

# Sprechstunde am Sonntag

Wenn die Kniescheibe Probleme macht – von Prof. Dr. med. Klaus Fritsch

Eine der häufigsten Klagen von Patienten in der orthopädischen Sprechstunde sind Schmerzen an der Kniescheibe. Es gibt eine Vielzahl von Ursachen des vorderen Knieschmerzes. Prof. Dr. Klaus Fritsch, Arzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin, beschreibt Diagnostik und Therapie dieser Beschwerden.

Die Kniescheibe (Patella) ist ein Knochen, der in die Sehne des Kniestreck-Muskels eingebettet ist. Der Anteil der Sehne oberhalb der Patella wird Quadrizepssehne genannt, der Anteil der Sehne unterhalb der Patella nennt sich Patella-sehne, auch wenn es sich um die gleiche Sehne handelt, die lediglich durch die Patella unterteilt wird. Bei Anspannung des vorderen Oberschenkelmuskels, des Musculus quadrizeps, wird das Knie gestreckt, jedoch auch die Kniescheibe unter Spannung gesetzt und an das Knie gedrückt.

Normalerweise ist dies problemlos möglich. Wenn jedoch eine Anomalie vorliegt, kann dies zu flächigen Schmerzen im vorderen Bereich des Knies führen. Die Patienten berichten über vordere Knieschmerzen bei längerem Sitzen mit gebeugten Knien, zum Beispiel bei längeren Bus- oder Flugreisen. Werden die Knie gestreckt, vermindern sich die Probleme. Es treten auch Schmerzen auf beim Gehen bergab und treppab. Wanderer mit Kniescheibenschmerzen bemer-

ken, dass sie auf der Ebene relativ schmerzfrei gehen können, dass jedoch Probleme bergauf auftreten, die sich dann vor allem bergab verstärken. Bergab wird das Körpergewicht über die Kniescheibe „abgebremst“ und damit verstärkt sich der Druck auf die Kniescheibe.

Ursache für den Kniescheibenschmerz kann im höheren Alter natürlich ein Verschleiß des Knorpels hinter der Kniescheibe sein, eine Arthrose. Ein Röntgenbild, oder im Zweifelsfall ein MRT, sichert die Diagnose. Man muss dann nicht gleich an ein operatives Vorgehen (z.B. Knorpeltransplantation oder Oberflächenersatz) denken. In den meisten Fällen hilft es schon, wenn man die Kniescheibe entlastet, indem der Oberschenkelstrecker und die rückwärtige Beinmuskulatur konsequent gedehnt werden. Selbst bei täglich mehrfacher Dehnung muss jedoch circa sechs Wochen gewartet werden, bis sich eine Besserung einstellt. Vor allem Patienten, die das Knie nicht komplett durchstrecken können, profitieren von einer Dehnung der rückseitigen Beugemuskulatur. Ein einfacher Test, um eine Verkürzung der Beugemuskulatur festzustellen, ist der Versuch, mit den Händen bei gestreckten Knien bis zum Boden zu kommen (soweit keine Hüft- oder Wirbelsäulenprobleme vorliegen).

In jüngeren Jahren ist der Grund für den vorderen Knieschmerz meistens eine Überlastung der Patella-



rückfläche, ohne nennenswerte Knorpelschäden. Auch hier hilft meistens eine Dehnung der Oberschenkelmuskulatur, vor allem der Kniebeuger. Ein operatives, insbesondere arthroskopisches Vorgehen, ist vor allem bei jüngeren Patienten selten notwendig. Vor allem Mädchen nach der Pubertät klagen häufig über vorderen Knieschmerz. In den meisten Fällen liegt ein Ungleichgewicht zwischen der vorderen und hinteren Beinmuskulatur vor, die sich krankengymnastisch behandeln lässt.

Die Kniescheibe wird seitlich durch zwei Bänder (Retinakula) stabilisiert. Ist das äußere Band zu

straff, kann es zu einer Kippung der Kniescheibe mit entsprechenden Schmerzen kommen. Dieser Tilt (Verkipfung) ist bei gebeugten Knien gut zu erkennen. Die beiden Kniescheiben „schielen“ nach oben außen, anstatt gerade nach vorne zu schauen. Die Therapie besteht aus krankengymnastischer Dehnung des äußeren Retinakulums. Lediglich bei anhaltenden Problemen trotz intensiver krankengymnastischer Dehnung kann an ein operatives Vorgehen gedacht werden, mit Spaltung des äußeren Retinakulums (lateral release).

Der typische Kniescheiben-

schmerz ist ein flächiger Schmerz. Bei Sportlern tritt jedoch oft ein punktförmiger Schmerz an der unteren Spitze der Kniescheibe auf – das Patellaspitzensyndrom, oder auch „jumpers knee“ genannt. Es handelt sich um eine Überlastung der Patellasehne meist bei Sprungsportarten wie Basketball oder Volleyball. Dehnung und Reduzierung der Belastung hilft in den meisten Fällen.

Beim Übergang von Streckung zur Beugung gleitet die Kniescheibe im Gleitlager des Oberschenkelknochens nach unten. Dieses Gleitlager ist wie eine Rinne vertieft und wirkt als Stabilisator. Ist das Gleitlager sehr flach, kann es vermehrt zu einer Luxation der Patella kommen. Das bedeutet, dass die Kniescheibe bei einer Drehbewegung nach außen herauspringt. Dabei kann es zu Knorpelverletzungen an der Rückseite der Patella oder am Rand des Gleitlagers kommen. Bei diesen Patellaluxationen hilft oft nur eine operative Stabilisierung der Kniescheibe, um zu verhindern, dass es bei häufigen Luxationen zu bleibenden Knorpelschäden kommt. Sollten bereits Knorpelschäden eingetreten sein, könnten diese mit modernen Operationsmethoden wie z.B. der Knorpelzüchtung (autologe Chondrozytentransplantation) therapiert werden.

Weitere Informationen unter: [www.oc-bayreuth.de](http://www.oc-bayreuth.de)



**Professor Dr. med. Klaus Fritsch**  
Orthopädische Chirurgie  
Bayreuth, Parsifalstraße 5,  
95445 Bayreuth  
Telefon 0921/757570  
E-Mail [praxis@oc-bayreuth.de](mailto:praxis@oc-bayreuth.de)

Mitglied im Ärztenetzwerk



In der nächsten „Sprechstunde am Sonntag“ in der Ausgabe am 14. September lesen Sie einen Beitrag von Oberarzt Dr. Stephan Brandt, dem Koordinator des Darm-Pankreaszentrums der Klinikum Bayreuth GmbH.