



Schulterinstabilität
Schulterluxation:
Arthroskopische und offene
Stabilisierung

Schulterchirurgie
Dr. Gernot Aitzetmüller

Bei der **Instabilität eines Gelenkes** unterscheidet man zwei Formen:

Die **angeborene, sogenannte habituelle Instabilität**. Hierbei ist das gesamte Stützgewebe des Körpers schwach und der Kapsel-Bandapparat insbesondere des Schultergelenkes lax, sodass der Oberarmkopf zuviel Spiel in allen Richtungen hat und ohne große Gewalteinwirkung aus dem Gelenk springen kann (Luxation). Diese Verrenkung erfolgt zumeist gewollt und ohne Schmerzen. (Bild 1+2). Bei dieser Form der Instabilität wird nur im Ausnahmefall operiert, sondern durch ein physiotherapeutisches Übungs- und Trainingsprogramm therapiert.



Bild 1 und 2: Klinisches Bild einer habituellen Schulterinstabilität

Die zweite Form, die sogenannte **chronisch-traumatische Instabilität** entsteht durch eine Verletzung des Kapsel-Bandapparates durch eine unfallbedingte Verrenkung (Luxation) des Armes. Dabei wird typischerweise die Gelenkklippe, das sogenannte Labrum, vom Gelenkpfannenrand durch den Oberarmkopf beim Luxationsvorgang abgeschert. (Bild 3). Zusätzlich wird die vordere, untere Gelenkkapsel stark überdehnt oder reißt sogar ein. Aufgrund dieser Schädigung kann die Schulter ohne erneuten Unfall spontan luxieren



Bild 3: Abriss der Gelenkklippe vom knöchernen Pfannenrand

Bei einer eingetretenen Luxation steht der Oberarmkopf unterhalb der Gelenkpfanne und muss wieder eingelenkt, reponiert werden. Danach erfolgt die Ruhigstellung in einem Abspreizkissen in Neutralrotation des Armes, damit befindet sich das Gewebe in anatomischer Position und kann anheilen. Im Anschluss wird ein physiotherapeutisches Übungsprogramm absolviert mit dem Ziel der muskulären Stabilisierung des Gelenkes.

Verbleibt trotz allem nach intensiver und langer Physiotherapie eine Instabilität, sollte eine operative Stabilisierung des Gelenkes erfolge. Die Folge einer unbehandelten Instabilität ist der vorzeitige Gelenkknorpelverschleiß.

Eine Ausnahme hinsichtlich des Operationszeitpunktes ist der sportlich aktive Patient. Bei einer eingetretenen Luxation sollte eine unmittelbare Operation erfolgen, um eine frühe Rückkehr in den Wettkampf zu erreichen.

Operationstechnik

Grundsätzlich stehen zwei unterschiedliche operative Möglichkeiten zur Verfügung:

Arthroskopische Bankart-Operation (anatomische Rekonstruktion)

Zeigt sich bei den Voruntersuchungen (Kernspintomografie) und bei der Arthroskopie ein abgelöstes Labrum (Gelenkklippe) ohne wesentliche Kapselverletzung, so ist eine Refixierung des Labrums an den Pfannenrand mittels Knochenanker möglich. Zunächst wird eine diagnostische Arthroskopie (Gelenkspiegelung) zur Beurteilung des Verletzungsausmaßes des Pfannenrandes und der Kapselbandstrukturen sowie zur Beurteilung zusätzlicher Schäden durchgeführt. Anschließend erfolgt die arthroskopische Stabilisierung. Hierbei wird die abgelöste Gelenkklippe (Labrum) mit dem Kapselbandapparat in ihrer ursprünglichen Position fixiert. (Bild 4-7)



Bild 4: Bankart Läsion



Bild 5: Naht der Gelenkklippe an den Pfannenrand mittels Knochenanker

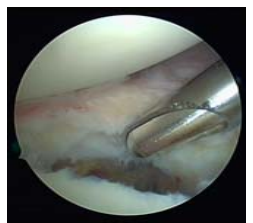


Bild 6: arthroskopisches Bild einer Bankart-Operation



Bild 7: arthroskopisches Bild einer Bankart-Operation

Offen (nicht-anatomische Rekonstruktion)-Operation nach Latarjet

Findet sich in einer präoperativ durchgeführten Computertomografie ein grösserer Knochendefekt an der Schultergelenkpfanne (mehr als 25% des größten Querdurchmessers der Gelenkspfanne), so muss eine Knochenersatzoperation (Operation nach Latarjet) durchgeführt werden. Bei dieser nicht-anatomischen Operation wird ein Teil des Rabenschnabelfortsatzes mit den anhängenden Sehnen an den knöchernen Pfannendefekt mittels Schrauben fixiert, wodurch mittels dieser Sehnen eine dynamische Stabilisierung des Schultergelenkes erzielt wird. (Bild 8)



Bild 8: Grafische Darstellung der Operation nach Latarjet

Stationäre Behandlung

Die Dauer des Krankenhausaufenthaltes beträgt ca. 4-5 Tage.

Nachbehandlung

Natürlich halten die gesetzten Nähte noch keiner großen Belastung stand, sodass die Schulter für die erste postoperative Zeit ruhiggestellt werden muss (ca. 3-4 Wochen). (Bild 9) Gleichzeitig beginnt ein phasenorientiertes Rehabilitationsprogramm, welches mit einer passiven Mobilisierung der operierten Schulter ab dem 1. postoperativen Tag begonnen wird.



Bild 9: Schulter-abduktionsverband

Arbeits- und Sportfähigkeit

Bei Büro-, Lehr-, Management- oder ähnlicher Tätigkeit ist die Rückkehr in den Arbeitsprozess nach 2-3 Wochen realistisch. Bei Patienten mit körperlich schwerer Arbeit ist die volle Rehabilitationszeit von 10-12 Wochen einzuplanen.

Autofahren kann nach 4-6 Wochen erfolgen.

Die Wiederaufnahme der beruflichen und der sportlichen Aktivität ist insbesondere bei operativ stabilisierten Schultern streng ausgerichtet an der individuellen Tätigkeit. Als grober Maßstab für den Trainingsbeginn gilt ein Zeitraum von 3 Monaten für Sportarten ohne Überkopfbelastung. Überkopfsportarten können nach 6 Monaten wieder durchgeführt werden.

Kontakt/ Terminvereinbarung:

unter der Telefonnummer 0732 7675-348 oder per e-mail: fb.ebene3.linz@diakoniewerk.at