Knieschmerz hat mit Vertrauen zu tun…

Knieschmerzen können uns stark verunsichern, da wir dadurch in unserer Stabilität getroffen werden. Wir verlieren das Vertrauen in den Boden, den man hat, in die Standhaftigkeit – auch ins Aufrichten (Resilienz…), in unsere Schritte, die man vorwärts geht…

Differentialdiagnose des Knieschmerzes

Tab. 3: Knieschmerz nach Lokalisation

Der mediale Knieschmerz	Der ventrale Knieschmerz («anterior knee pain»)	Der laterale Knieschmerz	Der posteriore Knieschmerz
– Medialer Meniskusriss, traumatisch oder degenerativ – Parameniskales Ganglion – Meniskus Condrokalzinose – Läsionen der Meniskus-aufhänge-Ligamenten – Innenbandläsion – Kreuzbandläsion – Pes Anserinus Enthesopathie – Läsion des medialen Retinaculum patellae – Mediale Gonarthrose – Osteophyten – Aseptische Knochennekrose – Osteochondrale Läsionen (femoral, tibial) – Synovialitiden – Plica-mediopatellaris-Syndrom – Hoffa-Syndrom – Bursitis anserina	– Ansatztendinopathie des Quadrizeps – **Ansatztendinopathie Patellar-sehne = Jumper's knee** – Störung des medialen Retina-culums – Bursitiden (präpatellaris, infrapatellaris, suprapatellaris) – Femoro-patellar Arthrose – Patella bipartita – Hoffa-Syndrom – Plica-mediopatellaris-Syndrom – Morbus Osgood-Schlatter (ins-besondere bei Jugendlichen, s. HAUSARZT PRAXIS 8/2014) – Morbus Sinding-Larsen-Johanson (insbesondere bei Jugendlichen) – «Referred pains» von Hüft-gelenk oder Lendenwirbelsäule (L2-L3-L4)	– Lateraler Meniskusriss, traumatisch oder degenerativ – Diskoider Meniskus – Aussenbandläsion – **Ilio-Tibial-Band-Syndrom = Runner's knee** – Störungen im tibio-fibulären Gelenk – Springen der Bizepssehne	– Springen der Pes-anserinus-Sehnen – Bursitis des Semimembranosus – Tiefe Venenthrombose – Synovialzysten – Aneurisma der Arteria poplitea – Benigne und maligne Tumoren – Entrapment des N. peronäus – Veranlagerungsvarianten der Arteria poplitea

Vergrössern >>>

Vordere Knieschmerzen: Jumper's Knee – Patellaspitzensyndrom

Es handelt sich um eine schmerzhafte chronische Überlastung des Ansatzes der Kniescheibensehne am unteren Patellapol und wird, dem Namen entsprechend, häufig bei Sprungsportarten diagnostiziert. Es sei hier erwähnt, dass es bei jüngeren Sportlern noch im Wachstum ein ähnliches Krankheitsbild gibt, eine Wachstumsstörung mit Name Sinding-Larsen-Johanson.

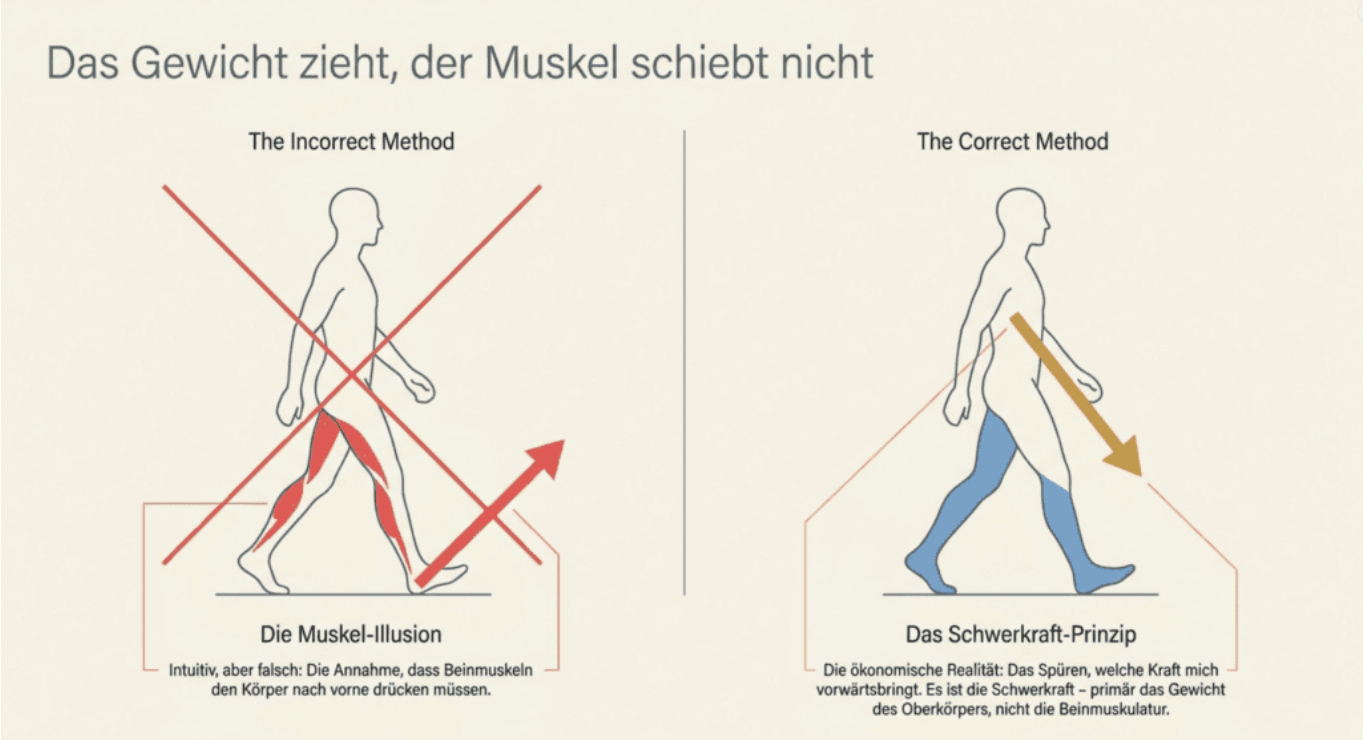
Der Betroffene ist meist in der Lage, sein Problem recht präzise zu schildern: Er hat sehr genau lokalisierbare Schmerzen an der Patellaspitze, die in der ersten Phase (Grad I) nur nach Belastung auftreten, dann auch in Ruhe vorhanden sein können (Grad II). Der selten vorkommende Grad IV entspricht einer Sehnenruptur.
Bei der klinischen Untersuchung kann dieser Schmerz sehr leicht reproduziert werden.
Die Therapie besteht aus einer Modulation der Belastung (bedeutet nicht Sportuntauglichkeit!), physiotherapeutische Massnahmen wie Faszientechnik (Rolfing). Durch Bewegungsmuster mit viel Länge und Entspannung im Oberschenkel (Normal Function) und Dehnen des Quadricepsmuskels kann (natürlich auch prophylaktisch) viel erreicht werden.

Knieschmerz unter der Kniescheibe (d.h. zwischen Kniescheibe und Knochen darunter) – patellofemorales Schmerzsyndrom

Insbesondere bei jungen und sportlich aktiven Menschen sind Schmerzen unter der Kniescheibe (Patella) weit verbreitet. Typische Auslöser des „patellofemoralen Schmerzsyndroms“, das vielen unter seiner früheren Bezeichnung „Chondropathia patellae“ bekannt ist, sind Treppensteigen, Bergablaufen oder sportliche Aktivitäten, die mit Belastungen in tiefer Hocke verbunden sind. Aber auch längeres Sitzen kann zu den Kniebeschwerden führen.

Haltung mit dem Schwerpunkt hinter dem Lot bem Gehen und Stehen

Dies ergibt viel mehr Arbeit und Zug der vorderen Oberschenkelmuskeln (Quads) mit sehr straffen Patellarsehnen und damit wenig Platz hinter den Kniescheiben.
Therapie: Laufstil mit Schwerpunkt vor dem Lot > Nach vorne gezogen werden durch Gewicht des Oberkörpers und der Schwerkraft, wie im Rolfing gelernt.



Patella falsch gezogen?

Provozieren lassen sich die Schmerzen bei der klinischen Untersuchung typischerweise durch Druck auf die Kniescheibe. Verantwortlich für die Beschwerden kann zum Beispiel eine fehlerhafte Zugausrichtung der Patella sein. Die exakte Ursache bleibt jedoch meist trotz genauer Untersuchung unklar. Solange man keinen Grund für die Schmerzen findet, macht eine Operation – in der vagen Hoffnung, dass dann alles besser wird – keinen Sinn. Den Anteil der Patienten, bei denen die Operation eines patellofemoralen Schmerzsyndroms indiziert ist in einer normalen orthopädischen Praxis unter 1 %. Und selbst bei einem selektionierten Patienten-Kollektiv wie in der orthopädischen Universitätsklinik z. B. in Homburg sind es gerade mal 5 %. So ist das patellofemorale Schmerzsyndrom eine Domäne der konservativen Therapie.

Keine Kniebeugen mit Gewicht, keine Froschsprünge, kein Entengang

Es empfiehlt sich zunächst nach schmerzauslösenden Belastungen zu suchen, die man dann möglichst vermeiden sollte. Für Sportler heisst das zum Beispiel, auf veraltete Trainingsmethoden, wie etwa Froschsprünge oder den Entengang, bei

dem man sich in der Hocke wie eine Ente watschelnd fortbewegt, zu verzichten. Diese Übungen gehen mit hohem Druck im Bereich der Kniescheibe einher. Ebenfalls nicht zu empfehlen sind Kniebeugen mit Gewichten. Deutlich sinnvoller lässt sich die Oberschenkelmuskulatur nämlich mit Übungsgeräten trainieren, wie sie in jedem halbwegs modernen Fitnesszentrum stehen. Dabei sitzt der Sportler auf einer Bank und streckt das Knie gegen ein gepolstertes Gewicht am distalen Schienbein. Der Druck hinter der Kniescheibe hält sich dann in Grenzen.

Dehnen schont das Gelenk

Neben den prophylaktischen Massnahmen können auch Übungen hilfreich sein. So stabilisiert der Musculus quadriceps vastus medialis an der distalen Oberschenkelinnenseite die Patella bei der Kniebeugung. Ist der Muskel zu schwach, was man insbesondere im Seitenvergleich sehen oder tasten kann, sollte man den Muskel unter Anleitung auftrainieren. Wichtig ist aber nicht nur Kräftigung, auch auf eine gute Dehnbarkeit der Kniebeuger ist zu achten. Andernfalls erhöhen die straffen ischiokruralen Muskeln an der Oberschenkelhinterseite bei jeder Kniestreckung den Druck auf die Gelenkflächen. Therapeutisch hilft hier auch eine tiefe Bindegewebsarbeit wie sie hervorragend im sog. Rolfing als strukturelle Integration angewendet wird.

Die Übung zur Verkleinerung des „Schmerztores“ zum Hirn kann auch sehr wirksam sein: Weiterlesen >>>

Das Märchen vom kaputten Knorpel

Die Ursache de patellofemoralen Schmerzsyndroms ist unklar. Die früher angeschuldigten Knorpelläsionen an der Patellahinterseite scheinen jedenfalls nicht den Hauptgrund darzustellen (*z.B. Arbeiten von E.O.Münch, 17.Jahreskongress der Deutsch-Österreichisch-Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin in München, Sommer 2002).*

Zur Chondopathia Patellae: siehe auch hier auf dieser Website.

Knieschmerzen seitlich aussen (lateral) oder innen (medial) im Gelenkspalt

können auf einen Meniskusschaden hinweisen. Der innere Meniskus ist dabei viel häufiger als der äussere betroffen.

Ein sehr guter Selbsttest ist der Thessaly-Test: Sie stehen auf dem Bein, das weh tut und halten sich an etwas fest, um sich zu stabilisieren. Nun rotieren Sie mit am Boden fixierten Fuss im Kniegelenk und Rumpf dreimal nach aussen und dreimal nach innen. Liegt eine Mensikusläsion vor, spüren Sie Schmerzen und/oder ein Schnapp-Phänomen im Knie.
Der „Meniskusschmerz“ ist aber häufig ein Schmerz aus den benachbarten Weichteilen und sollte dann auch demenentsprechend (physiotherapeutisch) behandelt werden. Hier wird viel zu häufig und zu schnell operiert! Weiterlesen >>>

Knieschmerzen seitlich aussen (lateral)
Runner’s Knee = das Tractus-iliotibialis-Scheuersyndrom (Iliotibial Band Syndrome)

Dieses Schmerzsyndrom ist verursacht durch eine übermässiges Scheuern des distalen Tractus iliotibialis (Fascia lata) über der seitlichen Femur-Condylen durch repetiertes Beugen und Strecken im Knie v.a. bei Läufern und Fahrradfahrern. Dieser Bandabschnitt kann sich dadurch entzünden und an dieser Stelle auch verdicken. Verstärkend und fördernd wirken vorbestehende Verdickungen des Bandes, sehr hohes Trainingspensum in Kilometern oder Zeit, Läufe auf einer Rennbahn oder Intervall-Training. Auch muskuläre Schwäche der Kniestrecker und –Beuger, sowie v.a. der Hüftabduktoren (v.a. m.gluteus medius) führen zu diesem Schmerzsyndrom.
Der Schmerz findet sich ca. 2 cm über dem seitlichen Kniegelenkspalt. Im Stehen bei 30-Grad-Beugung des Knies scheuert dieses Band über die Erhöhung am Oberschenkelknochen (laterale Femur-Condyle) und tut am meisten weh. Es existiert ein spezifischer Test (Obers Test >>> siehe American Family Physician-Artikel).

Therapie: Zuerst sollte eine akute Entzündung des Iliotibial-Tracts abgeheilt werden: Trainingsreduktion bis Pause (andere Bewegungsabfolgen wie Schwimmen), lokal 15%iger MSM-Gel, kühle Kompressen, ev. antientzündliche Medikamente. Wenn die Entzündung abgeklungen ist, kann der Tractus gestreckt werden und die Hüftabduktoren gekräftigt (siehe Übungen im AFP-Artikel). Ev. vorhandene Triggerpunkte in den am Iliotibialtrakt beteiligten Muskeln müssen behandelt werden. Prophylaktisch muss auch meist ein neues Gangbild mit einer neuen Haltung (im Gleichgewicht!) gelernt werden (siehe Rolfingtherapie).

Weitere Differentialdiagnostische Erwägungen beim lateralen Knieschmerz neben dem lateralen Meniskusschaden: siehe hier.

Knieschmerzen unterhalb des inneren Kniegelenkspaltes

vor allem morgens oder nach Belastung sprechen für Bursitis (Schleimbeutelentzündung) oder Tendinitis (Sehnenentzündung) des Pes anserinus (Sehnenansatz der inneren und hinteren-inneren Oberschenkelmuskeln am Knie) – Folge einer Überpronation (Pronation = es wird v.a. über das innere Fussgewölbe abgerollt). Während der Belastung geht es oft besser. Typisch: Der Läufer schafft problemlos ein hartes Training, kann aber am Morgen darauf kaum noch laufen. Der Schmerz kann provoziert werden, wenn man das Knie beugt und gegen Widerstand innenrotiert (d.h. Unterschenkel nach aussen drehen).

MCL ist Mediales Collaterales Band (Copyright emedicine.medscape.com)

In letzter Zeit sehe ich dies vermehrt bei Läufern, die zu schnell auf die neue Generation Laufschuhe umsteigen, die praktisch keine Pronationsunterstützung mehr haben (Typ Nike Free). Dann sollte man die alten Laufschuhe wieder herausholen und den Umstieg langsam in kleinen Schritten bewerkstelligen.

Zu Kniegelenkschäden beim Sport lesen Sie auch hier eine interessante Arbeit der Rennbahnklinik, Muttenz BL.

Weitere ähnliche Themen auf meiner Homepage:
Richtig Joggen
Sehnenschmerz
Kniegelenke schonen

Veröffentlicht am 15. Juni 2017 von Dr. med. Thomas Walser
Letzte Aktualisierung:
11. Juli 2024