

Knieschmerz

Beratungsanlass: welcher Patient sitzt vor mir?

z.B.:

- jüngere Patienten nach Ausführen von abrupt bremsenden Sportarten
- Wachstumsschmerzen bei Kindern
- aktivierte Arthrose bei älteren Patienten

Anamnese:

- Z.n. OP?
- Waren Sie im Krankenhaus?
- Trauma:Unfallhergang genau schildern lassen

Inspektion:

Entzündungszeichen (Rötung, Schwellung, Überwärmung, Bewegungseinschränkungen)
WS im Stehen betrachten und Patienten beim Gehen (z.B. Betreten des Untersuchungszimmers) beobachten -> Gangbild auch ohne Hose beurteilen
Schuhwerk des Patienten betrachten: Belastung Knie durch Fehlhaltung?

Untersuchung:

- grob orientierend Kraft und Motorik
- Bewegungsprüfung:
 - Extension/Flexion
 - Abduktion/Adduktion
 - Innen- und Außenrotation
- Prüfen der Seitenstabilität des Knies:
- Untersuchung der medialen und lateralen Aufklappbarkeit des Kniegelenks

Patella:

- Prüfen der Patella Verschieblichkeit
- Tanzende Patella
- Zohlen Zeichen

Kreuzbänder:

- Pivot-Shift-Test (vorderes Kreuzband)
- Lachman Test (vorderes Kreuzband)
- Schubladen Test (vorderes und hinteres Kreuzband)
- Gravity-Sign (hinteres Kreuzband)

-

Menisken:

- Payr-Zeichen (Innenmeniskus)
- Steinmann I und II Zeichen (Innen- und Außenmeniskus)
- McMurray-Test (Innen- und Außenmeniskus)
- Bragard-Test (Innen- und Außenmeniskus)
- Apley-Grinding Zeichen (Innen- und Außenmeniskus)
- Böhler Zeichen (Innen- und Außenmeniskus)

Link zu Untersuchungsvideos:

<https://www.youtube.com/watch?v=SRq1f5JC2Rs&list=PLofmFkPEiqiKHOM9mpI75RFpFP9Yh4Tz0>

Differentialdiagnosen

Entzündung:

Borreliose, Morbus Reiter, Chlamydien, Z.n. Arthroskopie (Infektion?), CED (Begleiterscheinung im Gelenk), aseptische Nekrosen (M. Osgood-Schlatter, Morbus Blount, Morbus Köhler, Morbus Perthes etc.), Coxitis Fugax, bakterielle Endokarditis als Streuherd (akute, heftige, rezidivierende, schmerzhafte Entzündung)

Tumor:

Osteoid Osteom
Osteosarkom, Chondrosarkom
Primärtumor im Knochen/Weichteil
Plasmozytom (macht überall Frakturen)
Knochenmetastasen von z.B. Melanom

Gefäße:

akute Thrombose (v.a. ältere Patienten)
AV- Fistel
pAVK
A. poplitea Fistel im Rahmen einer pAVK
Muskel kann bei Belastung Arterie abdrücken
Aneurysma der A. poplitea
TVT, Thrombophlebitis

metabolisch:

sämtliche rheumatische Krankheitsbilder
Psoriasis (auch, wenn Haut gut)
SLE mit Gelenkbeteiligung
Gicht
Arthrose
Rachitis
Polyneuropathie bei Diabetes (kein klassisches Symptom -> wenn dann nur Mitbeteiligung)

Medikamente

v.a. Statine

Trauma:

Sämtliche Traumata, sowie Frakturen mit Weichteilbeteiligung
Achtung bei Weber C Fraktur: OSG -> Fibula im oberen Teil betroffen -> Knieschmerzen
nicht erinnerliche Stürze beim älteren Patienten, Misshandlungen (Kinder, Frauen)
Frailty Syndrom, habituelle Patellaluxation (v.a. Jugendliche), Meniskuseinklemmung

Psyche:

Diffus

Weitere Differentialdiagnosen:

Baker Zyste

Diagnostik:

MRT: bei V.a. Meniskus/Weichteil Verletzung, bei anhaltenden Schmerzen
CAVE: Frakturen nicht sofort sichtbar

CT: Rekonstruktion bei Trauma; kein Standard, nur präoperativ, aber auch da oft Röntgen ausreichend

Labor: wenn unklar, diffus geschwollen: BKS, CRP, BSG, BB, Alkalische Phosphatase, Harnsäure

Ultraschall:

bei V.a. Arthrose

Doppelkontur Phänomen (bei Gicht)

Erguss

-> Sonobilder Roman

(Rheumatoide) Arthritis: hypertrophe Synovia, Erosion

Röntgen: V.a. Fraktur oder Tumor

Gelenkpunktion: entlastet v.a. bei Hämatomen (wäre evtl. Nährboden für Bakterien)

steril mit Mundschutz etc. -> nur Anton und Thomas

Untersuchung Punktat: Zellen, Keime, Kristalle (nur, wenn V.a. septische Genese, im KH: Mikroskopie Standard)

Einspritzung: ohne Erguss bei z.B. aktivierter Arthrose: Cortison, Hyaluronsäure

Indikation für Überweisung zu Orthopäden:

Patient mit anhaltenden, rezidivierenden oder therapieresistenten Beschwerden

Kinder bei anhaltenden Beschwerden Therapie:

Hochlagern, kühlen, Schmerzmedikation

wenn nach 1-2 Wochen noch nicht besser: wieder vorstellen

Patienten betreuen und Gefühl geben, dass man ihn ernst nimmt

kurze Abstände zwischen Terminen, um UAW von Schmerzmedikation und Thrombosen zu bemerken

-

vorher mit Patienten abklären, ob OP gewollt -> sonst ist MRT häufig nicht indiziert

Zwischenfrage: Zeitliches Intervall bis MRT bei Kreuzbandriss:

in Region Wartezeit auf Termin: 4-8 Wochen -> ist ok wsl. keine zeitliche Begrenzung

Patienten mitteilen, dass er bei Verschlechterung ins Krankenhaus fahren soll

Thromboseprophylaxe

am besten Rücksprache mit behandelndem Facharzt halten