Im Intervall nach Begleitläsionen und Fehlbildungen fahnden

Akute Patellaluxation: Diagnostik und Therapie

Eine 30-jährige Frau stellt sich mit erheblichen Schmerzen im linken Kniegelenk vor. Sie habe sich beim Tanzen heftig das Knie verdreht, berichtet die Patientin. Sie kann schmerzbedingt nicht mehr gehen und hält das linke Kniegelenk leicht gebeugt.

Laterale Patellaluxation im Röntgenbild

Bei der Inspektion und Palpation fällt eine nach lateral dislozierte Patella auf. Die Beweglichkeit des Kniegelenks ist weitgehend aufgehoben. Cave: Bei lateraler Patellaluxation kann die mediale Femurkondyle aufgrund der in der Trochlea „fehlenden“ Patella hervortreten und prominent tastbar sein. Dies verleitet zur Fehlannahme einer nach medial dislozierten Patella. Meist findet sich bei einer Patellaluxation auch ein mäßiger bis deutlicher Gelenkerguss.

Sofortdiagnostik

- klinische Untersuchung (Inspektion und Palpation)
- Röntgen des Kniegelenks in zwei Ebenen, Patella wenn möglich auch tangential darstellen, um ihre Position zu bestimmen und eine Fraktur auszuschließen.

Diagnostik im Intervall

Kernspintomografie (MRT) des Kniegelenks zur Identifikation von möglichen Begleitverletzungen (Knorpel-, Meniskus-, Bandläsionen) und Fehlbildungen des patellofemoralen Gleitlagers.

Differenzialdiagnosen

- Patellafraktur
- Kniegelenkluxation
- Sehnenabriss Streckapparat/Patellarsehne
- gelenknahe Fraktur.

Soforttherapie

- Bei eindeutiger Diagnose einer Patellaluxation kann die Kniescheibe – unter einer adäquaten lokalen oder systemischen Analgesie – sofort reponiert werden: In strecknaher Kniegelenkstellung wird die Patella durch medialisierenden Druck auf ihren lateralen Rand in das femorale Gleitlager zurückgebracht.
- Ein höhergradiger Erguss sollte zur Entlastung des Kniegelenks punktiert werden.
- Nach erfolgreicher Reposition sollte der Patient eine Thromboseprophylaxe (z. B. mit niedermolekularem Heparin) erhalten und zwei Wochen lang eine kniestabilisierende Streckorthese tragen. Die betroffene Extremität darf schmerzadaptiert belastet werden.

Therapie im Intervall

- Nach erfolgreicher Reposition ist eine bedarfsorientierte orale Analgesie mit nicht steroidal entzündungshemmenden Mitteln (z. B. Ibuprofen) angezeigt.
- Im Anschluss an die zweiwöchige Ruhigstellungsphase der Extremität ist eine Physiotherapie zur Steigerung der Beweglichkeit ratsam.
- Zusätzlich sollte dem Patienten eine Kräftigung des Musculus vastus medialis zur Rezentrierung der Patella verordnet werden.
- Gelingt die Reposition nicht oder offenbart die bildgebende Diagnostik höhergradige knöcherne Begleitverletzungen, ist eine operative Versorgung erforderlich. Auch eine diagnostizierte Fehlbildung des patellofemoralen Gleitlagers, die Redivivluxationen begünstigt, muss operativ korrigiert werden.

Woran noch zu denken ist

- Luxiert die Patella ohne direktes lateralisierendes Trauma, liegt meist eine anatomische Fehlbildung des patellofemoralen Gleitlagers vor.
- Im Zuge einer Patellaluxation kommt es meist zu einer Läsion des medialen Retinakulums. Eine akute operative, direkte Naht des Retinakulums führt selten zu einer ausreichenden Patellastabilität. Relaxationen sind dadurch deutlich begünstigt, sodass gegebenenfalls weiterführende operative Korrekturen oder Rekonstruktionen erforderlich sind.

PD Dr. med. Sven Ostermeier

Orthopädische Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover im Annastift
Anna-von-Borries-Str. 1–7
30625 Hannover
E-Mail: sven.ostermeier@ddh-gruppe.de