

Patellaspitzen Syndrom

Patellaspitzensyndrom / Jumpers Knee / Runners Knee / Tendinitis patellae

Es handelt sich um eine chronische, degenerative Überlastungserkrankung der Kniescheibe am Knochen bzw. Sehnenübergang der Kniescheibenspitze.

Die Kniescheibe (Patella) ist als Sesambein zwischen dem Ober- und Unterschenkel auf der Vorderseite des Kniegelenkes gelegen. Sie ist Teil des Kniegelenkes.

Die Streckmuskulatur des Oberschenkels endet an der Basis der Kniescheibe. Von der Spitze der Kniescheibe aus läuft die Kniescheibensehne zur Unterschenkelvorderseite.

Die Kraftentwicklung der Oberschenkelstreckmuskulatur wird über den Quadrizepsmuskel, die Quadrizepssehne, die Kniescheibe, die Kniescheibensehne und das Schienbein auf den Unterschenkel übertragen.

Besonders hohen Belastungen ist die Patellasehne beim Springen ausgesetzt, weil es hierbei zu einer starken und ruckartigen Beanspruchung der Sehne kommt. Hierbei kann das Sehngewebe überlastet werden.

Symptome

Sportler mit einem Patellaspitzensyndrom berichten über einen Schmerz im Bereich der Kniescheibenspitze, der je nach Belastung zu oder abnimmt. Häufig tritt der Schmerz nach der Aufwärmphase in den Hintergrund, während er in der Phase nach der Belastung erneut auftritt.

Typisch ist eine schmerzhafte Streckbewegung des Unterschenkels. Eine sichtbare Rötung oder Schwellung sind seltenere Anzeichen. Manche Patienten klagen auch über ein Gefühl der Steifigkeit und Schmerzen nach längerem Sitzen, z.B. nach längeren Autofahrten.

Im fortgeschrittenen Stadium verbleibt der Schmerz während der gesamten Belastung. In sehr weit fortgeschrittenen Fällen schmerzt der Kniescheibenansatz nicht nur bei der sportlichen Betätigung sondern permanent auch im Alltag, zum Beispiel beim Treppensteigen. Einige Patienten beschreiben einen stichartigen Schmerz wenn sie das Knie unter Belastung anwinkeln.

Typisch ist die Hartnäckigkeit der Erkrankung. Oft handelt es sich um ein chronisches, über viele Monate bis Jahre anhaltendes Krankheitsbild mit schmerzfreen Phasen, aber immer wieder auftretenden Beschwerden nach Belastungsspitzen.

In 20-30 Prozent der Fälle kommt ein Patellaspitzensyndrom beidseits vor.

Ursächlich ist eine andauernde Überlastung des Ursprungs der Patellasehne. Voraussetzung für eine Überlastung ist manchmal ein muskuläres Ungleichgewicht. Diese Dysbalancen können zwischen Beinbeuger und Beinstrecker (Beinbeuger zu schwach) oder aber zwischen innenliegendem (Vastus medialis) und außenliegendem Anteil (Vastus lateralis) des Quadriceps (Vastus medialis zu schwach) bestehen.

Die Therapie erfolgt mittels Eisbehandlung, gutem Aufwärmen und Dehnen, Beseitigung der Muskelungleichgewichte sowie die Korrektur der Fuss und Beinachsen mittels Sensomotorischer Fußbettung.

Eine Veränderung der Muskelspannung durch stärkere Aktivierung der primären Schienbeinmuskulatur bei gleichzeitiger Unterstützung des Fersenbeins kann durch Verwendung von Sensomotorischen Fußbettungen erreicht werden. Damit geht einher eine Reduzierung der Verwringung des unteren Sprunggelenkes und Subtalargelenkes was zu einer Verminderung der Tibiakopf- innenrotation führt.

Desweiteren physikalische Behandlung (Ultraschall- oder Reizstrombehandlung) und in hartnäckigen Fällen eine konsequente Sportpause, die nicht zu kurz gewählt werden sollte.

Die Dauer richtet sich nach den Beschwerden. Als sinnvoll sehen wir einen Zeitraum zwischen 6 Wochen und 3 Monaten an.

Anschließend sollte man sich vorsichtig an seine Belastungsgrenze herantasten. Ohne Sportkarenz wird auch unter den unten genannten Therapiemaßnahmen keine Beschwerdefreiheit zu erzielen sein!

Bei einem Teil der Patienten kann auch unter starken konservativ therapeutischen Bemühungen keine Beschwerdefreiheit / Beschwerdearmut erreicht werden. In diesen Fällen können operative Therapiemaßnahmen in Erwägung gezogen werden. Vor einer operativen Intervention sollte ein mindestens 6-monatiger konservativer Therapieversuch erfolgt sein.

Prophylaxe

Gute Muskeldehnung, Aufwärmen vor der sportlichen Betätigung und langsames steigern der Belastungsintensität. Als prophylaktische Behandlungsmaßnahmen können eine weiche Sohle und entlastende Tapeverbände / Orthesen für die Knie-scheibensehne eingesetzt werden.

Sensomotorische Fußbettungen zur Korrektur der mukulären Dysbalancen und zur Korrektur der Fuß- und Beinachsen.