

Frauen leiden häufiger als Männer an einer Kniegelenksarthrose und benötigen daher häufiger eine Knieprothese.



Das Frauenknie ist anders

Elisabethinen Klagenfurt Das Knie ist eines der komplexesten und am stärksten beanspruchten Gelenke im Körper. Obwohl es bei Frauen und Männern auf den ersten Blick ähnlich erscheint, gibt es anatomische Unterschiede. An der Abteilung für Orthopädie und Traumatologie befasst man sich intensiv mit diesen Unterschieden, insbesondere bei der Implantation von künstlichen Gelenken, wie Primarius Dr. Oliver Djahani erklärt.

VON KATJA KOGLER



Primarius Dr. Oliver Djahani ist Vorstand der Abteilung für Orthopädie und Traumatologie am Elisabethinen-Krankenhaus in Klagenfurt.

Granatapfel: Stimmt es, dass mehr Frauen Prothesen tragen als Männer?

Primarius Djahani: Ja, das stimmt. Die Verteilung der Knieprothesen zwischen Frauen und Männern liegt bei 60:40. Ab 75 Jahren verschiebt sich dieses Verhältnis noch weiter, dann sind nämlich doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen. Studien und Statistiken zeigen, dass Frauen in der Bevölkerung insgesamt häufiger von Kniegelenksarthrose betroffen sind, was eine der Hauptursachen für den Einsatz von Knieprothesen ist. Zu erklären ist dies unter anderem mit anatomischen Unterschieden, Lebensstil und Gewicht sowie hormonellen Einflüssen.

Braucht es daher eigene Knieprothesen für Frauen?

Durchaus. Die Geometrie des Kniegelenks unterscheidet sich von Mensch zu Mensch und insbesondere zwischen den Geschlechtern. Bei Frauen zeigen sich im Vergleich zu Männern geschlechtsspezifische Unterschiede, denen auch bei der Prothetik Rechnung getragen werden muss. Sonst kann es passieren, dass zum Beispiel ein zu großes Gelenk implantiert wird, das Probleme bereiten kann. Hinzu kommen aber noch viele weitere geometrische Merkmale, die bei modernen Kniegelenken

Berücksichtigung finden. Der Oberschenkelhals, der bei Frauen stärker nach vorne geneigt ist und schräg in Richtung Hüfte verläuft, führt dazu, dass Frauen ihre Kniegelenke häufig nach innen drehen. Dadurch neigen sie im Vergleich zu Männern eher zu X-Beinen. Diese anatomische Besonderheit erhöht beispielsweise das Risiko für einen Kreuzbandriss.

In Österreich erhielten 2023 mehr als 15.000 Patient:innen eine Knie-Totalendoprothese, 61 Prozent davon waren Frauen, 39 Prozent Männer.

Es ist zu erwähnen, dass Österreich hinsichtlich der Anzahl an Knieprothesen pro 100.000 Einwohner:innen unter den Top drei Nationen in Europa liegt. Zu dieser hohen Zahl tragen die steigende Lebenserwartung und der hohe Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung bei. In Österreich wird kontinuierlich an der Verbesserung der Knieprothetik geforscht. Fortschritte in der Materialtechnologie, individualisierte Prothesen und verbesserte Operationsmethoden tragen dazu bei, die Ergebnisse für Patient:innen weiter zu verbessern. Auch die Entwicklung von personalisierten Knieprothesen, die exakt an die Anatomie der Patient:innen angepasst sind, ist ein aufstrebender Trend.



Die Entwicklung von personalisierten Knieprothesen, die exakt an die Anatomie der Betroffenen angepasst sind, ist ein aufstrebender Trend.

Frauen, die in den vergangenen Jahren eine Knie-Endoprothese erhalten hatten und nun auf der zweiten Seite mit dem neuen Gelenk versorgt wurden, sprechen angeblich übereinstimmend von einem angenehmeren „Körpergefühl“ mit dem neuen Gelenk. Welche Bedeutung hat das Körpergefühl?

Man kann das tatsächlich messen. Diesbezüglich wurde vor Jahren eine Skala eingeführt, der sogenannte „forgotten joint score“. Er gibt an, inwieweit der Patient beziehungsweise die Patientin überhaupt das Gefühl hat, ein künstliches Gelenk zu haben. Einflussfaktoren für ein besseres „Gelenksgefühl“ sind sicherlich einige zu nennen. Hier sehe ich die individualisierte, an die jeweilige Anatomie angepasste Versorgung der Patient:innen mit einem künstlichen Kniegelenk als entscheidenden Faktor. Das inkludiert natürlich auch die geschlechterspezifisch angepasste Versorgung.

Kann man sich vor einer Operation eine Knieprothese „aussuchen“?

Nein. Das entscheidet einzig und alleine der Chirurg, da dieser das entsprechende Know-how besitzt und somit ganz klar weiß, welcher Prothesentyp für den Patienten oder die Patientin am besten ist. Die Prothesen-

auswahl richtet sich nach der Erfahrung mit dem Implantat, den biomechanischen Besonderheiten und den mittleren Überlebensraten, die im Register dargestellt werden.

Wo liegen die Unterschiede zwischen Männer- und Frauen-Prothesen?

Die Unterschiede zwischen den Prothesen für Frauen und Männer liegen im Design. Dieses erleichtert dem Chirurgen, die Anpassung an manche „Frauenknie“ vorzunehmen, um einen verbesserten Sitz zu ermöglichen. Prothesen für Frauen haben ein schlankeres Design und eine anatomisch angepasste Größe und Form. Weiters ist auch zu erwähnen, dass Frauen einen größeren Q-Winkel* haben, welcher mit den angepassten Prothesen besser ausgeglichen wird.

Werden Frauen-Prothesen jetzt grundsätzlich bei allen Patientinnen eingesetzt?

Nein. Und das ist auch gar nicht nötig. Es erfüllen auch viele Patientinnen nicht die Kriterien für diesen Einsatz. Die Chirurg:innen entscheiden entsprechend ihrer Planung und manchmal sogar erst während der Operation, welches Implantat passend für die Patientin ist und eingesetzt werden kann. Auch Frauenknie unterscheiden sich durch die Größe und Form, weiters gibt es auch unter Frauen anatomische Unterschiede, somit kann es durchaus vorkommen, dass eine Standard-Prothese passender für eine Patientin ist.

Gibt es auch künstliche Hüftgelenke speziell für die Anatomie von Frauen?

Nein. Namentlich nicht, jedoch gibt es sehr viele Optionen hinsichtlich Prothesendesign, die den anatomischen Anforderungen von „Frauenhöften“ gerecht werden. Auch in der Hüftersetzenden Chirurgie setzt sich zunehmend die individualisierte Rekonstruktion durch ein künstliches Gelenk durch. Und das ist schließlich nicht nur ein Vorteil für Frauen allein. ■

* Der Q-Winkel bezeichnet den Winkel zwischen Ober- und Unterschenkel.