

# Häufige intraartikuläre und periartikuläre Infiltrationen in der Praxis

## Teil 2: Infiltrationen am Kniegelenk

Für die allgemeinen Hinweise zur korrekten Durchführung einer intraartikulären Infiltration sei auf die Einführung im ersten Teil dieser Artikelserie (doXmedical 3/19) verwiesen, die ausführliche Informationen zu Indikationen, Kontraindikationen und Nebenwirkungen sowie zur Punktionstechnik enthält. Im nachfolgenden Beitrag stehen Instillationen bei Kniegelenkerkrankungen im Mittelpunkt.

Von Andreas W. Krebs

### Kniegelenkspunktion und/oder Infiltration (intraartikulär)

*Indikation:* Eine Gonarthrit is t die häufigste Monarthrit is (z.B. reaktive Arthritis, Kristallarthritis, Lyme-Arthritis etc.) (Abbildung 1). Eine klare Diagnose erfordert in aller Regel eine Analyse des Gelenkpunktes; damit ist die (diagnostische) Kniegelenkspunktion die häufigste intraartikuläre Punktion in der Praxis. Gleichzeitig ist bei jeder nicht infektiösen Gonarthrit is sowie bei einer aktivierten Gonarthrose (oder einer degenerativen Meniskusläsion beim älteren Patienten) therapeutisch eine intraartikuläre Steroidinfiltration sinnvoll. Die Kniegelenkspunktion ist technisch einfach und bei korrekter Durchführung schmerzarm.

*Punktionsort:* Da sich der Gelenkserguss primär im Recessus suprapatellaris ansammelt (und nicht im Gelenkspalt zwischen Femur und Tibia), erfolgt die Ergusspunktion am einfachsten von lateral in den suprapatellären Recessus. Auch für die intraartikuläre Infiltration empfiehlt sich primär dieser technisch einfachste und für den Patienten schmerzärmste Zugang. Alternativ kann der Gelenkraum bei 90 Grad gebeugtem Knie auch von anterior her medial oder lateral des Ligamentum patellae erreicht werden.

*Infiltrationstechnik:* Patient in Rückenlage mit gestrecktem oder leicht gebeugtem Kniegelenk. Identifikation und Palpation des Patellaoberpols von lateral, Markierung der Infiltrationsstelle ca. 1 cm unterhalb des Patellaoberpols, korrekte Desinfektion, Punktion oder Infiltration in den Recessus suprapatellaris (schwarze Nadel, 22G). Die Nadel zielt nach medial/cranial ca. 2 cm tief. Vor jeder Infiltration soll möglichst aller Erguss abpunktiert werden, dazu kann allenfalls mit der anderen Hand der mediale Recessus gleichzeitig komprimiert werden. Die Infiltration sollte widerstandslos und ohne Schmerzen erfolgen. Im Falle einer Steroidinfiltration werden 40 mg Triamcinolonacetonid oder 20 mg Triamcinolonhexacetonid infiltriert (gemischt mit Lidocain oder NaCl, totales Volumen 5 ml).

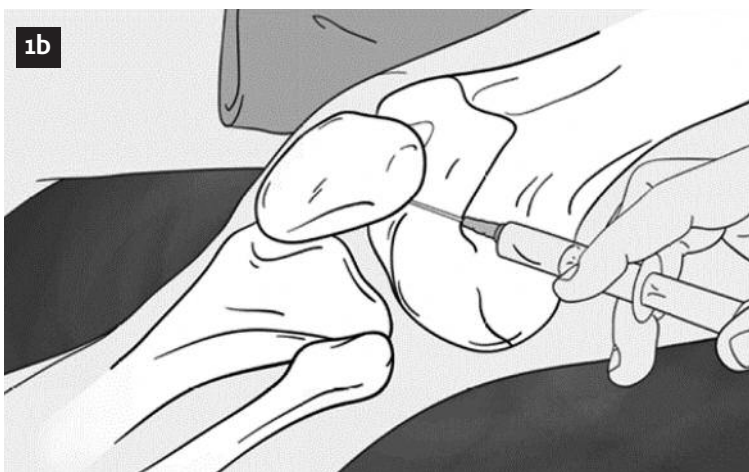


Abbildung 1: Infiltration unter die Patella in das Kniegelenk



Abbildung 2: Instillation in die Bursa

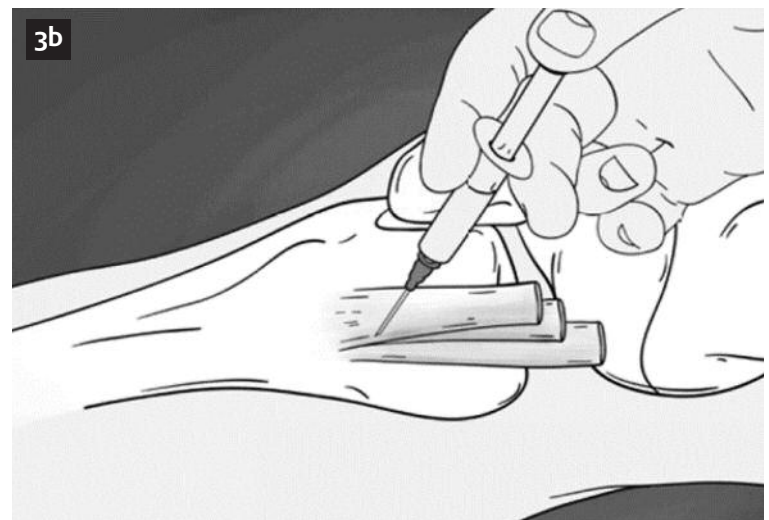


Abbildung 3: Lokale Steroidinfiltration periartikulär am Beispiel des Pes anserinus medial unterhalb der Kniegelenksspalte.

## **Bursapunktion am Knie**

### **Bursa suprapatellaris**

*Indikation:* Diagnostische Punktion bei entzündlicher Bursitis (Kristalle? Infekt?). Steroidinfiltration bei nicht infektiöser Bursitis (20 mg Triamcinolonacetonid oder 10 mg Triamcinolonhexacetonid) (Abbildung 2).

*Infiltrationstechnik:* Identifikation und Palpation zum Beispiel der Bursa präpatellaris, der Bursa infrapatellaris superficialis (anterior der Insertion der Patellarsehne an der Tibia), der Bursa infrapatellaris profunda oder der Semimembranosus-Gastrocnemius-Bursa («Bakerzyste»). Markierung der Infiltrationsstelle, Desinfektion, Infiltration in die Bursa.

Für die sichere Punktion der Semimembranosus-Gastrocnemius-Bursa («Bakerzyste») popliteal ist die Lokalisation der Punktionstelle (stets medial des Gefäßnervenbündels!) mit Ultraschall zu empfehlen. Patient liegt dazu in Bauchlage. Im Hinblick auf eine Infiltration ist zu bedenken, dass eine sol-

che Zyste in aller Regel Folge einer Pathologie im Kniegelenk ist; sie kann zwar, wenn sie gross ist, zur Symptomlinderung punktiert werden, eine eventuelle Steroidinfiltration sollte jedoch in aller Regel besser ins Kniegelenk erfolgen.

### **Periartikuläre Infiltrationen**

*Indikation:* Gelegentlich entspringen Knieschmerzen nicht direkt dem Gelenk, sondern sind periartikulär bedingt (z.B. Ansätze der Kollateralbänder, Pes anserinus) (Abbildung 3).

*Infiltrationstechnik:* In diesem Fall ist eine Steroidinfiltration loco dolenti (kleine Steroiddosis: 10 mg Triamcinolonacetonid oder 5 mg Triamcinolonhexacetonid mit etwas Lidocain) sinnvoll. **X**

#### **Korrespondenzadresse:**

Dr. med. Andreas W. Krebs  
 Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin  
 8302 Kloten