

Patellaluxation

VON M. GESSLEIN, H.-W. STEDTFELD

Eine 34-jährige Frau stellt sich mit Schmerzen im linken Knie vor. Sie war am Abend zuvor kegeln. Beim Anlaufen zum Wurf hatte sie plötzlich ein schmerzhaftes „Schnappen“ im Standbein verspürt. Die Kniescheibe war kurzfristig seitlich verschoben. Das Kniegelenk ist deutlich angeschwollen und kann nicht mehr vollständig angewinkelt werden.



Foto: KES/Thieme Verlag

CT-Bild einer Patellaluxation mit osteochondraler Abspregung.

— Die Patella ist als größtes Sesambein im menschlichen Körper in die Quadrizepssehne eingelagert. Sie dient zur Kraftübertragung bei der Streckung des Kniegelenkes. Im knorpelüberzogenen Femoropatellargelenk artikuliert die retropatellare Gelenkfläche in einer Gleitrinne mit der Trochlea femoris.

Eine ungenügende Zentrierung der Patella im Gleitlager kann zur Arthrose führen. Neben traumatischen Ereignissen führen entwicklungsbedingte Formvarianten der Patella zur Instabilität mit wiederholten Luxationen, meist nach lateral.

Diagnostik

Die meisten Patellaluxationen reponieren sich durch eine reaktive Kniestreckung des Patienten spontan. Vom Patienten wird oft nur ein kurzes Schmerzereignis wahrgenommen.

Klinisch auffällig sind

- die Schwellung des Gelenkes mit Druckschmerz über dem medialen Rand der Patella und
- eine schmerzhafte Verschieblichkeit der Patella nach lateral.

Findet sich nach traumatischen Luxationen ein Hämarthros mit „Fettaugen“ im Punktat, ist dies hinweisend auf eine begleitende osteochondrale Abspregung an den Gelenkkanten (mediale Patellafacette oder lateraler Kondylenrand).

Zur Standarddiagnostik gehören

- Aufnahmen des Kniegelenkes in zwei Ebenen und die
- tangentielle Aufnahme in 30°-Flexionsstellung (wenn möglich auch in 60°-Stellung), um die Stellung der Patella im Gleitlager beurteilen zu können. Gelegentlich ist die tangentielle Aufnahme aufgrund der starken Gelenkschwellung erst nach einer entlastenden Punktion durchführbar.

Therapie

- Zunächst sollte das Kniegelenk in einer Orthese in Streckstellung ruhig gestellt werden.
- Eine weitere Diagnostik bei traumatischen Erstluxationen mittels MRT oder Arthroskopie ist obligat, da reine Knorpelabspregungen durch konventionelles Röntgen nicht zu diagnostizieren sind. Neben osteochondralen Schäden und dem Abriss des medialen Retinaculums finden sich gelegentlich begleitende Verletzungen der Menisken und Kreuzbänder.
- Nur eine zeitnah durchgeführte diagnostische Arthroskopie bietet die Möglichkeit, Verletzungen der femoropatellaren Gelenkfläche zu diagnostizieren und frühzeitig größere Fragmente zu refixieren.
- Im Anschluss an die diagnostische Arthroskopie sollte eine Rekonstruktion des medialen Retinaculums in offener bzw. arthroskopischer Technik durchgeführt werden, um die Zentrierung der Patella in ihrem Gleitlager wiederherzustellen und Rezidivluxationen zu vermeiden.
- Zusätzlich zur operativen Therapie muss versucht werden, durch physiotherapeutische Kräftigung der medialen Anteile des M. quadriceps femoris eine dynamische Stabilisierung der Patella zu erreichen.
- Bei eindeutig dysplastischen Ursachen wiederholter Patellaluxationen muss eine Korrekturoperation durchgeführt werden.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. M. Gesslein,
Priv.-Doz. Dr. med. H.-W. Stedtfeld,
Klinik für Unfall- und orthopädische Chirurgie,
Klinikum Nürnberg,
Breslauer Str. 201,
D-90471 Nürnberg,
E-Mail: markus.gesslein@klinikum-nuernberg.de