

Leseempfehlung AGA Research Komitee

Titel: Management of traumatic meniscus tears: the 2019 ESSKA meniscus consensus

Autoren: Kopf S., Beaufils P., Hirschmann M.T., Rotigliano N., Ollivier M., Pereira H., Verdonk R., Darabos N., Ntagiopoulos P., Dejour D., Seil R., Becker R.

Referenz: Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2020 Feb 13. doi: 10.1007/s00167-020-05847-3

Hintergrund: Nachdem 2016 bereits eine Konsensarbeit zu degenerativen Meniskuläsionen publiziert wurde, hat sich dieselbe Arbeitsgruppe der ESSKA nun mit traumatischen Meniskusrissen auseinandergesetzt. Ein Grund hierfür lag in der Tatsache, dass die Zahlen zu Meniskusrissen welche als refixierbar gelten teils deutlich von den tatsächlichen Meniskusnähten abweichen. Umgekehrt bedeutet dies, dass zahlreiche Meniskusrisse teilreseziert werden, obwohl ein Erhaltungsversuch entsprechend der aktuellen Evidenz indiziert wäre. Dies führt letztendlich zu einem deutlich erhöhten Arthroserisiko und geringerem Aktivitätsniveau. Gründe für diese Disparität liegen unter anderem in einer schnelleren Rückkehr zu Alltagsaktivitäten, der Kosteneffizienz sowie einer weniger aufwendigen Nachbehandlung nach Meniskusteilresektion aber auch an der allgemeinen Meinung, dass z.B. ältere oder größere Risse sowie solche bei übergewichtigen Patienten nicht genäht werden sollten.

Fragestellung: Ziel der folgenden Arbeit war es, einen Konsens basierend auf der aktuellen Evidenz hinsichtlich Therapieoptionen in Abhängigkeit von patienten- und rupturspezifischen Faktoren bei traumatischen Meniskusrissen zu finden.

Zusammenfassung Ergebnisse:

Traumatische Meniskusrisse stehen in einem direkten Zusammenhang mit einem adäquaten Trauma sowie plötzlichem Eintritt der Symptome. Grundsätzlich muss zwischen stabilen und instabilen Rissen unterschieden werden. Instabile Risse sind solche, welche sich über den Äquator des Femurkondylus nach anterior luxieren lassen bzw. Radiärrisse. Grundsätzlich sollte für die Diagnose eines traumatischen Meniskusrisses eine Kombination von mehreren Meniskustests durchgeführt werden, während ein MRT nicht zwingend notwendig, jedoch hilfreich ist. Ob ein MRT zur Beurteilung der Heilung nach Meniskusnaht sinnvoll ist, kann nach aktueller Evidenz nicht klar beantwortet werden. Das Ergebnis nach Meniskusnaht hängt nicht unwesentlich davon ab, wo der Riss liegt. So ist bekannt, dass die Heilungsrate in Zone 1 und 2 am höchsten ist. Dennoch wurden teils gute Ergebnisse nach Naht in der 3. Zone beschrieben, sodass die Gruppe empfiehlt, dass ein Riss in Zone 3 nicht als Kontraindikation für einen Erhaltungsversuch zu werten ist. Auch das Ausmaß des Risses, das Patientenalter, BMI oder körperliche Aktivität sollten nicht als Kontraindikation für eine Naht gelten. Stabile Vertikalrisse im Hinterhorn des lateralen Meniskus können potentiell unbehandelt belassen werden, wohingegen instabile Risse sowie Radiärrisse und posteriore Wurzelavulsionen genäht werden sollten.

Bezüglich des OP – Zeitpunktes empfehlen die Autoren eine möglichst frühe Intervention. Dennoch sollte auch bei chronischen Rissen ein Nahtversuch durchgeführt werden. In Fällen wo eine Korbhakenruptur mit einer vorderen Kreuzbandverletzung vorliegt, empfehlen die Autoren eine einzeitige Adressierung der Meniskus- und Kreuzbandverletzung.

Bezüglich biologischer Augmentation von Meniskusnähten gibt es aktuell relativ wenig Evidenz. Die Verwendung eines Fibrinklebers könnte empfohlen werden, aber hierzu gibt es nur zwei ältere Studien von einer Arbeitsgruppe.

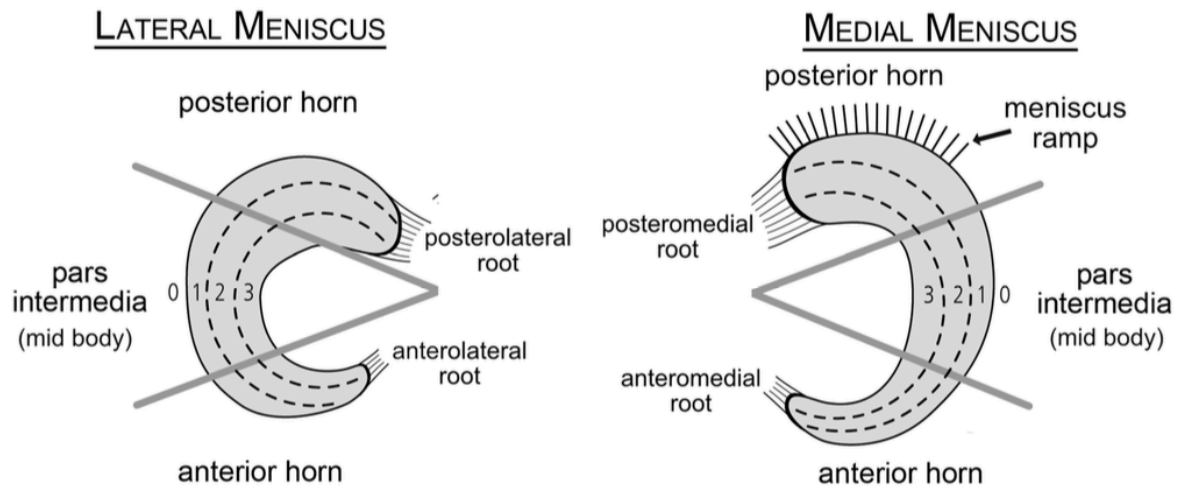


Abb.: Empfohlenes Klassifikationsschema für Meniskusrupturen in Anlehnung an die Cooperzonen.

Schlussfolgerung:

Die Autoren dieser Konsensusarbeit empfehlen klar, einen Meniskuserhaltungsversuch durchzuführen wann immer es möglich erscheint, um letztendlich die Arthroseprogression zu reduzieren. Wichtig ist, dass weder das Alter, noch der BMI oder die Länge der Meniskusrisse als Kontraindikation für eine Naht angesehen werden sollten.