

Konservative Therapie der Patellaerstluxation



C. Valle

Indikation zur konservativen Therapie:

Traumatische Erstluxation ohne osteochondrales Flake nach Abwägung der individuellen Wahrscheinlichkeit einer Reluxation

Anamnese:

Traumamechanismus, Reposition: Wie? Wann?

Abschätzen Reluxationsrisiko: Alter, Traumahergang, bereits in Vergangenheit erfolgte Luxation am Kniegelenk, bekannte Bindegewebsstörung

Diagnostik:

Röntgen in 2 Ebenen + Patella tangential, MRT (fettsaturierte PD, axiale T2, T1 coronar, ggf. T1 sagittal, axial T2 in voller Streckung), Erarbeitung TT-TG-Abstand, Patella-Tilt, Typ Trochlea-Dysplasie, Patella-Höhe (z.B. Insall-Salvati-Score)

Erarbeitung des Reluxationsrisikos:

- z.B. mit Hilfe des Patella Instability Severity Score (PISS)
- PISS < 3 Punkten: konservative Therapie, PISS > 4 Punkten und keine knöcherner Verletzung ggf. konservative Therapie nach individueller Entscheidung mit Patient
- Bei knöcherner Verletzung → operative Therapie

Direkt nach Trauma:

- Schmerzmedikation (z.B. NSAR entsprechend Kontraindikationen)
- Bis erfolgte Diagnostik und Ausschluss Begleitverletzungen Ruhigstellung in 20° Flexion
- Gehen an Gehstützen
- Milde Kälte in ersten 4 Wochen je nach Schwellungszustand

Rehabilitationsziele phasenabhängig

1. Heilung der Verletzung, Abschwellung, Schmerzreduktion
2. Schmerzfreie aktiv-assistive Mobilisierung und Stabilisierung Kniegelenk, Verbesserung Rumpfstabilität
3. Aktive Mobilisierung Kniegelenk, weitere Verbesserung Muskulatur an Rumpf und untere Extremitäten

Inhalte der Rehabilitationsphasen:

1. Phase: (bis 2. Woche nach Trauma)

Lymphdrainage; Kühlen; Isometrisches Training M. quadriceps; Detonisierung Tonus Tractus iliotibialis; Gangschule an Gehstützen; Thromboseprophylaxe; Patientenschulung; Training Rumpfstabilität; Vollbelastung im 3-Punkt-Gang und Orthese; ggf. EMS-Training M. vastus medialis, ggf. Bewegungslimitierung Extension/Flexion 0-20-40°

2. Phase: (bis 4. Woche nach Trauma)

Aktiv-assistive Mobilisierung Kniegelenk in Orthese, gezieltes Training Gluteen, Training Hüftabduktoren und Rumpfmuskulatur, Propriozeptionstraining, Steigerung der Bewegungslimitierung Extension/Flexion 0-10-60° (bis 4. Woche; Neuromuskuläres Training; Korrektur Beinachse (ggf. mit Verordnung passender Einlagen); Gang im Wechselschritt an Gehstützen

3. Phase (bis 6. Woche)

Aktive Mobilisierung in geschlossener Kette, Training von Kombinationsbewegungen, Abtrainieren Orthese; Steigerung der Bewegungslimitierung Extension/Flexion 0-0-90°; Gehen in Orthese ohne Gehstützen

4. Phase (bis 8. Woche)

Komplexeres Krafttraining mit Zunahme der Widerstände, Training in offener Kette, Training einzelner sportspezifischer Bewegungen, freie ROM, Training ohne Orthese, Training auf unebenen Untergründen ohne Gehstützen

5. Phase (ab 8. Woche)

Sportspezifisches Training; Abschätzung der Sportfähigkeit abhängig von Funktionstests (45° Kniebeuge, Y-Balance-Test, single hop & side hop test, 3-Sprung-Test); vor Wettkampfsport erneut Überprüfung durch Funktionstests und gezieltes Sprungtraining, Sprinttraining, usw.

Pitfalls:

- Falsche Abschätzung des Relaxationsrisikos durch unzureichende Diagnostik
- Zur korrekten Diagnostik MRT axial T2 in voller Streckung (TTTG-Abstand)!
- Patella in voller Extension und bei Flexion > 60° höchste Lateralisationstendenz, MPFL bei Flexion zwischen 15-30° am entspanntesten, Eintauchen der Patella in die Trochlea ca. bei 20° Flexion → beim Übungsaufbau beachten!

Besonderheiten in der Rehabilitation der Patellaerstluxation:

- Keine klare Evidenz zur Dauer der Immobilisierung und Belastungsaufbau vorhanden
- Kaum Daten zum Return-to-sport nach Patellaerstluxation vorhanden