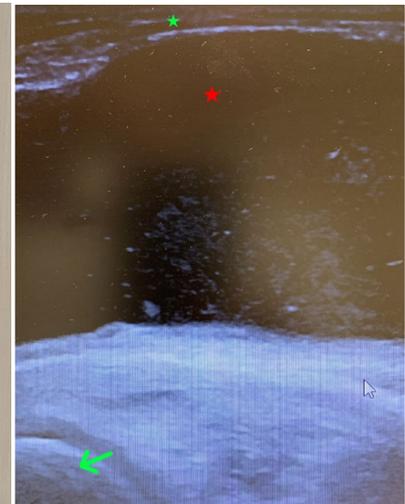


Pralle Schwellung in der Kniekehle

Eine 64 Jahre alte Patientin mit bekannter Gonarthrose litt seit Monaten unter einer zunehmenden Schwellung der linken Kniekehle. Immerhin konnte sie das Knie noch frei bewegen. Am medialen Gelenkspalt war ein lokaler Druckschmerz auslösbar. Ein Ultraschall führte zur Diagnose.



Schwellung in der linken Kniekehle (1.), Darstellung in der Sonografie (o.): Zyste (rotes Sternchen) zwischen Subkutis (grünes Sternchen) und Knochen, u. a. der dorsalen medialen Femurkondyle (grüner Pfeil).



Prof. Dr. med. Alexander Schuh

Klinik für Unfallchirurgie, Sektion für Muskuloskeletale Forschung, Klinikum Fichtelgebirge, D-95615 Marktredwitz

Dr. med. Philipp Koehl, MHBA

Klinik für Unfallchirurgie, Klinikum Fichtelgebirge, Marktredwitz

Prof. Dr. med. Stefan Sesselmann

Ostbayerische Technische Hochschule, Amberg-Weiden

Dr. med. Markus-Johannes Rueth

Klinik für Unfallchirurgie, Klinikum Fichtelgebirge, Marktredwitz

Bei der körperlichen Untersuchung ergaben sich keine Meniskuszeichen, die Bänder waren in allen Ebenen stabil. Es lag ein geringer Gelenkerguss und eine prallelastische Schwellung der linken Kniekehle vor. Im Ultraschall der Kniekehle bestätigte sich eine ausgeprägte Baker-Zyste. Nach Punktion und Abfluss von 50 ml serösem Erguss war die Patientin beschwerdefrei.

Als Baker-Zyste wird heutzutage unabhängig von der Genese jede popliteale Zyste beschrieben. Sie wurde nach dem englischen Chirurgen William Marrant Baker (1839–1896) benannt. Es handelt sich um eine Ausstülpung der dorsalen Gelenkkapsel am Kniegelenk zwischen dem Musculus gastrocnemius und dem Musculus semimembranosus.

In der Regel entsteht sie in Zusammenhang mit einem Schaden innerhalb des Kniegelenks, etwa einem Meniskusschaden, einer Arthrose oder einer rheumatologischen Erkrankung. Unabhängig von der Genese kommt es durch Entzündungsvorgänge

zu einer vermehrten Bildung von Gelenkflüssigkeit, wodurch ein Überdruck im Kniegelenk entsteht. Am Ort des geringsten Widerstandes gibt die Gelenkkapsel nach und bildet eine Zyste aus. Die Diagnose wird im Ultraschall und/oder per Kernspintomografie bestätigt.

Bei Beschwerden wie Schmerzen, Bewegungseinschränkung oder venöser Abflussstörungen mit Ödemen durch eine Kompression der Vena poplitea sollte die Baker-Zyste behandelt werden. Die bloße operative Entfernung ist in der Regel nicht sinnvoll, da die Zyste durch einen Erguss im Kniegelenk entsteht. Therapie der Wahl ist die Punktion und die Instillation eines Kortikosteroids, eine analgetisch-antiphlogistische medikamentöse Therapie und die Beseitigung der intraartikulären Pathologie (Radio-synoviorthese, Arthroskopie, Knie-TEP). Sollte die Baker-Zyste trotz erfolgreicher Therapie der Gelenkerkrankungen persistieren, kann sie sekundär entfernt werden. ■