

(Osgood)-Schlattersche Erkrankung

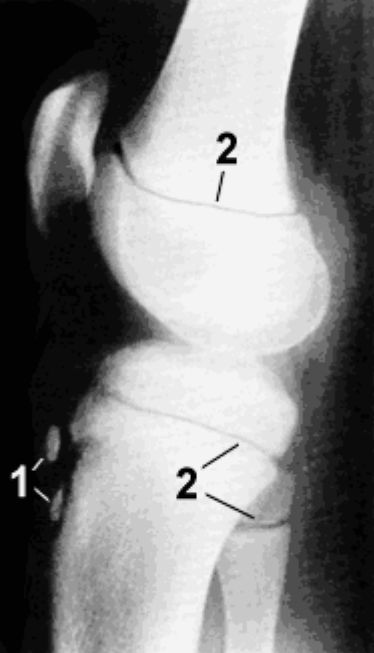
Gelegentlich kommt es zu einer Verknöcherungsstörung am Ansatz der Kniescheibensehne am Unterschenkel [Tuberositas tibiae], im Gegensatz zur

Plica-Syndrom

Gelegentlich wird ein ähnliches Krankheitsbild durch ein "Plica-Syndrom" hervorgerufen. Diese plica mediopatellaris ist eine Schleimhautfalte, die zwischen innerer Oberschenkelrolle [condylus medialis] und der Kniescheibe entlangzieht. Diese Falte ist individuell unterschiedlich stark ausgebildet und kann sehr fest und derb werden. Dann macht sie gelegentlich Probleme (Druckschmerz innerer Kniescheibenrand, Verschiebe- und Andruckschmerz der Kniescheibe). Meist kann man mit Schonung, Salben, Physiotherapie behandeln. Selten ist die Durchtrennung oder Entfernung der Plica notwendig. Mittels Kniespiegelung ist das sehr einfach und problemlos zu machen.

Probleme mit der Kniescheibensehne

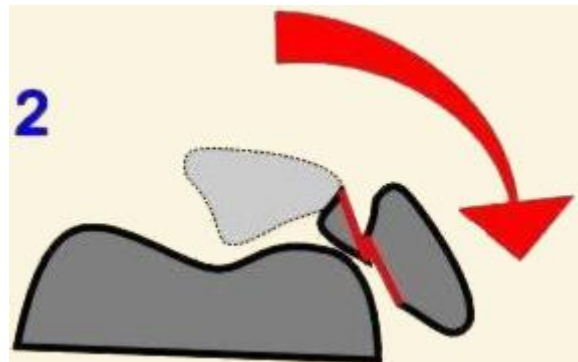
Am unteren Pol der Kniescheibe setzt die Kniescheibensehne [ligamentum patellae] an und zieht zu einem Knochenvorsprung am Schienbein [tuberositas tibiae] (Darstellung auf der Seite Anatomie-Längsschnitt). Über diese Sehne wird das Knie gestreckt. Entsprechend ist die Belastung beim Sport. Bei Überbelastung kann es zu einer Entzündung des Sehnenansatzes an der Kniescheibe [Patellaspitzensyndrom] kommen. Auf die Ursache dieser Erkrankung weist deren Bezeichnung auf Neu-Latein hin: "jumper's knee". Dem entsprechend ist zu behandeln: In erster Linie Schonung, bei Bedarf entzündungshemmende Medikamente. Ein Kunstfehler ist es, in den Sehnenansatz Kortison zu spritzen. Das kann zum Riss [ruptur] führen - der sportlichen Karriere nicht förderlich!



Kniescheiben-Verrenkung

Gelegentlich ist die anlagebedingte Fehlform der Kniescheibe derartig schwerwiegend, dass es zur Verrenkung der Kniescheibe [Patella-Luxation] nach außen kommt. Das ist ein schwerwiegendes Problem, da hierbei die Scherkräfte derartig groß werden

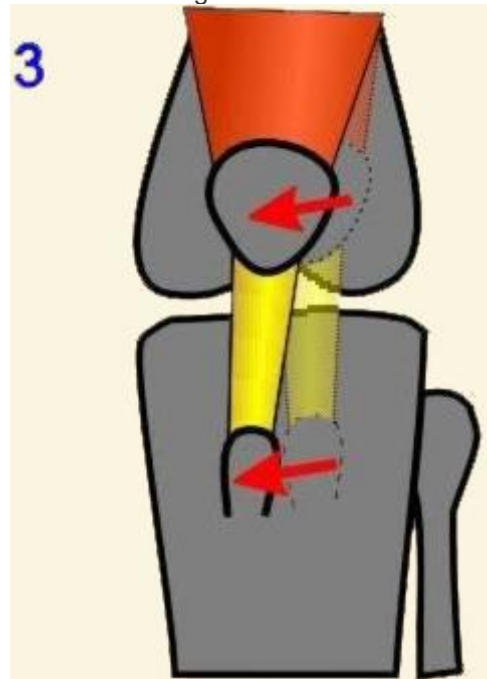
können, dass sich ein Teil der Kniescheibe ablöst, wie in Skizze 2 zu sehen.



Therapie

Ziel der Behandlung der oben genannten Probleme ist es, die Krafteinleitung zu verbessern. Da die Kniescheibe immer nach außen tendiert, ist eine krankengymnastische Aufschulung der dem entgegenwirkenden Muskulatur sinnvoll. Hierbei handelt es sich um die inneren Kniestrecker, also im Wesentlichen den Musculus vastus medialis. Eine entsprechende Kniebandage kann das unterstützen.

Kommt es allerdings zu wiederholten Verrenkungen der Kniescheibe, so ist ein operativer Eingriff zu erwägen, um bleibenden Schäden vorzubeugen. Eine mögliche Operationsmethode ist unter 3 skizziert: Der Ansatz der Kniescheibensehne [Tuberositas tibiae] wird nach innen versetzt (unterer roter Pfeil). Hierdurch resultiert eine Verlagerung der gesamten Kniescheibe nach innen (oberer roter Pfeil), was ja gewünscht wird. Es gibt auch Weichteil-Operationen, zum Beispiel die Lösung der Kapsel, die von außen an der Kniescheibe ansetzt [lateral release], und / oder die Raffung der Kapsel innen.



(Osgood)-Schlattersche Erkrankung

Gelegentlich kommt es zu einer Verknöcherungsstörung am Ansatz der Kniescheibensehne am Unterschenkel [Tuberositas tibiae], im Gegensatz zur Osteochondrosis dissecans also genau genommen außerhalb des Kniegelenkes. "Bevorzugt" sind Jungen im Alter zwischen 10 und 16 betroffen.

Die Erkrankung ist im Röntgenbild links eindeutig zu erkennen: Es handelt sich um die beiden Knocheninseln (1) vor dem Schienbein. Die dunklen Linien (2) hinter der Kniescheibe, im Scheinbeinkopf und am Wadenbein sind Wachstumsfugen. Sie zeigen an, dass das Wachstum noch nicht abgeschlossen ist, sind also im Bild eines erwachsenen Kniegelenkes nicht zu sehen. Auch ohne Röntgen ist das Erscheinungsbild meist eindeutig: ein harter, oft schmerzhafter Knochenvorsprung am Sehnenansatz, der schmerzt, wenn man darauf kniet aber auch beim Sport (Springen).

Therapie

Schonung, eventuell Salben. Operation nur bei starken Beschwerden und erst nach Abschluss des Wachstums (Gefahr der Wachstumsstörung!)

Schleimbeutelentzündung [Bursitis]

Eigentlich gehört der Schleimbeutel vor der Kniescheibe [Bursa praepatellaris] nicht zur Kniescheibe selbst, wie im Längsschnitt zu sehen, eigentlich gar nicht zum Kniegelenk, sondern liegt außerhalb. Bei langem Knien, gelegentlich auch durch Prellungen kann es zu einer Entzündung [Bursitis praepatellaris] kommen. Dann füllt sich der Schleimbeutel mit Erguss und ist vor der Kniescheibe als weiche Struktur tastbar. Wenn er auch noch rot und heiß ist, so ist das sehr verdächtig auf eine Infektion durch Bakterien. Gelegentlich ist nicht der Schleimbeutel direkt vor der Kniescheibe betroffen, sondern der unterhalb hiervon [Bursitis infrapatellaris].

Therapie

Natürlich sollte direkter Druck vermieden werden. Zusätzlich können entzündungshemmende Medikamente zur in Form von Salben oder von Tabletten (2. Wahl) zur Anwendung kommen. Wenn allerdings eine Infektion durch Bakterien vorliegt, muss man meistens operieren, nicht selten sogar den Schleimbeutel entfernen.

Patella bipartita



Gelegentlich findet man im Röntgen oder Kernspin (oben links) "schlimme" Brüche [Frakturen] der Kniescheibe, die gar keine sind. Es handelt sich um eine harmlose Verknöcherungsstörung, die zweigeteilte Kniescheibe [patella bipartita]. Das "abgelöste" Teilstück [Fragment] liegt meist oben außen.

Therapie

In aller Regel ist eine Behandlung nicht erforderlich. In ganz seltenen Fällen ist es erforderlich, das nicht vereinigte Teilstück zu entfernen. (Ich habe das noch nie für nötig gehalten!)

(teilweise Übernahme von www.lengerke.de mit freundlicher Genehmigung)