

Kniebeschwerden

H. Tilscher

Manuelle Medizin

Chirotherapie, Manuelle Therapie

ISSN 0025-2514

Volume 55

Number 1

Manuelle Medizin (2017) 55:18-20

DOI 10.1007/s00337-016-0227-3

Band 55 · Heft 1 · März 2017

Manuelle Medizin

Chirotherapie | Manuelle Therapie | ärztliche Osteopathie
ärztliche Chiropraktik | Muskuloskeletale Medizin
Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin

Knieschmerzen – ein häufiges Problem in der Praxis
Möglichkeiten und Grenzen der konservativen Therapie

Probleme des klinischen Wiederbefunds
Zusatzweiterbildung „Manuelle Medizin/Chirotherapie“; besondere Beachtung des motorischen Lernens
Fibromyalgie bei chronischer CCD und CMD

Indexed in Scopus



www.ManuelleMedizin.springer.de
www.springermedizin.de

 Springer Medizin

Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer Medizin Verlag Berlin. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

Manuelle Medizin 2017 · 55:18–20
 DOI 10.1007/s00337-016-0227-3
 Online publiziert: 27. Januar 2017
 © Springer Medizin Verlag Berlin 2017



H. Tilscher

Österreichische Ärztesgesellschaft für Manuelle Medizin und konservative Orthopädie, Verein zur Prävention von Wirbelsäulenstörungen, Wien, Österreich

Kniebeschwerden

Medialer Tibiakopfunkt und andere extrakapsuläre behandelbare Schmerzverursacher

Die Behandlungsformen bei Kniegelenkbeschwerden hängen von den Erkenntnissen der Strukturanalyse und der Aktualitätsdiagnose ab, d. h. von den Ergebnissen der klinischen Untersuchung und der Bewertung morphologischer Veränderungen (**Abb. 1**, [1]). Im Rahmen der manuellen Untersuchung werden mit den verschiedensten Techniken kritische Details eruiert, die auch die pathogenetischen Führungsstrukturen erfassen. Dazu gehört die Lokalisation der Schmerzdonatoren, die das Beschwerdebild bedingen oder aktiv dazu beitragen. Anhand der Strukturanalyse können entsprechende therapeutische Strategien entwickelt werden.

Pathogenetische Führungsstrukturen können auch anatomische Strukturen sein, die nicht intraartikulär, sondern extraartikulär (extrakapsulär) positioniert und einer manuellen Behandlung allein nicht zugänglich sind (**Infobox 1**). Sie können bei schmerzhafter Störung lokal behandelt werden, z. B. mit der therapeutischen Lokalanästhesie bzw. Trockennadelung [4].

Die Schmerzpalpation ist für die Beurteilung von Störungen des Stütz- und Bewegungsapparats eine wichtige Untersuchungstechnik. Gemeinsam mit den Schmerzprovokationstests verdrängt sie in zunehmendem Maße die Funktionsuntersuchung, aus der sich eigentlich eine Funktionstherapie er-

gäbe. Bei Kniebeschwerden bedürfen v. a. die Schmerzprovokationstests und die Schmerzpalpation einer genaueren Analyse (**Abb. 1**).

Medialer Tibiakopfunkt

Im Rahmen der konservativen Behandlung von Knieproblemen fiel schon in den 1970er Jahren auf der von uns gegründeten und bisher einzigen Abteilung für konservative Orthopädie in Österreich auf, dass viele Patienten, die vorwiegend an schmerzhaften degenerativen Veränderungen litten, einen „Maximalpunkt“ hatten, der medial der Tuberositas tibiae und ventral des Pes anserinus liegt. Dieser Punkt wurde bereits am 20. Fortbildungstag der Fachärzte für Orthopädie in Erlangen gemeinsam mit Prof. Klaus Steinbrück vorgestellt und in einem entsprechenden Kongressband [5] dokumentiert.

Bei insgesamt 50 Patienten mit gonarthrotischen Beschwerden wurde die Druckschmerzhaftigkeit in verschiedenen Strukturen geprüft. Dabei zeigte sich, dass insgesamt 34 Patienten die-

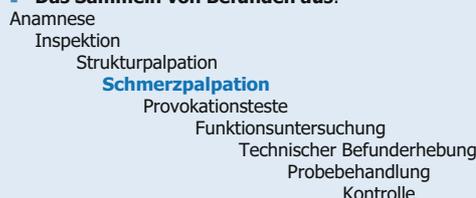
sen Punkt als druckschmerzhaft empfanden (**Tab. 1**). Bei den anatomischen Recherchen befanden sich an der genannten Stelle keine wesentlichen Insertionen, aber Gefäßeintrittsstellen der Vasa perforantes, vorwiegend der A. genus descendens bzw. A. inferior medialis genus [6]. Theoretisch wird angenommen, dass die genannten Vasa perforantes für die Durchblutung des Tibiakopfes mitverantwortlich sind und dass die Gonarthrose auch subchondral in der Durchblutung der Knochen Änderungen schafft, die durch endostale Schmerzrezeptoren erkannt werden.

Meniskusschmerzen

Die Palpation insbesondere des medialen Kniegelenkspalts ist eine wichtige Informationsmöglichkeit zur Erkennung einer Meniskusläsion. Da der Meniskus selbst keine sensible Innervierung hat, muss bei der lokalen Druckschmerzuntersuchung daran gedacht werden, dass auch andere Strukturen in diesem Bereich gestört und schmerzhaft sein können. Zu nennen

Klinisch

Das Sammeln von Befunden aus:



Morphologie

Abb. 1 ◀ Strukturanalyse aus klinischen Befunden und Morphologie

Dieser Beitrag basiert auf einem Vortrag, gehalten auf dem Kongress „Knie- und Schulterschmerzen – ein häufiges Problem in der Praxis“ in Pörttschach am Wörthersee im Juli 2016

Zusammenfassung · Abstract

Tab. 1 Maximalpunkte bei 50 Patienten

Maximalpunkt	Patienten	
	n	%
Medialer Tibiakopfpunkt	8	16
Medialer Tibiakopfpunkt und medialer Kniegelenkspalt	21	42
Medialer Tibiakopfpunkt, medialer Kniegelenkspalt und mediales Kollateralband	2	4
Medialer Tibiakopfpunkt, medialer Kniegelenkspalt und laterales Kollateralband	3	6
Medialer Tibiakopfpunkt insgesamt	34	68
Mediales Kollateralband	3	6
Mediales und laterales Kollateralband	3	6
Kein Maximalpunkt	10	20
Summe	50	100

- Infobox 1** Extraartikuläre Schmerzpunkte
- Medialer Tibiakopfpunkt
 - Bandansätze
 - Meniskushaltebänder (z. B. „coronary ligaments“)
 - Kollateralbänder
 - Sehnen und Bänder des Streckapparats
 - Ligamentum patellae
 - Quadrizepssehne
 - Retinacula patellae
 - Ansätze des Tractus iliotibialis
 - M. tibialis anterior

sind hier die von Mäurer [3] genannten Pitfalls, z. B.

- die Struktur im Bereich der menisko-tibialen Anheftung (Lig. coronoidum),
- das Lig. transversum (Lig. Winslow),
- die posterioren Ligamente nach Humphrey und Wrisberg (menisko-femorale Ligamente) und
- die Sehne des M. popliteus, die innerhalb des Meniskus gelegene Risse simuliert.

Die schmerzende Anhaftung des medialen Meniskus zur Tibia, das Lig. coronoidum („coronary ligament“ [2]) findet in der Praxis relativ wenig Beachtung. Diese Struktur kann bei positivem Untersuchungsergebnis Indikation zu äußerst effizienten Lokaltherapien werden (Infiltration, Trockennadelung).

Manuelle Medizin 2017 · 55:18–20 DOI 10.1007/s00337-016-0227-3
© Springer Medizin Verlag Berlin 2017

H. Tilscher
Kniebeschwerden. Medialer Tibiakopfpunkt und andere extrakapsuläre behandelbare Schmerzverursacher

Zusammenfassung
Knieprobleme erfordern bei ihrer diagnostischen Bewertung einen Ausschluss oder eine Erkennung pathomorphologischer Veränderungen, die mit den Beschwerden in Zusammenhang gebracht werden können. Letzteres ist auch und insbesondere Aufgabe der klinischen Untersuchung, die durch die Identifikation der pathologischen Führungsstruktur therapeutische Maßnahmen indiziert. Bei den Untersuchungstechniken spielt die Schmerzpalpation eine besondere Rolle, denn auch extrakapsulär gelegene anatomische Strukturen, wie die sehnigen Ansätze des Streckapparats und die Kollateralbänder, können bei ihrer Störung die Beschwerdesymptomatik (mit)verursachen. Gelegentlich besteht auch

ein Druckschmerz im Ursprung des M. tibialis anterior, dessen Mitbehandlung, v. a. durch Trockennadelung oder therapeutische Lokalanästhesie, überlegt werden sollte. Ferner kann eine Druckschmerzhaftigkeit medial der Tuberositas tibiae vorliegen, der sog. mediale Tibiakopfpunkt, der auch in die Behandlungsstrategien mit einzubeziehen ist. Meniskusbeschwerden erfordern eine eigene Analyse, weil sich hinter den Meniskopathien auch andere Strukturen als Beschwerdeursachen manifestieren können.

Schlüsselwörter
Kniegelenk · Schmerzen · Meniskus · Palpation · Lokalanästhesie

Knee complaints. Inner caput tibiae point and other extracapsular treatable causes of pain

Abstract
The diagnostic assessment of knee problems necessitates exclusion or recognition of pathomorphological alterations, which can be associated with the complaints. The latter is also and in particular the role of the clinical examination, which indicates the therapeutic measures by identification of the main pathological structures. Pain palpation plays a particular role in clinical examination techniques because disorders of extracapsular anatomical structures, such as the tendon insertion points of the extensor apparatus and the collateral ligaments can also cause the complaints. Occasionally pressure pain occurs in the origin of the tibialis anterior muscle

and treatment, particularly with dry needling or therapeutic local anesthesia, should be considered. Furthermore, pressure pain can be present medial to the tibial tuberosity, the so-called medial tibial plateau, which should also be included in the treatment strategy. Problems with the meniscus need a separate analysis because other structures can manifest as the cause of the complaints apart from meniscopathies.

Keywords
Knee joint · Pain · Meniscus · Palpation · Local anesthesia

Andere extrakapsuläre Maximalpunkte

Extraartikuläre Schmerzpunkte finden sich auch den Beschwerden entsprechend in den Insertionen verschiedener sehniger Strukturen, z. B. an der Kniescheibe („jumpers knee“, Patellarsehnenansatzschmerz, Patellaspitzensyndrom, Retinaculum-patellae-Ansatz-Schmerzen im Kniescheibenbereich insbesondere bei der Retropatellararthrose).

Die ursprünglichen Ansätze der Kollateralbänder dürfen nicht vergessen werden [4].

Etwas abgelegen vom Kniegelenk ist gelegentlich ein Maximalpunkt im Ursprung des M. tibialis anterior zu finden, der eine Verstärkung lateral gelegener Kniebeschwerden produziert und bei der Therapie mitberücksichtigt werden soll. Dieser Punkt entspricht dem Akupunkturpunkt Magen 36.

Leitthema

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. H. Tilscher

Österreichische Ärztesgesellschaft für Manuelle
Medizin und konservative Orthopädie, Verein
zur Prävention von Wirbelsäulenstörungen
Wien, Österreich
hans.tilscher@extern.wienkav.at

5. Tilscher H, Steinbrück K (1981) Reflextherapie bei Funktionsstörungen des Kniegelenkes. In: Hohmann D (Hrsg) Das Knie. Praktische Orthopädie, Bd. 11. Stork Druck & Verlag KG, Bruchsal, S 177–189
6. Schünke M et al (2007) Prometheus Lernatlas der Anatomie, 2. Aufl. Thieme, Stuttgart, S440 (544)

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. H. Tilscher gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Beyer H-K (2003) MRT der Gelenke und der Wirbelsäule. Springer, Berlin Heidelberg, S 365
2. Cyriax J, Cyriax P (1983) Illustrated Manual of Orthopaedic Medicine. Butterworths, London, S95
3. Mäurer J (2004) Effiziente Kniebildgebung. Thieme, Stuttgart, S8–9
4. Tilscher H, Eder M (2007) Infiltrationstherapie – therapeutische Lokalanästhesie, 4. Aufl. Facultas, Wien, S168–182

Hier steht eine Anzeige.