Rasche Operation ist die Therapie der Wahl

Patient stolpert – Patellarsehne reißt

Patellahochstand
bei einer Ruptur
der Patellarsehne

© J. Pogorzelski

Anamnese

Ein 56-jähriger, übergewichtiger Patient wird mit heftigen Schmerzen im rechten Knie in die Notaufnahme eingeliefert. Der Mann war beim Spaziergehen über einen Stein gestolpert. Bei der körperlichen Untersuchung imponiert das rechte Knie über der Kniescheibe deutlich angeschwollen. Zudem kann der Patient sein Bein nicht mehr strecken. Unfallhergang und Klinik lassen an eine Ruptur der Patellarsehne denken.

Pathogenese

Eine Patellarsehnenruptur (PSR) entsteht oft infolge einer plötzlichen starken Anspannung der Sehne, etwa bei Stolperstürzen oder durch direkte Krafteinwirkung bei Unfällen. Häufig ist die Sehne vor der Ruptur bereits degenerativ verändert, zum Beispiel durch systemische Erkrankungen wie Lupus erythematoses, Diabetes mellitus oder chronische Niereninsuffizienz. Auch nach der Implantation einer Knieprothese ist das Risiko erhöht. Bei jüngeren Patienten kann eine PSR beispielsweise nach der Rekonstruktion des vorderen Kreuz-

bands mit Patellarsehnenentnahme oder bei Verletzungen der Apophyse der Tuberositas tibiae auftreten.

Diagnostik

Die Patienten berichten meist von einem plötzlich auftretenden, schmerzhaften Streckdefizit mit Belastungsunfähigkeit des betroffenen Beines. Bei der Untersuchung zeigt sich das verletzte Knie aufgrund eines Hämatoms stark geschwollen. Die Palpation der Sehnenansätze ergibt eine tastbare Delle sowie Hinweise auf einen Patellahochstand. Oft kann das Bein nicht im Kniegelenk gestreckt von der Unterlage angehoben werden. Empfehlenswert sind Röntgenaufnahmen in zwei Ebenen, um knöcherne Begleitverletzungen und den Patellahochstand zu erkennen (**Abb.**). Die Ruptur der Sehne lässt sich sonografisch gut darstellen. Eine MRT empfiehlt sich nur bei Hinweisen auf eine begleitende Binnungsverletzung.

Therapie

Ziel ist die Wiederherstellung der Funktionalität des Kniegelenks. Voll-

ständige Rupturen der Patellarsehne erfordern eine zeitnahe operative Versorgung. Die Sehnenenden werden mit gleichzeitiger Augmentation adaptiert. Am häufigsten werden hierfür patello-tibiale Cerclagen aus Draht oder resorbierbarem Kunststoff verwendet. Beide Techniken werden in der Literatur als gleichwertig eingestuft und resultieren in einer übungstabilen Versorgung der Ruptur.

Neben einer lokalen Kryotherapie wird die Extremität postoperativ für sechs Wochen in Streckstellung mit einer Orthese versorgt. Die Physiotherapie sollte abschwellende Maßnahmen sowie Bewegungsübungen beinhalten, um einer Versteifung des Kniegelenks vorzubeugen. In den ersten beiden Wochen sollte das Training u. a. Flexionsübungen bis 30° und ein isometrisches Quadrizepstraining beinhalten, in den Wochen 2–4 wird die Flexion bis 90° geübt, neben dem Quadrizeps sollten die Abduktoren und Hüftextensoren aufgebaut werden. Ab Woche 8 ist knieschonender Sport erlaubt, ab Woche 12 Vollbelastung im Alltag und beim Sport.

Eine Drahtcerclage sollte nach circa zwölf Wochen wieder entfernt werden. Bei korrekter Therapie kommen Bewegungseinschränkungen oder eine dauerhafte Kraftminderung nur selten vor.

Dr. med. J. Pogorzelski

Klinik für Unfall- und
orthopädische Chirurgie
Klinikum Nürnberg Süd
Breslauer Str. 201
90471 Nürnberg
E-Mail: jonas.pogorzelski@
klinikum-nuernberg.de

Koautoren:

Dr. M. Geßlein,
PD Dr. H. J. Bail