

**Fachgebiet:** Orthopädie/Unfallchirurgie  
**Diagnose:** Osteochondrosis dissecans tali  
**Titel:** Operative Therapieoptionen bei Osteochondrosis dissecans tali  
**Autor:** Dr. med. Gereon Schiffer  
**Verfahren:** 011/13 - Stand der Veröffentlichung: 10.02.2014

## Der Fall

Der Patient knickte erstmals 2007 um, 2008 kam es zu einer erneuten Verletzung des linken Sprunggelenkes beim Snowboardfahren. Im Februar 2009 erfolgte die erste Vorstellung in der beklagten Klinik bei belastungsabhängigen starken Schmerzen und geringen Ruheschmerzen. Der Patient brachte zur Untersuchung eine Kernspintomographie mit, welche eine Osteochondrosis dissecans tali an typischer medialer Lokalisation zeigte. Der tiefe Defekt (Stadium IV) wurde mit 20x12mm gemessen. Die beklagte Klinik empfahl ein operatives Vorgehen mit Knorpel-Knochenzylinder-Transplantation. Hierzu existierte ein ausführlicher Indikationsbrief.

Am 12.3. erfolgte die Knorpel-Knochenzylinder Transplantation aus dem linken Kniegelenk über eine Innenknöchelosteotomie. Der Defekt im Kniegelenk wurde mittels Beckenkammzylinder aufgefüllt. Intraoperativ wurde eine Defektgröße von 20x10mm angegeben. 9 Tage postoperativ wurde der Patient bei reizlosen Wundverhältnissen unter einer Teilbelastung mit 20kg entlassen.

Auf den postoperativen Aufnahmen erkennt man die Schraubenosteotomie der Innenknöchelosteotomie, das eingebrachte Transplantat ist methodenbedingt nicht sicher abzugrenzen. Im Verlauf wurden mehrere Röntgenkontrollen durchgeführt, die keine wesentliche Befundänderung zeigten.

Im März 2010 wurden die Innenknöchelschrauben entfernt. Da der Patient laut Aktenlage und Arztbrief zu diesem Zeitpunkt beschwerdefrei war, erfolgten keine weiteren Maßnahmen. Im Oktober desselben Jahres wurde eine erneute MRT-Untersuchung aufgrund zunehmender Beschwerden durchgeführt. Obwohl auch die Voraufnahmen aus diesem Institut stammten, war die Anamnese offensichtlich unklar, da die befundende Radiologin eine Osteochondrosis dissecans beschrieb und die vorangegangene Operation nicht erwähnte. Dies wurde auch im beklagten Klinikum so gesehen. Da der Patient zudem bei erneuter ambulanter Vorstellung im Januar 2011 wieder beschwerdefrei war, wurde keine weitere Therapie angeschlossen.

Aufgrund erneut einsetzender Schmerzen erfolgte im November 2011 eine weitere MRT, wiederum im gleichen Institut wie vorher. Befundet wurde hier eine 10x11x8mm große cystische Veränderung hinter dem Transplantat sowie Konturunregelmäßigkeiten. Nach erfolgloser Einlagenbehandlung durch einen nicht beschuldigten niedergelassenen Orthopäden wurde der Patient daraufhin in einer anderen Klinik vorgestellt. Dort wurde dem Patienten gesagt, die Beschwerden hingen mit einer Varusfehlstellung im oberen Sprunggelenk von 8° zusammen, die vorherige Behandlung habe daher keinen Erfolg bringen können.

Ende Oktober 2012 wurde daher eine Arthroskopie des OSG mit Synovektomie, erneuter Innenknöchelosteotomie, Spongiosaplastik des Talus und valgisierender distaler Tibia- und Fibulaumstellung um 8° mittels winkelstabiler Kleinfragmentplatte medial und lateral vorgenommen. Der Operateur beschreibt einen Knorpeldefekt am Talus von 8mm.

Zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung liegt ein Arztbrief von der 3-Monats-Kontrolle sowie vom April 2013 vor. Hier werden noch Schwellungszustände dokumentiert. Die Röntgenbil-

der zeigen eine Teilkonsolidierung der Osteotomien, eine sichere Aussage über das Ausmaß der Korrektur lassen die Bilder nicht zu.

### **Die Einwände des Patienten**

Der Vorwurf des Patienten an die Ärzte der erstbehandelnden Klinik bezieht sich in erster Linie darauf, dass die später diagnostizierte Sprunggelenksschiefstellung bereits in der ersten Klinik hätte erkannt und behandelt werden müssen. Der Patient geht davon aus, dass in diesem Fall eine 2. Operation nicht notwendig gewesen wäre. Weiterhin wirft er den erstbehandelnden Ärzten vor, dass sie bei ihm eine veraltete Operationstechnik angewendet hätten, welche die Entnahme von Knorpelknochenzylindern am Knie beinhaltet habe.

Der Vorsitzende des Schlichtungsausschusses hat den Autor dieses Fallbeispiels mit der medizinischen Überprüfung beauftragt, ob ein vorwerfbares ärztliches Fehlverhalten vorliegt.

### **Die Begutachtung**

Bei der Erstvorstellung in der beklagten Klinik stellte sich der Patient mit einer Kernspintographie des Sprunggelenkes vor. Diese zeigte einen sehr ausgedehnten Befund im Sinne einer Osteochondrosis dissecans der innenseitigen Sprungbeinschulter. Der Patient bot dazu passende Beschwerden.

Grundsätzlich ist hierbei auszuführen, dass es sich bei derartigen Erkrankungen oder Verletzungen um sehr schwer zu therapierende Probleme handelt. Tatsächlich ist die Behandlung derartige Defekte nach wie vor Gegenstand der wissenschaftlichen Diskussion und allein der Umstand, dass es hier eine Vielzahl von verschiedenen Therapieerfahrungen und entsprechenden Empfehlungen gibt, verdeutlicht, dass eine Methode, welche alle Probleme zuverlässig und sicher lösen kann, bislang noch nicht gefunden wurde. Das Problem gründet sich in der Tatsache, dass menschlicher Knorpel nicht regenerationsfähig ist, eine körpereigene Heilung somit nicht stattfindet.

In einer Übersichtsarbeit aus dem Jahre 2012 heißt es hierzu:

*„Klare Leitlinien zur Indikation: „Konservative Therapie“ und „operative Therapie“ wie auch Therapienotwendigkeiten fehlen. Vor diesem Hintergrund fehlen hochrangige prospektive vergleichende Untersuchungen in der internationalen Literatur“ und weiter: „hier stellt beim Aufbrechen des Knorpels die Mosaikplastik mit Entfernung der Osteonekrosen eine nachgewiesene erfolgreiche Methode dar, auch wenn es häufig nicht gelingt, die anatomische Kontur der Talusschulter perfekt abzubilden.“ [1]*

In der zertifizierten Fortbildung zu dem Thema aus der Zeitschrift Unfallchirurg (Ausgabe 2012) heißt es zum Verfahren der Knorpelzelltransplantation:

*„Durch die Transplantation eines osteochondralen Zylinders kann in den Stadien III und IV nach Berndt und Harty eine Wiederherstellung der Gelenkflächenkontinuität mit autologem hyalinen Knorpel erreicht werden. Hierzu wird der Defekt am Talus lokal ausgestanzt und mit Knorpelknochenzylindern, welche meist aus nicht belastenden Arealen des Kniegelenkes entnommen werden, in Pressfit-Technik aufgefüllt. Dadurch können kurz- und mittelfristig exzellente klinische Ergebnisse erreicht werden. In den Stadien II und IV nach Berndt und Harty sowie nach erfolgloser konservativer Therapie sollte eine operative Therapie angestrebt werden. Hierzu stehen zahlreiche Techniken zur Verfügung. Bezüglich eines zu bevorzugenden operativen Therapieverfahrens besteht derzeit keine Evidenz.“ [2]*

Es ist somit zunächst festgehalten, dass mit der Knorpelknochenzelltransplantation ein absolut zeitgemäßes und aktuelles Verfahren angewendet wurde. Die Wahl dieser Therapie ist daher gutachterlicherseits nicht zu beanstanden, die Bezeichnung „veraltet“ nicht gerechtfertigt.

tigt. Sämtliche Alternativmethoden, insbesondere die autologe Knorpelzelltransplantation, sind bisher den Beweis schuldig geblieben, dass diese Defekte zuverlässiger und sicherer behandelt werden können als mit der gewählten Methode.

Bezüglich der in der zuletzt behandelnden Klinik diagnostizierten Sprungbeinschiefstellung kann aus gutachterlicher Sicht aus den zur Verfügung stehenden Aufnahmen, insbesondere vor dem Ersteingriff, keine Notwendigkeit einer Umstellungsosteotomie abgeleitet werden. Zu diesem Zeitpunkt bestand eine klare Trauma-Anamnese und ein ansonsten sich unauffällig radiologisch darstellendes Sprunggelenk.

Die Aussage, die Unterlassung der Sprunggelenksumstellung wäre somit zweifelsfrei für das Versagen der Knochenknorpelzelltransplantation verantwortlich, ist gutachterlicherseits nicht haltbar. Angesichts des primären Gelenkflächendefektes von 20x10 mm und des später in der OSG-Arthroskopie diagnostizierten verbliebenen Defektes von 8 mm kann ein wesentlicher Therapieerfolg für den Ersteingriff festgestellt werden. Wie eingangs erwähnt, sind derartige Behandlungen problem- und komplikationsbehaftet, die Qualität eines Behandlungsfehlers ergibt sich jedoch aus der nun erfolgten Notwendigkeit eines Zweiteingriffes keinesfalls.

Ob die Sprunggelenksachsenumstellung von 8° tatsächlich die erneute Knocheneinbringung im Einheilungsergebnis verbessert, bleibt noch abzuwarten. Auch hierüber liegen in der wissenschaftlichen Literatur keine zuverlässigen Langzeitergebnisse vor. Anzumerken ist zudem, dass der Knorpeldefekt bei dieser zweiten Operation lediglich durch Knochen aufgefüllt wurde.

### **Die zusammenfassende Wertung des Gutachters**

Ein Behandlungsfehler kann aus gutachterlicher Sicht nicht festgestellt werden. Entsprechend der zu diesem Zeitpunkt und auch heute noch gültigen Indikationskriterien wurde dem Patienten eine Knochenknorpelzelltransplantation empfohlen. Diese wurde fach- und kunstgerecht durchgeführt. Im Verlauf kam es zu wechselhaften intermittierenden Beschwerden, zuletzt zeigte sich am ehesten eine partielle Nekrose der eingebrachten Knochenknorpelzylinder. Diese ist als schicksalhaft zu werten. In einer anderen Klinik erfolgte das erneute Debridement und Knochenauffüllung sowie eine Achsenkorrektur. Eine offensichtliche Notwendigkeit, diese Umstellung bereits beim Primäreingriff durchzuführen, ergibt sich aus der vorliegenden Diagnostik nicht.

### **Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses**

Die Beteiligten haben der medizinischen Begutachtung durch den Sachverständigen nicht widersprochen. Ohne weitere Überprüfung durch die Mitglieder des Schlichtungsausschusses wurde das Verfahren mit Einverständnis der Beteiligten und Zustimmung eines Gegenlesers beendet.

### **Literaturangaben des Gutachters**

- (1) Suckel et al: „Die Osteochondrosis dissecans und osteochondrale Läsion des Talus: Klinische und biomechanische Aspekte“, Sportverletzungen und Sportschaden, 02/2012, Seite 91-99
- (2) Preiss et al: „Osteochondrosis dissecans tali. Diagnostik und Therapie.“ Der Unfallchirurg 2012, Band 115, Heft 12, Seite 1099-1108