

Vorderer Knieschmerz und Beckendysfunktion

Hartwig Liedtke

Zusammenfassung

Der vordere Knieschmerz ohne adäquates Knie Trauma ist häufig und mitunter chronisch. In vielen Fällen finden sich weder bei der klinischen Untersuchung, noch in bildgebenden Verfahren wie Röntgen oder der Kernspintomographie auffällige, die Beschwerden erklärende Befunde. Offenbar liegt also kein strukturelles, sondern eher ein funktionelles Krankheitsbild vor.

Die Beschwerden sind oftmals Folge eines Hochstands einer oder beider Beckenschaukeln. Dieser Upslip bedingt eine Verkürzung des Tractus iliotibialis und führt damit zu einem chronischen Zug am anterolateralen Kniegelenk. Mit einer einfachen Untersuchung der Beinlänge des Patienten im Liegen und im Sitzen lässt sich diese Verschiebung im Iliosakralgelenk bestätigen.

Beseitigt man diesen Hochstand durch zwei manualtherapeutische Griffe auf beiden Seiten, kommt es nach drei bis vier Wochen zu einer deutlichen Minderung (22%) oder sogar zu einem völligen Verschwinden (51%) der Beschwerden, wie die Beobachtungsstudie an 51 Patienten zeigt.

Schlüsselwörter

Patellakompressionssyndrom, Hochstand der Beckenschaukel, iliobiales Bandsyndrom (ITBS), Verkürzung des Tractus iliotibialis, Tractussyndrom, Läuferknie, Blockade des Iliosakralgelenks (ISG), Beckenverwringung

Abstract

Pain behind the patella or in the anterolateral region of the knee joint without an adequate trauma is common and sometimes long-lasting. Neither the clinical examination nor X-ray or MRI show pathological findings that explain the symptoms. Obviously it is a functional not a structural problem. Quite often this specific pain of the knee is caused by a small cranial shift (upslip) of the ilium. This dysfunction pulls the tensor fasciae latae continuously, thus shortens the iliotibial (Maissiat's) tract which leads to an enduring strain of the antero-lateral region of the knee.

There is an easy way to verify this dysfunction of the sacroiliac (SI) joint by comparing

the length of both legs while the patient lies on his back and sits upright. Once the therapist has removed the cranial shift of the ilium by two special chiropractic manoeuvres, pain gets less (22%) or disappears completely (51%) within three or four weeks as this study shows.

Keyword

Pelvic upslip, patella compression syndrome, cranial shift of the ilium, iliotibial tract syndrome, runners knee, patellofemoral pain syndrome, sacroiliac joint blockage, pelvic torsion

Einführung

Beschwerden im vorderen Bereich des Kniegelenks sind häufig, nicht selten chronisch und therapieresistent. Die Patienten klagen immer wieder über Schmerzen hinter der Kniescheibe und/oder im anterolateralen Kniegelenkbereich, insbesondere beim Treppensteigen sowie beim Aufstehen nach längerem Sitzen. Meistens wird keine Knieverletzung im Sinne einer Distorsion o.ä. erinnert. Alltägliche Arbeiten sind zwar möglich, längere Tätigkeiten oder gar sportliche Aktivitäten verstärken aber das Leiden. In der Regel kann kein genauer Zeitpunkt für den Beginn der manchmal intermittierend auftretenden, sehr lästigen Beschwerden angegeben werden. Anamnestisch werden gelegentlich Bagatelltraumata wie Sprunggelenkzerrung, unglückliches Stolpern, Sturz ohne sichtbare Folgen, versehentlicher Tritt ins Leere etc. erwähnt.

Die Betroffenen suchen Rat beim Spezialisten, oftmals vergeblich. Die klinische Untersuchung liefert in der Regel keinen Hinweis auf einen Kniebinnenschaden, der die vom Patienten angegebenen Schmerzen erklären könnte. Im Röntgenbild ist keine Pathologie erkennbar, gelegentlich

zeigt sich eine lateralisierte Patella. Auch im Befund einer Kernspintomographie lesen sich erfahrungsgemäß nur diffuse, wenig greifbare Auffälligkeiten.

Standardisierte Physiotherapie, Einlagen, Hyaluronsäureinjektionen, Stoßwellentherapie und/oder Eigenblutinjektionen (z.B. Behandlung mit autologem konditioniertem Plasma [ACP]) bringen leider nicht den erhofften Erfolg. Länger anhaltende Beschwerden münden zuweilen in einer Arthroskopie, während der, in Ermangelung einer eindeutigen Ursache, mitunter die Resektion einer „hypertrophen“ Plica mediopatellaris oder eine seitliche Kapselspaltung („lateral release“) vorgenommen wird. Nach dieser Operation persistieren meist die Schmerzen. Die Upstate Medical University, Syracuse, New York, nennt diese Problematik „An Unsolved Medical Mystery“ und hat dazu sogar eine eigene Internetseite aufgelegt [1].

Klinische Diagnostik

Wenn sich weder anamnestisch noch klinisch eine greifbare Ursache für diese therapieresistenten vorderen Kniegelenkbeschwerden findet, sollten wir unseren Blick auf das Becken richten. Gelegentlich geben die Patienten auch Probleme im unteren Rücken bzw. Kreuzbeinbereich an. Verschiedene Tests (über 30 sind bekannt) zum Nachweis einer eingeschränkten Beweglichkeit oder Schmerzen des Iliosakralgelenks (ISG) sind fast immer positiv [2]. Offenbar scheint die ISG-Blockade eine Dysbalance des Beckens zu bewirken und somit die Statik des aufrecht gehenden Menschen massiv zu stören [3].

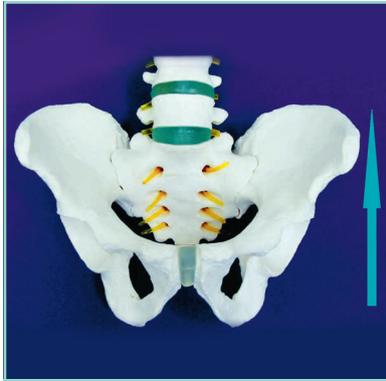


Abb. 1: Upslip der Beckenschaufel



Abb. 2: Untersuchung im Liegen, beide Daumen befinden sich auf gleicher Höhe



Abb. 3: Die Patientin hat sich aufgesetzt, beide Daumen sind leicht versetzt zueinander, ein Hinweis auf einen beidseitigen Hochstand der Beckenschaufeln



Abb. 4: Die Differenz beider Daumen beträgt mehr als 2 cm, was auf eine Beckenverwringung hindeutet

Praxisbezogene Vorbemerkungen

Es gibt zahlreiche manualtherapeutische Verfahren zur Lösung einer ISG-Blockade [4], die aber häufig nicht zum erwünschten Erfolg, nämlich zur Reduzierung der oben beschriebenen retro-patellaren, anterolateralen Kniegelenkschmerzen führen. Über die Jahre habe ich in meiner Praxis festgestellt, dass sich nur mit der Beseitigung der Krani-alisierung des Os ilium bzw. des Upslip (Hochstand) der Beckenschaufel eine deutliche Minderung oder gar die vollständige Beseitigung der eingangs beschriebenen Beschwerden erzielen lässt.

Offenbar erhöht sich mit dem Upslip des Darmbeins (Abb. 1) die Spannung des am seitlichen Beckenrand ansetzenden M. tensor fasciae latae und damit des Tractus iliotibialis. Durch dessen fasziale Verankerung am vorderen, seitlichen Kniegelenkkomplex (u.a. mit Zug am Tuberculum Gerdy) kommt es zu einem pathologisch erhöhten Strain (Spannung, Kompression) ebenda sowie zu einem erhöhten Anpressdruck der Kniescheibe. Aus dieser Verkettung resultiert der chronische Reizzustand am seitlichen Schienbeinkopf mit belastungsabhängigen Schmerzen im vorderen Kniegelenkbereich.

Praktisches Vorgehen

Diagnostik

In der Praxis hat sich ein sehr einfaches und zeitschonendes Verfahren bewährt. Der Patient liegt auf dem Rücken. Der Therapeut erklärt dem Patienten, dass er nun die Beinlänge im Liegen und im Sitzen messen werde. Dazu setzt er seine beiden Daumen knapp oberhalb der Knöchelregion so an, dass sich die beiden Daumen auf der gleichen Höhe befinden bzw. sich genau gegenüberstehen (Abb. 2). Nun bittet er den Patienten, sich aufzusetzen, wobei die Beine leicht angehoben werden müssen,

um ein Artefakt zu vermeiden. Bei einem Upslip stehen nun beide Daumen leicht versetzt zueinander (Abb. 3). Dem Patienten wird dadurch anschaulich demonstriert, dass eine Verschiebung im Becken vorliegt. Die 90°-Beugung zum Sitzen mit gesteckten Beinen ist nämlich nicht allein durch die Rotation im Hüftgelenk bedingt, sondern auch Folge einer minimalen, aber entscheidenden Gleitbewegung beider Sakroiliakalfugen (Nutation). Fehlt dieses Gleiten, dieser Shift im ISG, kommt es zu folgenden Resultaten:

- Differiert die Höhe der Daumen um etwa 1–1,5 cm, liegt ein einseitiger Upslip des Darmbeins vor.
- Sind beide Daumen nur gering gegeneinander verschoben, handelt es sich meistens um einen Hochstand beider Beckenschaufeln (Abb. 3).
- Beträgt die Differenz beider Daumen mehr als zwei Zentimeter (Derbolowsky-Zeichen), diagnostizieren wir zusätzlich eine Beckenverwringung (Abb. 4), die besonderer manualtherapeutischer Maßnahmen bedarf, worauf in diesem Artikel aber nicht näher eingegangen werden kann.

Therapie

Nun bittet man den Patienten, sich auf den Bauch zu legen. Es kommen zwei manualtherapeutische Techniken zur Anwendung:

- Lösung des ISG mit einem bodenwärts gerichteten Impuls, wobei die eine Hand des Therapeuten auf dem Beckenrand (Crista iliaca) ruht, während die andere die Kreuzbeinmitte stabilisiert (Abb. 5).
- Mithilfe des sogenannten Panthersprungs (ruckartiger Zug am Bein nach distal bei gleichzeitig nach kranial gerichtetem Impuls gegen das Kreuzbein) wird der Hochstand der Beckenschaufel beseitigt (Abb. 6).

Werden diese Manöver auf beiden Seiten praktiziert, befinden sich bei der anschließenden Kontrolluntersuchung in Rückenlage und im Sitzen beide Dau-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8561911>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8561911>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)