

Differenzialdiagnose

**Lateraler Knieschmerz**

- lateraler Meniskusriss
- laterales Meniskusganglion
- diskoider Meniskus
- Kollateralbandverletzung oder -entzündung
- Chondropathie (Symptomatisch allerdings häufiger medial)
- Tractus iliotibialis – Syndrom
- Stressreaktion / -fraktur lateral
- Tendinopathie der Popliteussehne (posterolateral)
- Ansatz-tendinopathie der Biceps-femoris-Sehne
- Subluxation oder Reizung des proximalen Tibiofibulargelenkes

**Anteriorer Knieschmerz:**

- Patellar- / Quadrizepssehntendinopathie (insbesondere „jumpers knee“)
- Chondropathia patellae
- Femoropatellararthrose
- Plica-Syndrom
- M. Osgood-Schlatter
- Transiente Patellarluxation oder Maltracking
- Hoffa-Ganglion, -Synovitis, -Impingement
- Anteriorer Meniskusriss, -zyste
- Bursitis präpatellaris oder -infrapatellaris

**Medialer Knieschmerz:**

- Innenmeniskusriss
- Chondropathie
- Kollateralbandverletzung oder -entzündung
- Bursitis anserina
- Stressreaktion / -fraktur medial
- Osteochondrosis dissecans / M. Ahlbäck
- Plica-Syndrom

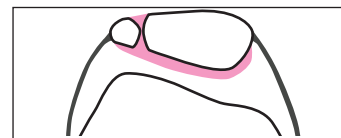
Der posteriore Knieschmerz ist sehr unspezifisch. Alle genannten Pathologien können mit einem posterior empfundenen (fortgeleiteten?) Schmerzsyndrom einher gehen.



Pitfalls



Im anterolateralen Femurkondylus findet sich eine physiologische Mulde (patellofemorale Sulkus). Sie ist flach und harmonisch konfiguriert. In diesem Bereich ist auch der Knorpel physiologischerweise ausgedünnt



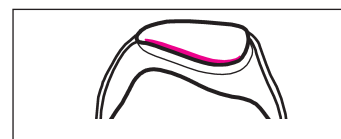
Eine Patella bipartita darf nicht als Fraktur oder Knochenläsion fehlinterpretiert werden. Zu beachten sind die typische Lage der Patella bipartita am laterokrani-alen Patellarpol, die Abrundung des Knochenkerns, sowie der intakte Retropatellarknorpel bei der Patella bipartita!



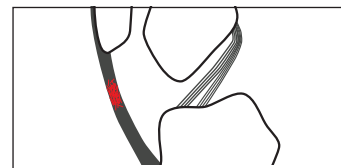
Der dorsale Patellardefekt wird als Normvariante angesehen. Er liegt fast immer kranial und lateral. Es handelt sich um einen runden bis ovalen Bezirk an der Patellarückseite mit ausgeprägter Randsklerose. Der darüber liegende Knorpel ist intakt.



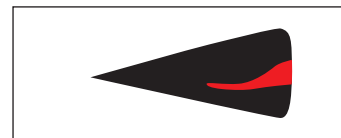
An der Patellaspitze fehlt oft der Knorpel. Es handelt sich hier um einen physiologischen Befund, keine Knorpelläsion.



Neben fleckigen Signalveränderungen durch Inaktivität können nach Knieverletzungen und -operationen in der Patella vorübergehend in T2 hyperintense Streifen im subchondralen Knochen beobachtet werden. Diese können mehrere Monate anhalten!

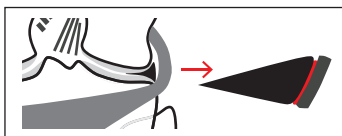


Im Verlauf des Lig. patellae führen magic angle Artefakte oft zu Signalanhebungen in Sequenzen mit niedrigem TE. Die typische Lokalisation und in Zweifelsfällen der Vergleich mit einer T2-gewichteten Sequenz erlauben die Differenzierung gegenüber einer Tendinopathie.

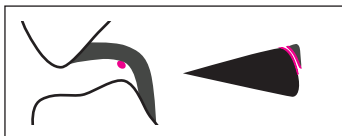


Signalanhebungen innerhalb der Meniskusbasis sind bis zum Abschluss der Skelettreife durch die Vaskularisation erklärbar. Die Ober- und Unterfläche des Meniskus müssen jedoch intakt sein.





Die Popliteusesehne kann einen Riss des Außenmeniskushinterhorns vortäuschen.



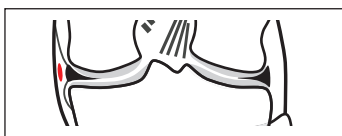
Das einstrahlende meniskofemorale Ligament kann einen Riss des Außenmeniskushinterhorns vortäuschen.



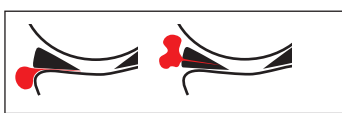
Das Lig. transversum kann einen Vorderhornriss vortäuschen.



Wenn man nur fettsupprimierte Sequenzen beachtet, können ventral und dorsal eingeschlagene Fettzotten Meniskusfragmente vortäuschen.



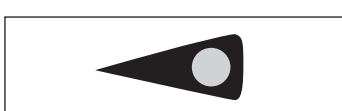
Durch Flüssigkeit in der Bursa lig. collaterale mediale (zwischen den Schichten des medialen Kollateralbandes) kann eine meniskokapsuläre Separation vortäuscht werden. Die Diagnose erfordert den Nachweis einer Ruptur der meniskokapsulären Faszikel.



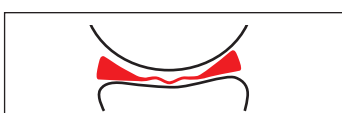
Der ventrale Rezessus der Gelenkkapsel kann mit einer parameniskalen Zyste verwechselt werden. Beim Rezessus liegt das Zentrum der Flüssigkeitsansammlung im Gegensatz zur Zyste unterhalb des Meniskus.



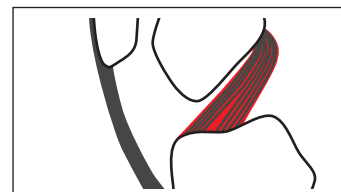
Die relativ weit nach ventral verlaufende Insertion der Semimembranosusehne darf nicht als disloziertes Meniskusfragment fehlgedeutet werden.



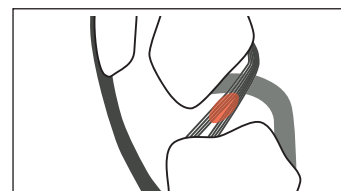
Meniskusossikel sind selten und liegen meist innerhalb des Hinterhorns des Innenmeniskus.



Eine Wellenbildung des medialen Meniskus ist eine Normvariante, die vor allem bei leicht gebeugtem Knie (ca. 10°) zu beobachten ist.



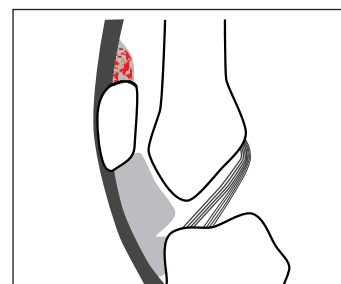
Der posterolaterale Anteil des VKB ist signalreicher als der anteromediale. Auch eine leichte Hyperintensität im distalen VKB kann normal sein. Bei mukoider Degeneration kann das erhöhte Signal in T1w und T2w eine VKB-Ruptur vortäuschen. Grundsätzlich ist bei fehlender Abgrenzbarkeit des VKB eine klinische Korrelation erforderlich!



Zwischen anteromedialem und posterolateralem Anteil des VKB kann Gelenkflüssigkeit eintreten. Außerdem existieren Ganglionzysten des VKB, die sich als umschriebene Flüssigkeit im Bandverlauf darstellen. Beide Befunde können einen Riss vortäuschen.



Geringe ödemäquivalente Signalanhebungen vor der Patella und dem Lig. patellae sind noch nicht pathologisch. Erst Ödeme > 7-10 mm oder Flüssigkeitseinschlüsse sprechen für eine Bursitis.



Im Winkel zwischen Patellaoberrand und Quadrizepssehne findet sich zudem ein kleiner suprapatellarer Fettkörper. Bei diesem ist zu beachten, dass er sich auch bei asymptomatischen Patienten oft ödematös und etwas raumfordernd darstellt. Dieser Befund hat somit meist keinen Krankheitswert.