

Schwerpunkt Knie

Verletzungen der Kreuzbänder

Die Kreuzbänder gehören zum Bandapparat des Kniegelenks und kreuzen sich im Zentrum des Kniegelenks. Das hintere Kreuzband, als kräftigste Bandstruktur im Kniegelenk, übertrifft in Dicke und Stärke das vordere Kreuzband. Sie dienen zur Stabilisierung des Gelenkes zusammen mit anderen Strukturen des Kniebandapparates. Insbesondere eine kräftige, knieumgreifende Muskulatur hilft bei der Stabilisierung und ist nach Verletzungen unersetzlich.

Verletzungen der Kreuzbänder entstehen meist aufgrund indirekter Gewalteinwirkung. Sehr häufig entstehen solche Verletzungen in Körperkontaktsportarten.

Beim vorderen Kreuzbandriss sind Frauen 2-9 mal häufiger betroffen als Männer. Die Ursache für diese ungleiche Verteilung ist nicht ganz klar. Diskutiert werden vermehrte X-Beinstellung, Hormone oder unterschiedliches Bewegungsmuster des weiblichen Geschlechts. Die Verletzung führt zur Bildung einer vorderen Instabilität (vorderen Schublade) im Kniegelenk. Meistens sind noch andere Strukturen wie Gelenkkapsel, Innenband und Meniskus mit verletzt.

Beim hinteren Kreuzbandriss kommt es zur Ausbildung einer hinteren Instabilität (hintere Schublade). Die Verletzung ist eher selten. Zusätzlich werden häufig noch weitere hintere Stabilisatoren im Kniegelenk verletzt.

Mit modernsten diagnostischen und therapeutischen Verfahren werden bei uns Verletzungen im Kniegelenk sicher erkannt und therapiert. Ein fürsorgliches, engagiertes und freundliches Team koordiniert hierbei alle nötigen Termine für Sie.

Grundsätzlich muss je nach Anforderungen an Ihr Kniegelenk für jeden Patienten eine individuelle Therapieentscheidung getroffen werden. Leistungssportler haben weitaus höhere Belastungsanforderungen an ihr Kniegelenk als ein "Normalbürger". Das Ziel jeder Therapie ist ein stabiles und gut funktionierendes Kniegelenk und eine Minimierung frühzeitiger Verschleißerscheinungen. Je nach Grad der Verletzung und Anforderung an das Kniegelenk reichen oftmals rein konservative Behandlungsverfahren. Hierbei steht v.a. der Aufbau einer kräftigen knieumgreifenden Muskulatur im Vordergrund.

Leistungssportlern wird in der Regel direkt ein operativer Kreuzbandersatz empfohlen. Mit minimalinvasiven Verfahren werden in unserer Klinik Kreuzbandersatzplastiken durchgeführt. Hierbei werden die Sehnen der ischiocruralen Muskulatur als Kreuzbandersatz benutzt. Entscheidend für den Erfolg der Operation ist ein schneller physiotherapeutischer Aufbau der knieumgreifenden Muskulatur.

Osteochondrosis dissecans

Die OD ist eine umschriebene, linsen- bis pflaumenkerngroße aseptische Knochennekrose. Die Nekrosezone ist durch einen Sklerosesaum von der Durchblutung abgetrennt. Diese abgesonderte Zone kann an Ort und Stelle verbleiben oder als freier Gelenkkörper durch das Kniegelenk schwimmen. Durch die Abbauprodukte des Gelenkknorpels kann es zu Reizerscheinungen im Kniegelenk mit Gelenkerguss kommen. Die Ätiologie ist noch nicht klar. Es werden hauptsächlich mechanische Faktoren als ursächlich diskutiert.



Erste Hinweise sind Auftreten von uncharakteristischen, belastungsabhängigen Schmerzen. Gelegentlich zeigt sich Schwellung und Erguss im Kniegelenk. Falls ein freier Gelenkkörper vorliegen sollte, sind Einklemmungserscheinungen typisch.

Mit modernsten diagnostischen und therapeutischen Verfahren werden bei uns auch hier die Ursachen der Beschwerden sicher erkannt und therapiert. Ein fürsorgliches, engagiertes und freundliches Team koordiniert hierbei alle nötigen Termine für Sie.

Oftmals bietet ein Röntgenbild Hinweise oder es kann bei typischer Klinik die Diagnose gestellt werden. In den meisten Fällen wird aber zu genaueren Analyse eine Kernspindidiagnostik durchgeführt. Hier kann genauestens die Ausprägung des Befundes vermessen werden.

Die Therapieoptionen sind je nach Befund unterschiedlich. Bei manchen Patienten kann noch eine konservative Therapie unter strengen Verlaufskontrollen erfolgen. Bei fortgeschritteneren Stadien stehen verschiedene minimalinvasive Operationsverfahren zur Verfügung. Zur Verbesserung der Durchblutung kann die Defektzone (retrograd oder antegrad) angebohrt werden. Hierdurch soll es zum Einwandern von Stammzellen und Wachstumsfaktoren kommen, welche einen Defektknorpel bilden.

Bei wie ausgestanzten Defekten kann ggfs. auch eine Knorpelzelltransplantation erfolgen. Oftmals kann dies erst intraoperativ entschieden werden, da auch die MRT-Diagnostik nicht alle Details zeigen kann.

Postoperativ erfolgt in den meisten Fällen eine Teilbelastung an UA-Gehstützen. Abschließend sollte zum Aufbau der knieumgreifenden Muskulatur eine physiotherapeutische Therapie erfolgen.

Patellaluxation

Wie der Name schon sagt handelt es sich hierbei um eine aus der knöchernen Führung gesprungene Kniescheibe. Normalerweise springt die Kniescheibe sofort wieder in ihre ursprüngliche Stellung zurück. In den meisten Fällen luxiert sie nach außen. Ursachen hierfür sind knöcherne Fehlausbildung der femeropatellaren Gleitlagers, und Achsfehlstellungen, Muskeldysbalancen in der vorderen Oberschenkelmuskulatur können fördernd wirken. Als Folgen können schwerwiegende Knorpelschäden entstehen. Durch das Ausrenken nach außen wird meistens auch der bandartige Halteapparat auf der Knieinnenseite (Retinakulum) zerrissen, welches die Schmerzen dort erklärt. Oftmals verbleibt auch nach sofortiger Reposition ein Knieschmerz. Erguss und Schwellung können auftreten.



Diagnostisch erfolgen die Röntgen-Aufnahme des Kniegelenks und spezielle Kniescheibenaufnahmen. Hieraus kann ggfs. direkt die Ursache für die Verrenkung erkannt werden. Bei anhaltenden Schmerzen sollte eine MRT-Diagnostik erfolgen, um Verletzungen des Knorpels oder des Halteapparates diagnostizieren zu können.

Als Therapie kann bei Erstluxation ein konservativer Versuch unternommen werden. Mit intensiver Physiotherapie soll nach Abklingen der Schmerzen besonders ein Oberschenkelmuskel (M. vastus medialis) auftrainiert werden. Dieser liegt auf der Oberschenkelinnenseite und verändert den Zug der Kniescheibe nach innen.

Bei wiederholter Luxation ist in den meisten Fällen eine operative Therapie indiziert. Hier muss je nach individuellem Befund ein passendes Verfahren geplant werden. Es werden reine Weichteileingriffe von kombinierten knöchernen Eingriffen unterschieden. Bei allen Verfahren muss natürlich auch postoperativ eine intensive Physiotherapie zum Aufbau der knieumgreifenden Muskulatur erfolgen