



Chirurgie Orthopädie


PRAXIS
KLINIK
2000

SCHULTERINSTABILITÄT

Das Schultergelenk besitzt nur eine geringe knöchernen Führung. Seine Stabilität verdankt es dem perfekten Zusammenspiel von Bändern, Kapsel und Muskulatur. Funktionieren diese wichtigen Bausteine nicht optimal, dann kann es zu einer Schulterinstabilität kommen. Wir unterscheiden angeborene und unfallbedingte Instabilitäten.

Angeborene Instabilität

Willkürliche Schulterluxationen, die ohne Gewalteinwirkung ausgelöst werden können, beruhen auf einer allgemeinen Geweblaxität. Es handelt sich um eine angeborene Stützgewebeschwäche, die dazu führt, dass sich das Gelenkspiel vergrößert. Häufig sind auch andere Gelenke betroffen (z.B. Knie- scheibe). Bei diesem Krankheitsbild haben sich konservative Behandlungsformen mit einem intensiven physiotherapeutischen Übungs- und Trainingsprogramm bewährt. Operative Behandlungen sollten nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden.

Traumatische Instabilität

Es handelt sich um Patienten, bei denen die erste Luxation durch einen Unfall (z.B. beim Sport), ausgelöst wurde. Dieser Erstunfall führt zu Schäden an der Gelenkkapsel, den Bändern und am Fasernorpelring (Labrum). Knöchernen Schäden an der Schulterpfanne und am Kopf sind ebenfalls häufig zu finden. Vor allem bei jungen Patienten kommt es in der Folgezeit zu weiteren Luxationen ohne adäquaten Unfall.

Operationstechnik

Bei letzterer Luxationsform haben sich operative Behandlungsmethoden bewährt. Zur Stabilisierung von instabilen Schultern waren bis vor kurzem noch aufwendige „offen“ durchgeführte Operationen notwendig. In den letzten Jahren haben sich die arthroskopisch durchgeführten Operationen entscheidend weiterentwickelt. Das Prinzip der Operation ist es, die Gelenkkapsel mit den darin verlaufenden Bändern, die durch die häufigen Luxationen überdehnt oder gerissen sind, zu verkürzen und den

abgelösten Faserring zusammen mit der Kapsel wieder an der Gelenkpfanne anzuhängen. Bei dieser Operation wird der Labrumkapselkomplex mit Knochenankern am knöchernen Rand der Pfanne befestigt. Mit dieser Technik kann in den meisten Fällen eine zuverlässige Stabilität der Schulter erreicht werden. Durch die arthroskopische Technik bedingt, sind die nach der Operation auftretenden Schmerzen gering. Durch die Verwendung von resorbierbarem Material entfällt eine Metallentfernung.

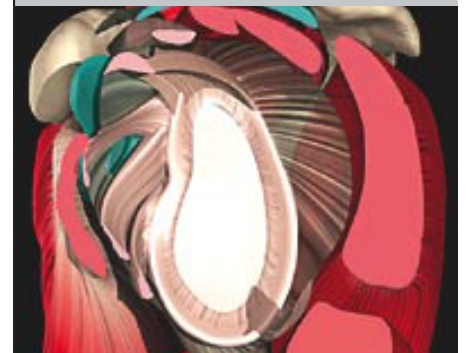
In Ausnahmefällen (z.B. knöchernen Pfannenrandschäden) ist ein offenes Operationsverfahren unumgänglich. Über einen Hautschnitt an der Schultervorderseite werden die geschädigten Strukturen dargestellt. Die Gelenkkapsel wird zusammen mit dem Bandapparat gestrafft, verkürzt und am Pfannenrand refixiert (sog. Kapselshift). Begleitschäden an der Rotatorenmanschette werden genäht.

Rehabilitation

Der operierte Arm wird mit einem Schulterverband für 3-4 Wochen geschützt. Die krankengymnastische Übungsbehandlung beginnt jedoch bereits frühfunktionell. Nur eine gute Zusammenarbeit zwischen Operateur, Krankengymnast und Patient ermöglicht ein gutes Operationsergebnis. Überkopfsportarten sollten erst nach ca. 6 Monaten wieder begonnen werden. Die Prognose nach einer operativen Schulterstabilisierung ist sehr gut.



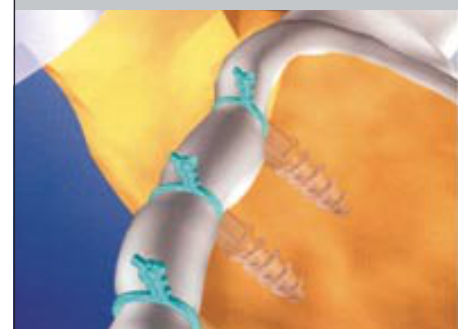
stabilisierende Bandstrukturen
linke Schulter (Ansicht von vorne)



Schulterpfanne mit Labrum und
Bandapparat (seitliche Ansicht)



Abriss des vorderen Labrum-Kapselkomplexes
am Oberarmkopf mit Knochenankern



Refixierung des Labrum-Kapselkomplexes mit
resorbierbaren Knochenankern