

## Schulterverrenkung (Luxation) / Schulterinstabilität

### Krankheitsbild und typische Beschwerden:

Das Schultergelenk ist das am häufigsten ausgelenkte (=luxierte) Gelenk. Man unterscheidet zwischen unfallbedingten Luxationen und den selteneren anlagebedingten Instabilitäten, die verursacht sind durch eine vermehrte Elastizität (=Laxizität) der Gelenkkapsel. Die Luxation tritt z.B. auf, wenn die Hand kraftvoll hinter den Kopf geführt wird, wie z.B. bei einer Wurfbewegung im Sport. Nach einer Erstluxation können im Verlauf wiederholte Luxationen auftreten. Patienten, die jünger als 30 Jahre sind haben die größte Wahrscheinlichkeit einer erneuten Luxation. Ursächlich ist das Abreißen einer stabilisierenden Knorpellippe (Labrum) (Abb. 1). Bei über 40-50-jährigen hingegen kann zusätzlich die Rotatorenmanschette als Folge der Luxation reißen.

### Diagnosestellung:

Die Luxation kann durch die Untersuchung vermutet werden, die Diagnose wird durch Röntgenbilder gesichert. Nach dem Wiedereinrenken wird nach Erstluxation im Verlauf eine Kernspintomographie durchgeführt, um einen Abriss des Labrums oder der Rotatorenmanschette zu diagnostizieren. In einigen Fällen ist eine Computertomographie (CT) zur Beurteilung der knöchernen Gelenkpfanne notwendig.

### Behandlung:

Nach unfallbedingter Schultererstluxation stehen eine konservative und eine operative Therapie zur Verfügung. Bei unter 20-30-jährigen kann die Re-Luxationsrate am zuverlässigsten operativ reduziert werden (auf ca. 5-10%, konservativ 50-70%). Liegt eine anlagebedingte Schulterluxation vor, so ist die Therapie der Wahl die krankengymnastische Beübung der schulterstabilisierenden Muskulatur. Versagt die Therapie nach 4-6 Monaten, kann arthroskopisch oder ggf. offen die Kapsel verkleinert werden.

### Operation/ Komplikationen/ Nachbehandlung:

Bei der Operation wird arthroskopisch (in Schlüssellochtechnik) die Knorpellippe mittels sog. Fadenankern wieder an der Schulterpfanne fixiert (s. Abb. 8). Gleiches gilt für Patienten mit wiederholter Luxation, wobei hier zusätzlich eine Verkleinerung der Kapsel erfolgt. Seltene mögliche Komplikationen sind die Infektion, eine Bewegungseinschränkung sowie die erneute Luxation (5-10%). Die Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgt am 2. Tag nach der Operation. Nach der Operation sollte eine krankengymnastische Beübung 3 Mal in der Woche entsprechend einem von uns mitgegebenen Nachbehandlungsschema stattfinden.

Bei sog. chronischen Instabilitäten des Schultereckgelenkes und mehrfachen Luxationen liegt häufig neben dem Riss der Gelenklippe auch ein größerer Knochendefekt an der vorderen Gelenkpfanne vor (Abb. 2 A + B, 3 A). In diesen Fällen reicht die alleinige Befestigung der Gelenklippe zur Wiederherstellung der Stabilität des Schultergelenkes nicht aus. Eine frische knöcherner Verletzung kann prinzipiell mit verschiedenen Verfahren wieder befestigt werden. Dies ist jedoch nach mehrfachen Luxationen der Schulter oft nicht mehr möglich, so dass der Ersatz des Knochendefektes an der Gelenkpfanne nötig wird. Hierzu gibt es verschiedene Techniken, die alle zum Ziel haben mit einem Knochenblock (z.B. aus dem Beckenkamm) oder einem Knochentransfer (z.B. des Rabenschnabelfortsatzes / Korakoid) den knöchernen Defekt wieder aufzubauen. Dies führen wir in dem meisten Fällen ebenfalls arthroskopisch (in Schlüssellochtechnik) durch. Entsprechend der Größe des Knochendefektes an der Gelenkpfanne wird ein Knochenblock aus dem Beckenkamm entnommen und arthroskopisch mittels Mini-Schrauben an der vorderen Gelenkpfanne befestigt (Abb. 2 C + D, 3 B). Hiermit lässt sich schonend, auch bei solch ausgeprägten Instabilitäten eine gute Stabilisierung und Funktion der Schulter erreichen.

### Arbeitsfähigkeit:

Für sitzende Tätigkeiten besteht je nach Schmerzen nach 2-4 Wochen Arbeitsfähigkeit. Schulterbelastende Tätigkeiten sollten erst nach kompletter Beschwerdefreiheit durchgeführt werden.

### Sport:

Joggen und Fahren auf dem Ergometer sind nach 8-10 Wochen möglich. Kontakt- und Kampfsport sowie andere schulterbelastende Sportarten sollten erst nach ca. 5 Monaten durchgeführt werden.

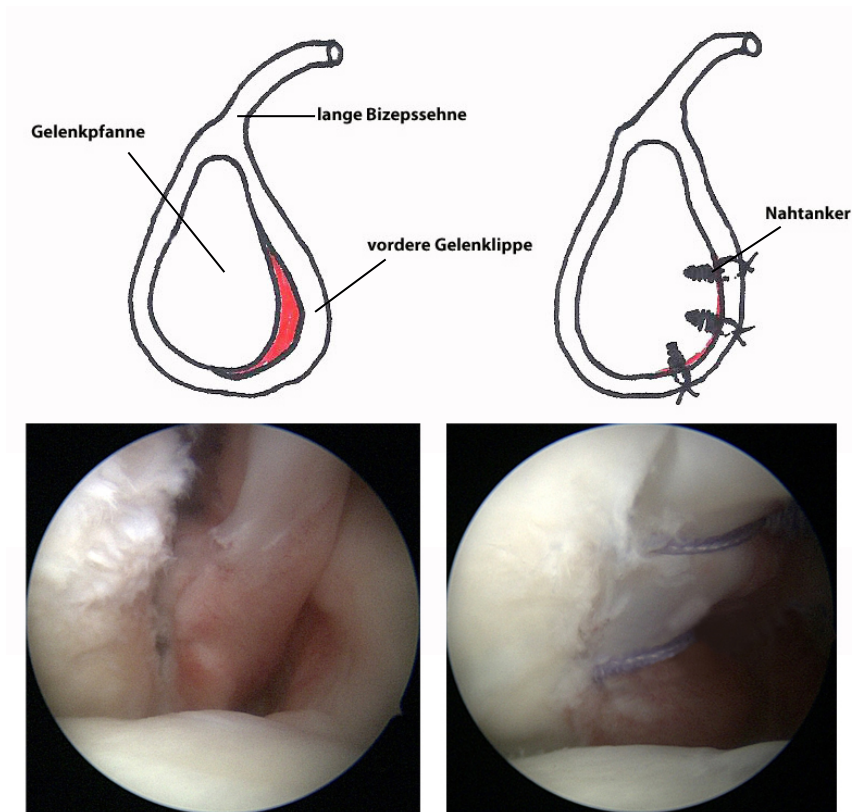


Abb. 1: Zeichnung + arthroskopisches Photo mit Riss der vorderen Gelenkklippe (links) und nach Annahrt der Gelenkklippe an der Gelenkpfanne mit Nahtankern (rechts)

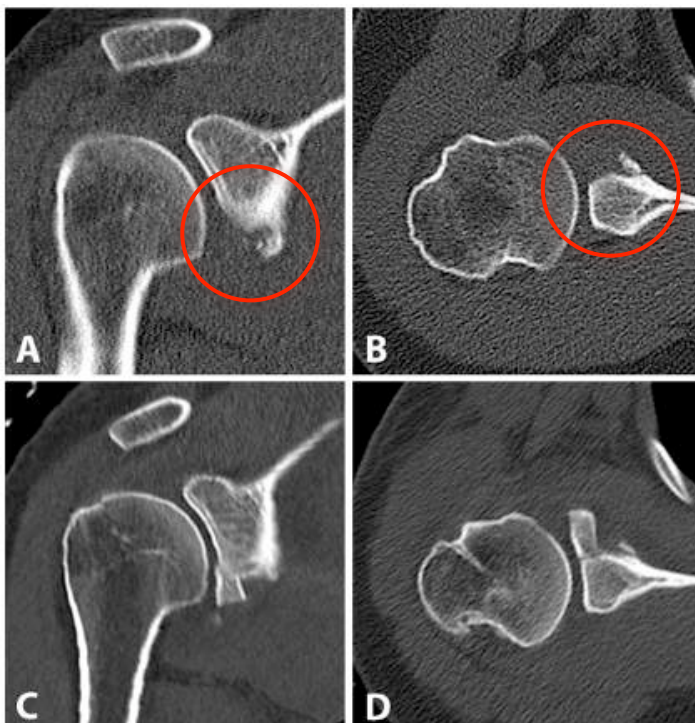


Abb. 2: Computertomographie vor (A + B) und nach (C + D) Transfer eines Knochenblockes aus dem Beckenkamm zur Auffüllung des knöchernen Defektes der Gelenkpfanne

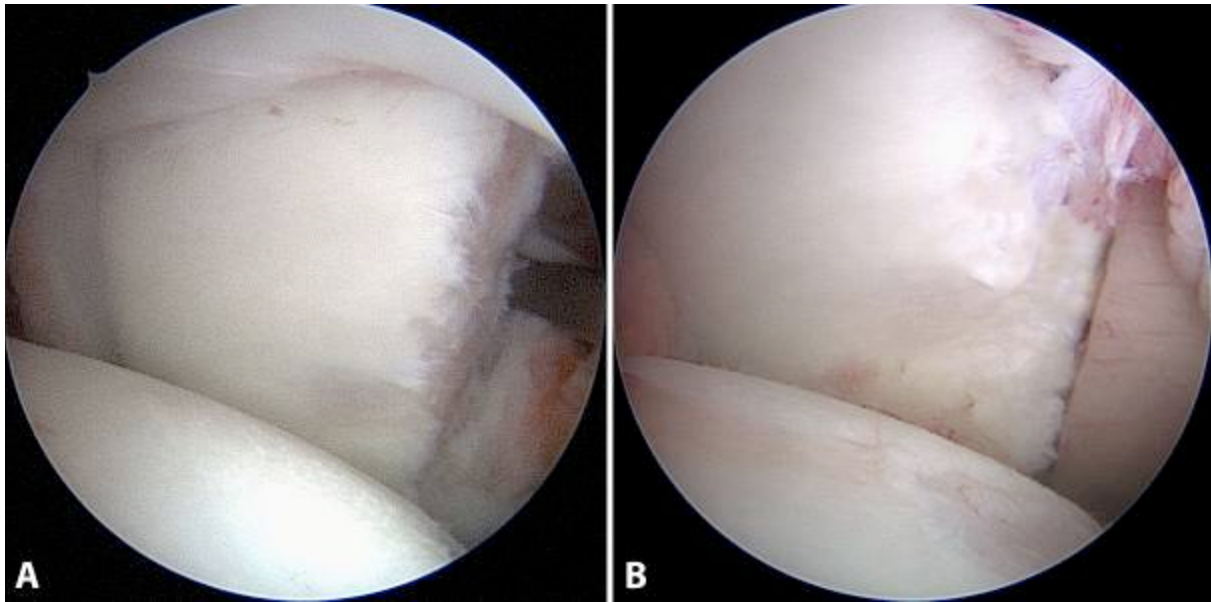


Abb. 3: Arthroscopische Bilder vor (A) und nach (B) Knochenblocktransfer aus dem Beckenkamm. A zeigt den ausgeprägten knöchernen Defekt an der vorderen Gelenkpfanne. B zeigt ein Foto des intraoperativen Befundes nach Anschrauben des Knochenblockes und vollständiger Defektauffüllung.