

Sehr geehrter Herr [REDACTED]

ich möchte über Ihre Untersuchung und Beratung am [REDACTED] berichten.

Diagnose:

Unklare Schmerzen rechtes Kniegelenk nach Fahrradsturz 10/2019 (erste Arthroskopie 02/2020, Klinikum Oldenburg, zweite Arthroskopie 03/2021, [REDACTED] Braunschweig, offene Arthrolyse 03.03.2022 [REDACTED] Hannover)

Insuffizienz des deszendierenden antinozizeptiven Systems (DAS)

Vorgeschichte:

2002 Knorpelknochenzylinderentnahme am rechten Kniegelenk wegen einer OD am rechten Talus mit gutem Erfolg. 2007 wurde eine Plica entfernt, danach Besserung.

Nach einem Fahrradsturz 10/2019 deutliche Verschlechterung. Eine intraartikuläre Verletzung konnte im MRT ausgeschlossen werden. Es wurde lediglich Gewebe im Bereich der medialen Patella festgestellt. Nach 6 Wochen Verschlechterung mit Druckgefühl, Ruhe- und Belastungsschmerz. Hyaluron-Injektionen ohne positive Wirkung.

Es erfolgte dann im Klinikum Oldenburg im Februar 2020 eine Arthroskopie. Dabei wurde ein Knorpeldefekt diagnostiziert und eine Glättung sowie Teilsynovektomie vorgenommen. Nach diesem Eingriff stärkste Schmerzen, so dass das Kniegelenk kaum beweglich gewesen sei. 4 Tage stationär und Entlassung mit einer CPM-Schiene. Die Beweglichkeit des rechten Kniegelenkes habe sich auf der CPM-Schiene wieder gebessert. Durch die EAP-Maßnahme keine Besserung.

Zweite Arthroskopie März 2021 durch Prof. [REDACTED] Braunschweig. Ein Knorpeldefekt Grad III wurde diagnostiziert und der Narbenstrang entfernt. Danach Hyaluron-Injektionen und Eigenblutbehandlung ohne Erfolg.

Am 03.03.2022 wurde von [REDACTED] in Hannover eine offene Arthrolyse durchgeführt. Eine Erklärung für die Beschwerdesymptomatik konnte nicht gefunden werden. In der Histologie wurde eine narbenartige Fibrose diagnostiziert, passend zu einer Arthrofibrose Grad I.

Empfohlen wurde zusätzlich eine rheumatologische Untersuchung. Eine medikamentöse Behandlung wird zurzeit nicht durchgeführt, weil Schmerzmittel bisher keine Wirkung gezeigt hätten (Diclofenac, Ibuprofen und Arcoxia). Bisher keine Morphine.

Es besteht seit Jahren schon eine Baker-Zyste. In dem mitgebrachten MRT ist eine Verbindung zum Gelenkinneren nicht nachweisbar. Es wird über mehrere Rupturen berichtet. Auf dem MRT ist auch keine intraartikulärer Erguss nachweisbar.

Aktuelle Beschwerden:

Treppauf und Treppab steigen sei möglich aber mit Schmerzen. Treppab steigen schlechter als Treppauf. Ergometer und Fahrradfahren sei möglich aber mit nachfolgender Verschlechterung der Schmerzen. Habe eine Spannung im Kniegelenk auch in Ruhe, vor allen Dingen beim Sitzen und gebeugtem Kniegelenk, ebenfalls beim Autofahren. Keine Überwärmung, kein typischer Anlaufschmerz. Habe immer Schmerzen bei Belastung. Der Schmerz gehe nie weg, sondern werde im Laufe des Tages eher stärker. Die berufliche Tätigkeit sei erheblich beeinträchtigt als Berufsschullehrer, weil er Gehen und Stehen müsse. Schlaf nicht gestört. Im Liegen bessere sich der Schmerz. Im Bett kein Schmerz. Haut berührungsempfindlich, so dass er in erster Linie kurze Hosen trage. Leichte Erschütterungen im Bein seien unangenehm.

Klinischer Befund:

Rechtes Kniegelenk Extension/Flexion 0-0-150°, endgradig nicht schmerzhaft. Kein intraartikulärer Erguss. Patella völlig mobil. Kein typischer Druckschmerz parapatellar. Überwärmung im Vergleich zu links (33,3° / 31,8°, plus 1,5°). Keine axiale oder seitliche Instabilität. Kein CRPS-Hinweis. Seitengleiche Muskulatur. Hypästhesie lateral der Narbe.

Beurteilung:

Bei Ihnen liegt keine Arthrofibrose oder ein CRPS des rechten Kniegelenkes vor. Das Kniegelenk ist frei beweglich und die Kniescheibe ist eher hypermobil. Hinweise für intraartikuläres fibrotisches Gewebe, das zu einer Funktionseinschränkung führt, sind nicht nachweisbar. Es besteht auch kein intraartikulärer Erguss. Die mediale Zyste hat ebenfalls keine Verbindung zum Gelenkinneren (siehe MRTs).

Im Bereich der medialen Narbe ist eine Allodynie und ein fortführender Schmerz nachweisbar, der Hinweise gibt für eine Insuffizienz des deszendierenden antinozizeptiven Systems.

Empfohlen wird Tilidin 50 mg in aufsteigender Dosis beginnend mit 1-0-0, bei fehlender Wirkung Erhöhung auf 1-0-1 bis zur Wirkdosis. Zusätzlich Versatis-Pflaster zur Betäubung der medialen Knieregion.

Zusätzlich Amitriptylin 10 mg zur Verstärkung der analgetischen Therapie und zur Beruhigung des Sympathikus.

Operative Eingriffe sind aus meiner Sicht nicht mehr zielführend. Die bisherigen haben auch zu keinem Erfolg geführt.

Mit freundlichen Grüßen