

SLAP-Läsion

Krankheitsbild und typische Beschwerden:

Die Schulterpfanne ist birnenförmig und wird rundherum von einer Knorpellippe umgeben. In diese Knorpellippe strahlt am Oberrand der Schulterpfanne der lange Anteil der Bizepssehne ein, sodass diese dem Schultergelenk entspringt. Dieser Ansatzkomplex der langen Bizepssehne wird Bizepsanker oder auch SLAP-Komplex (**s**uperior **l**abrum **a**nterior and **p**osterior) genannt. Eine Ablösung des SLAP-Komplexes vom oberen Pfannenrand kann Schmerzen verursachen und bedingt sein durch einen Sturz auf die ausgestreckte Hand, eine Schulterluxation, Überlastung bei Überkopfsportlern oder seltener auch durch Verschleiß. Hauptsymptom ist der Schmerz, der jedoch unspezifisch ist.

Diagnosestellung:

Die Diagnosestellung ist häufig schwierig und kann letztlich nur durch eine Schulterarthroskopie gesichert werden. Die Untersuchung der Schulter kann Hinweise geben, in der Kernspintomographie (MRT) wird die Ablösung häufig nicht gesehen. Ein Kontrastmittelgabe ins Gelenk kann die Aussagekraft der MRT erhöhen (sog. Arthro-MRT).

Behandlung:

Ergibt sich aus der Krankheitsgeschichte und der Untersuchung der V.a. eine SLAP-Läsion bzw. liegt eine im MRT gesicherte SLAP-Läsion vor und die Beschwerden sind auf diese zurückzuführen, empfiehlt sich eine operative Therapie.

Operation/ Komplikationen/ Nachbehandlung:

Grundsätzlich stehen 2 Therapieoptionen zur Verfügung. Zum einen die arthroskopische Refixation der Läsion. Hierbei wird mit sog. Fadenankern (selbstaflösende Knochendübel, die einen oder 2 Fäden enthalten) die Knorpellippe an der oberen Schulterpfanne fixiert. Es schließt sich eine relativ langwierige Nachbehandlung an (3-4 Monate). Die andere Alternative besteht in der arthroskopischen Durchtrennung der langen Bizepssehne. Hierdurch wird der ständige Zug auf den SLAP-Komplex verhindert, sodass dieser keine Beschwerden mehr macht. Die Läsion selbst wird nicht fixiert. Je nach Alter und Aktivitätsgrad des Patienten wird die durchtrennte Bizepssehne über einen kleinen Schnitt am vorderen Oberarmknochen schulternahe fixiert (sog. Bizeps-Tenodese). Postoperativ darf der Patient die Schulter schmerzadaptiert entsprechend einem Nachbehandlungsschema nahezu frei nutzen. Für 6 Wochen sollte eine Ellenbogenbeugung gegen Widerstand bzw. kraftvolles Anbeugen unterbleiben. Mögliche Komplikationen sind bei der Refixation ein Nichtanheilen der Knorpellippe mit weiter bestehenden Schmerzen sowie eine Schultersteife. 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 mitgegeben Nachbehandlungsschema stattfinden.

Arbeitsfähigkeit:

Für sitzende Tätigkeiten besteht je nach Schmerzen nach 2-4 Wochen Arbeitsfähigkeit. Schulterbelastende Tätigkeiten sollten erst nach kompletter Beschwerdefreiheit durchgeführt werden (ca. 3-4 Monate).

Sport:

Joggen und Fahren auf dem Ergometer sind nach 6-8 Wochen möglich. Kontakt- und Kampfsport sowie andere schulterbelastende Sportarten sollten nach SLAP-Refixation erst nach ca. 3-4 Monaten durchgeführt werden. Die Rückkehr zum Sport ist nach Bizeps-Tenodese schneller möglich als nach SLAP-Refixation.