Die Sehne weist eine durchschnittliche Länge von 16-22 cm auf. Die Entnahmefolgen entsprechen lokal einem Muskelbündelriss und bedürfen der Schonung von ca. 1 Woche. Länger dauernde Beschwerden oder wesentlich nachteilige Folgen durch die Entnahme der Gracilissehne sind nur selten zu beobachten. Für die Entnahme der Sehne ist ein etwa 2-3 cm langer Hautschnitt 5 cm unterhalb des Kniegelenkspalts und 2 cm innenseitig neben dem Ansatz der Kniescheibensehne notwendig. Die Sehne wird an beiden Enden mit einem resorbierbaren Faden auf 10 mm angeschlossen. Anschließend wird ein zweiter 2 cm langer Hautschnitt am inneren Rand der Kniescheibe gesetzt. Von hier aus wird die Schicht, in dem das MPFL verläuft, präpariert und zum Oberschenkel hin dargestellt. Ein dritter, ca. 1 cm langer Schnitt wird an der Innenseite der Oberschenkelrolle platziert. Anschließend wird unter Bildwandlerkontrolle die anatomische Position des Ansatzes des MPFL dargestellt, mit einem Draht markiert. Dieser Draht wird überbohrt. Anschließend wird der innere Kniescheibenrand präpariert, es wird jeweils ein Kirschnerdraht am Oberrand der Kniescheibe sowie 15-20 mm darunter platziert und mit einem 4 mm Bohrer überbohrt.



Die beiden Sehnenenden werden mit einem Spezialanker in der Kniescheibe fixiert, danach wird die Sehnenschleife in der vorher präparierten Schicht über einen Faden vorgelegt und in das Bohrloch in der Oberschenkelrolle eingezogen. Nachdem gewährleistet ist, dass durch die MPFL-Spannung sich der Außenrand der Kniescheibe mit dem Außenrand der Gleitrinne auf einer Höhe befindet, wird die Sehne mit einer Schraube im Bohrloch fixiert.

Spezielle Komplikationsmöglichkeiten:

Mit den üblicherweise möglichen Komplikationen der Thrombose und der Infektion und Nachblutung wurden Sie bereits im allgemeinen Aufklärungsbogen zur arthroskopischen Gelenkoperation vertraut gemacht.

Zusätzlich kann es bei der beschriebenen MPFL-Rekonstruktion zu Schäden am Verankerungskanal kommen, die keine Übungsstabilität und keine Frühbelastbarkeit erlauben. Es ist dann unter Umständen eine kurzfristige Ruhigstellungsphase notwendig. Sehr selten kann es zum völligen Versagen der Verankerung kommen (fehlerhafte Platzierung, Bruch der Bohrkanalwandung, Riss der Sehne oder Fäden), was einen Korrekturingriff erfordert. Bereits bei minimaler Fehlplatzierung der Bohrkanäle kann es zu einer leichten endgradigen Bewegungseinschränkung für Beugung oder Streckung kommen.

In seltenen Fällen stellt sich eine ungewöhnlich starke Gelenkvernarbung ein. Es bildet sich dann trotz sofortiger Mobilisation und krankengymnastischer Übung eine stärkere Bewegungseinschränkung aus. In der Regel können diese unerwünschten Verläufe durch eine erneute Operation mit Entfernung der Narben zu einem guten Ausheilungsergebnis geführt werden.

Das Grazilistransplantat heilt in der Regel innerhalb der ersten 8 Wochen sicher ein.

Spezielle Hinweise zur Nachbehandlung:

Die verwendete Verankerung der Sehne ergibt bei komplikationsfreiem Verlauf eine ausgezeichnete Anfangsstabilität. Zusätzlich wächst die Sehne in den ersten 8 Wochen in die Bohrkanäle ein. Aus diesem Grund kann ab dem 1. postoperativen Tag eine aktive Übung im Bewegungsausmaß 0°-90° durchgeführt werden. Bis zur Wundheilung sollte eine Teilbelastung mit 15 kg erfolgen (Abrollen). Die Belastung kann dann an den Schmerz angepasst gesteigert werden. Nach 6 Wochen wird die Bewegung freigegeben und es kann mit leichten Aktivitäten, wie Laufen und Fahrradfahren, begonnen werden. Die volle sportliche Aktivität ist erst nach 3 Monaten erlaubt.

**Bitte bestätigen Sie Ihr Einverständnis zur MPFL-Rekonstruktion mit Ihrer Unterschrift auf diesem Aufklärungsbogen.**

**Zusätzlich bitten wir Sie, auch die Einverständniserklärung für ambulante arthroskopische Operationen nach Klärung aller offenen Fragen zu unterzeichnen.**

Ich wurde durch meinen behandelnden Orthopäden persönlich aufgeklärt und beraten. Zusätzlich habe ich dieses Informationsblatt gelesen und bin mit dem Vorgehen vertraut und einverstanden.

---

**Ort / Datum / Unterschrift: Patient/-in**

**Aufklärender Arzt**