



Viele Läufer haben schon einmal Bekanntschaft mit dem Patellaspitzensyndrom gemacht.

Jumper's Knie

PATELLASPITZENSYNDROM – WAS TUN?

Was ist dran am „Jumper's Knee“ und wie kann man vor allem präventiv trainieren, um eine solche Überbelastung zu vermeiden?

DR. SVEN THOMAS FALLE

Viele LäuferInnen, vor allem viele ambitionierte BreitensportlerInnen mit großen Laufumfängen und Intensitäten bzw. mit schnellen Richtungswechseln, haben schon einmal Bekanntschaft mit dieser Form der Überlastung gemacht. Die Patellasehne verbindet die Kniescheibe (Patella), an deren Oberseite der Oberschenkelstreckmuskel (Musc. Rectus femoris) einstrahlt, mit dem Schienbein und ist damit der Kraftüberträger im Kniebereich bei der Streckung des Beines. Treten Beschwerden, vor allem in Form von Reizungen im Bereich der Patellasehne auf, dann zumeist am Ansatzpunkt an der unten liegenden Patellaspitze oder am Schienbeinkochen.

URSACHEN UND AUSLÖSER

Verschiedene Faktoren können dabei – durch eine Überbelastung der Patellasehne – die Entstehung eines Patellaspitzensyndroms begünstigen: Dazu zählen unter anderem auch Erkrankungen und wachstumsbedingte Überbelastungen der Wachstumsfuge im Bereich der knöchernen Ansatzstellen der Patellasehnen am Schienbein im Kindesalter (z. B. Morbus Osgood Schlatter), eine höher stehende Kniescheibe, ein zu starker Muskeltonus der Oberschenkelstreckmuskulatur bzw. eine zu geringe Dehnfähigkeit der Ischiocruralen Muskulatur, eine mangelhafte Knie- und Hüftstreckung, muskuläre Dysbalancen und Asymmetrien im Becken-Bein-Bereich (z. B. eine Schwäche des Musc. Vastus medialis oder ein valgisches Kniebewegungsmuster durch zu schwache

Hüftaußenrotatoren), eine Überpronation im Sprunggelenk mit Rotation des Schienbeins und ein zu stabiles (oder z. B. durch Schuhe zu stark stabilisiertes) Sprunggelenk.

DIAGNOSE UND THERAPIE

Diagnostisch stehen vor allem die ausführliche Anamnese und die klinische Untersuchung im Vordergrund. Ein MRT kann helfen, die Verdachtsdiagnose zu bestätigen und eine Mitbeteiligung bzw. Fortschreiten der Entzündung in den Knochenanteil der Kniescheibe im Ansatzbereich der Patellasehne im Form eines Ödems zu verifizieren.

Neben einem temporären Laufverbot – die größte Gefahr beim Patellaspitzen-syndrom besteht nämlich darin, dass bei Beschwerdebesserung wieder frühzeitig mit dem Lauftraining begonnen wird und dadurch das Risiko für ein chronisches und oftmals auch lange Zeit therapieresistentes Beschwerdebild besteht – bis zur Beschwerdefreiheit steht besonders die möglichst rasche Beseitigung der Sehnenreizung im therapeutischen Fokus.

Dabei ist unbedingt zu erwähnen, dass das Injizieren von Cortison zur Entzündungshemmung im Bereich der Patellasehne absolut obsolet und damit nicht durchzuführen ist, da das Cortison das Sehnenmaterial massiv schädigt und eine Patellasehnenruptur die Folge sein kann.

Vor allem Enzymtherapien (z. B. Wobenzym) und entzündungshemmende Maßnahmen (lokale Kälteapplikation, Stromtherapie, Arnikatinktur, Traumeelinjektionen) helfen in der Akutphase. Auf entzündungshemmende Medikamente (u. a. NSAR) sollte dabei aber soweit wie möglich verzichtet werden, da diese die Wirkung der Enzymtherapie oftmals negativ beeinflussen.

Jedoch kann eine orale Einnahme der nicht essentiellen Aminosäure L-Prolin die Kollagensynthese und damit die Erneuerung und Regeneration des Sehngewebes im gereizten Sehnenbereich verbessern. Zusätzlich ist eine physiotherapeutische Therapie, insbesondere zum Erhalt der Mobilität der Patellasehne durch Querfraktionen und Weichteiltechniken empfehlenswert.

Da es sich bei Sehnenmaterial um passive Körperstrukturen mit deutlich verlängerten Regenerationszeiträumen handelt, ist oftmals eine längere konsequente Sport- und Laufpause bis zur kompletten Sehnenregeneration notwendig und verlangt vom Sportler sehr viel Geduld.

WIEDEREINSTIEG INS TRAINING

Was ist bei Wiederaufnahme des Lauftrainings nach einem Patellaspitzen-syndrom zu beachten und wie kann ich präventiv dagegen vorbeugen? Mit dem Lauftraining sollte erst wieder begonnen werden, wenn keinerlei Entzündungszeichen und Schmerzen mehr vorhanden sind und auch die Streckung im Knie gegen Widerstand wieder vollkommen schmerzfrei ist.

Nach Wiederaufnahme des Lauftrainings sollte dieses langsam und vorsichtig gesteigert werden. Vor allem beim Laufkrafttraining sollte anfänglich darauf geachtet werden, auf Beugung im Kniegelenk über 90° mit Gewicht und gegen Widerstand zu verzichten sowie tiefe Kniebeugen, Sprungübungen und schnelle und abrupte Stop & Go-Bewegungen, Bergläufe und Überstreckung im Kniegelenk für die erste Zeit zu vermeiden.

Auch eine muskuläre Zentrierung der Kniescheibe im Gleitlager durch ein entsprechendes sportartspezifisches Training (am Besten unter Anleitung eines funktionellen Trainingsexperten oder Physiotherapeuten) mit Ausgleich von muskulären Asymmetrien und Dysbalancen im Oberschenkelbereich sowie einem konsequenten und fokussierten Beinachsentraining für eine gerade Becken-Bein-Achse (auch in der Einbeindynamik!) z. B. durch ein gezieltes Training

der Aktivierung der Gesäßmuskulatur und muskulärem Aufbau der Hüftaußenrotatoren stehen im therapeutischen Vordergrund. Hier ist vor allem die genaue Erforschung der Ursache des jeweiligen Patellaspitzen-syndroms notwendig, um die jeweiligen richtigen therapeutischen und trainingsmäßigen Korrekturmaßnahmen durchführen zu können. Ohne definitiv eruierte Ursache ist eine langfristige und andauernde Beseitigung des Beschwerdebildes nicht möglich. Hierfür sind erfahrungsgemäß unter anderem das Durchführen eines Functional Movement Screens, eines Y-Tests und einer sportorthopädisch-funktionellen Untersuchung zu empfehlen.

Ist man beschwerdefrei und ein normales Lauftraining schmerzfrei wieder möglich, stehen präventive Trainingsmaßnahmen im Vordergrund, um das Risiko eines (neuerlichen) Patellaspitzen-syndroms zu verringern.



© LAUFSPORTPRAXIS



- 1 Exakte Lokalisation des Schmerzes.
- 2 Zum Erhalt der Mobilität der Patellasehne sollten Querfraktionen durchgeführt werden.

gern. Dies sollte vor allem durch Training in der Einbeindynamik erfolgen, um Hüft-, Knie und Sprunggelenksbewegungen vor allem auch in der Frontalebene zu kontrollieren (z. B. einbeinige Kniebeugen). Auch das selbstständige myofasziale Release der Faszienstrukturen und des Weichteilgewebes der Oberschenkelstrecker-muskulatur mit der Blackroll sollte regelmäßig weiter durchgeführt werden. Verkürzungen, vor allem im Hüftbereich können durch regelmäßige Dehn- und Mobilisationsübungen vermieden werden. Außerdem lohnt es sich generell, regelmäßig an der eigenen Hüft- und Sprunggelenksmobilität zu arbeiten. «