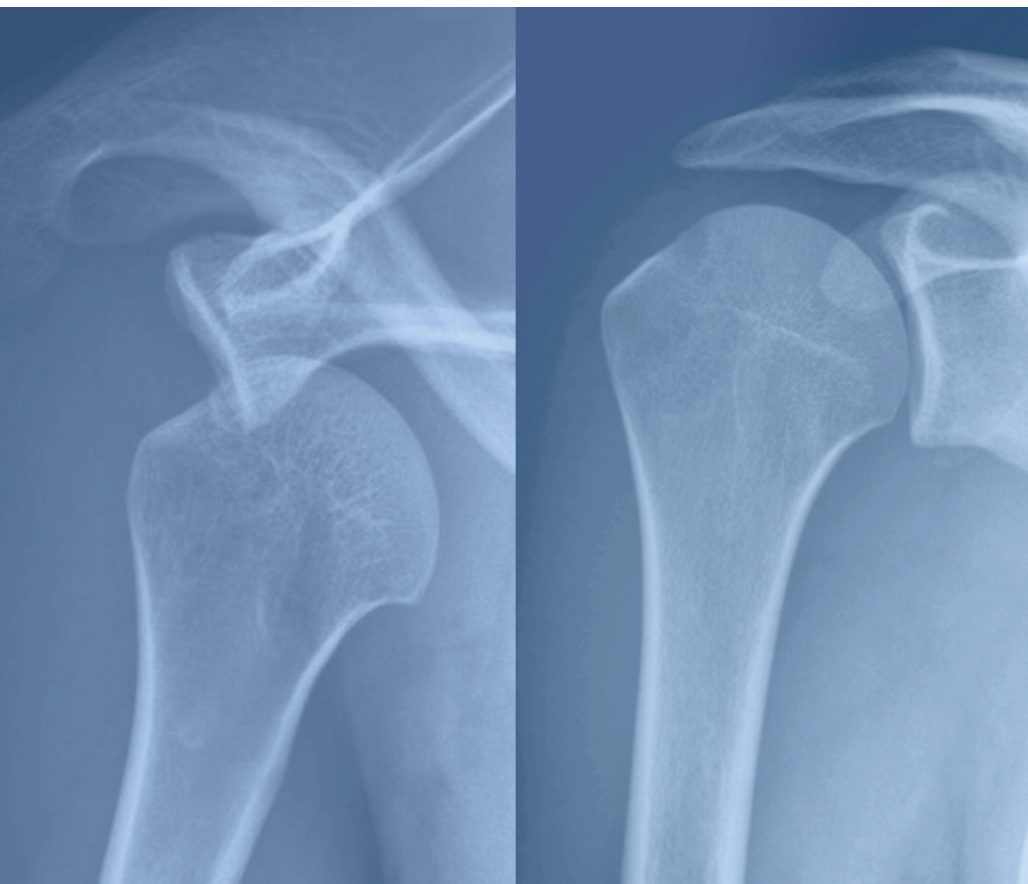


Schulter

Gelenk stabilisation

Instabilität



Liebe Patientin, lieber Patient


Das Schultergelenk ist ein sehr wichtiges Gelenk des menschlichen Körpers. Seine einzigartige Anatomie gibt ihm eine extreme dreidimensionale Beweglichkeit. Sind das filigrane Zusammenspiel und die Integrität der wichtigen anatomischen Strukturen gestört, kann dies zu Schmerzen und zu erheblichen Einschränkungen der Schulterfunktion führen. In solchen Fällen ist eine kompetente Behandlung sehr wichtig.

Seit vielen Jahren konzentriere ich mich ausschliesslich auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit den unterschiedlichsten Schulterproblemen. Diese langjährige klinische und chirurgische Erfahrung, zusammen mit dem Wissen der komplexen Anatomie und deren Pathologien, lassen mich dieses faszinierende Gelenk immer mehr verstehen. Von diesem Verständnis sollen alle meine Patientinnen und Patienten profitieren.

Damit Sie bestens betreut werden können, ist es wichtig, dass Sie selbst gut über Ihre zugrundeliegende Schulterproblematik und die anstehende Behandlung informiert sind. Dies ist das Ziel dieser Broschüre. Sie enthält grundlegende Informationen über das Krankheitsbild, die Behandlungsmöglichkeiten und Näheres zum geplanten Eingriff.

Bitte lesen Sie die Broschüre in Ruhe durch. Wenn Sie etwas nicht verstehen oder genauer wissen wollen, zögern Sie nicht, sich an mich zu wenden. Ich werde Ihre Fragen gerne beantworten.

Ihr



Dr. med. Markus Pisan

Facharzt Orthopädie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, FMH



Schulterluxation und Schulterinstabilität

Was versteht man unter einer Schulterluxation?

Bei einer Luxation oder Ausrenkung des Schultergelenks kommt es zu einem Auskugeln des Oberarmkopfes aus der Gelenkpfanne (Glenoid). In den meisten Fällen luxiert der Kopf aus der Pfanne nach vorne unten (vordere Schulterluxation), seltener nach hinten (hintere Schulterluxation). Die Reposition (Wiedereinrenkung) des Gelenks erfolgt meist auf einer Notfallstation unter Schmerzmittelgabe oder manchmal auch in einer kurzen Narkose.

Was versteht man unter einer Schulterinstabilität?

Infolge einer oder wiederholter Schulterluxation kann es zu strukturellen Verletzungen kommen, die zu einer anhaltenden Instabilität des Gelenkes mit wieder-

holten Luxationen führen kann. Diese Rezidivluxationen treten dann zum Teil sogar bei alltäglichen Bewegungen und ohne eigentliches Trauma auf. In manchen Fällen ist eine Schulterinstabilität bei sogenannt laxen Kapselbandverhältnissen oder auch durch Veranlagung bedingt.

Welche Strukturen können bei einer Luxation verletzt werden?

Man unterscheidet zwischen Verletzungen auf Seiten des Oberarmkopfes (Humerus) und auf Seiten der Gelenkpfanne (Glenoid). Diese können isoliert, oft aber auch kombiniert auftreten. Der Oberarmkopf kann bei der Luxation durch die scharfkantige Gelenkpfanne eingedrückt werden (Hill-Sachs-Delle). Dieser Defekt kann im Folgenden eine erneute Luxation begünstigen.

Zudem kann es zu einer Überdehnung oder sogar zum Ausreißen der Kapsel vom Oberarm kommen. Am Glenoid kann die Luxation ein Abscheren der knorpeligen Gelenkklippe, des sogenannten Labrums, oder sogar einen Bruch des knöchernen Pfannenrandes bewirken. Man nennt diese Verletzungen auch Bankartläsionen.

Begleitend kann es zu einer Verletzung oder Überdehnung von Gefässen und Nerven kommen. Auch Verletzungen der Sehnen der Rotatorenmanschette oder der langen Bizepssehne sind möglich.

Wie äussert sich eine Schulterinstabilität?

Bei einer Instabilität kommt es zu einer verminderten Belastbarkeit des Gelenkes aufgrund von Schmerzen bei bestimmten Bewegungen oder bei be-

lastenden Tätigkeiten. Zum anderen können das Gefühl der Instabilität und die Angst vor einer erneuten Luxation ein Vermeidungsverhalten auslösen. Dies führt dann häufig zu Einschränkungen im Alltag, aber auch bei der Arbeit und v. a. bei sportlichen Aktivitäten.

Muss eine instabile Schulter operiert werden?

Offt stabilisiert sich ein Gelenk nach einer erstmaligen Luxation im Rahmen des Heilungsprozesses selbst wieder. Je jünger der Patient und je häufiger das Gelenk bereits luxiert ist, desto unwahrscheinlicher ist diese Selbstheilung jedoch.

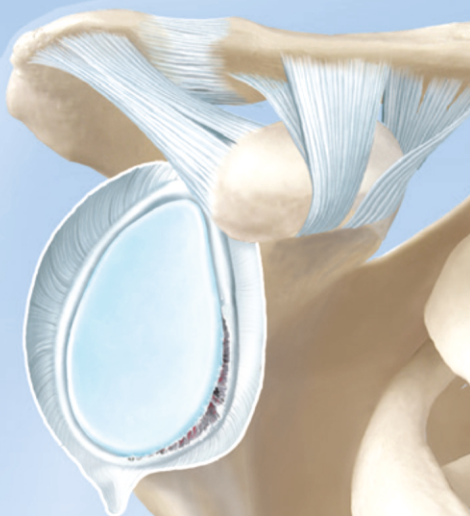
Initial kann praktisch immer der Versuch einer konservativen Therapie unternommen werden mit kurzfristiger Ruhigstellung und anschliessender Physiotherapie.

Bei anhaltender Instabilität und je nach Ausmass der Verletzung sollte eine operative Stabilisation des Gelenkes erfolgen. Seltener, z. B. bei einer knöchernen Verletzung infolge der Luxation, muss eine Schulter wegen Instabilität notfallmässig operiert werden.

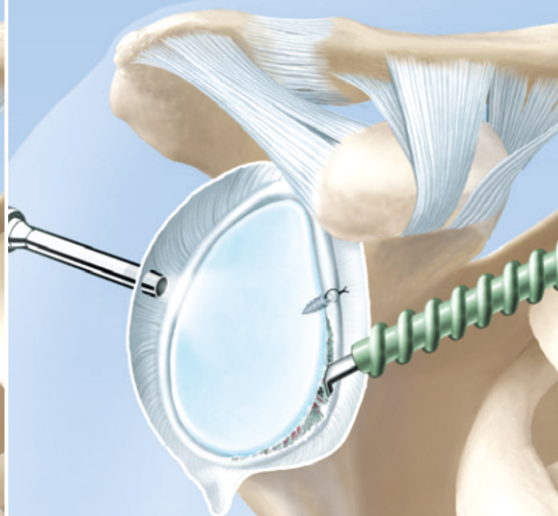
Wie verläuft die Operation?

Hier unterscheidet man im Wesentlichen zwei Techniken: einen Weichteileingriff und eine Knochenblockprozedur. Die Weichteilstabilisation wird in der Regel arthroskopisch durchgeführt. Dabei wird die abgelöste Gelenkklippe wieder auf den Pfannenrand reponiert und fixiert; man nennt dies Bankartrepair oder La-

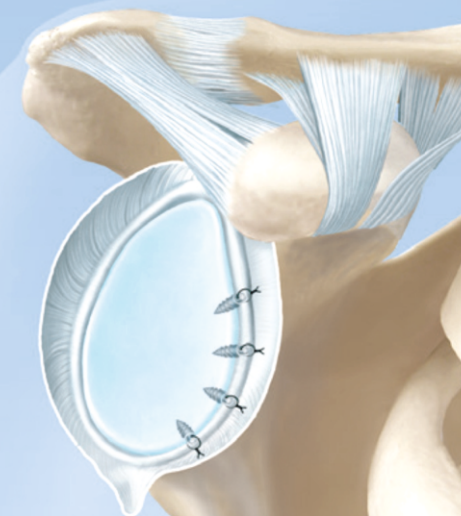
Verletztes Labrum (Bankart Läsion)



Arthroskopische Labrumrefixation mit Ankern



Refixiertes Labrum



brumrefixation. Zumeist erfolgt gleichzeitig eine Raffung oder Refixation der überdehnten oder gerissenen Gelenkkapsel. Dabei werden Fadenanker verwendet, die in den Knochen eingebracht werden. Bei einem grösseren Knochendefekt an der Gelenkpfanne oder wenn wegen bestimmter Begleitfaktoren das Risiko besteht, dass eine reine Weichteilstabilisation versagt, empfiehlt sich eine Knochenblockprozedur. Bei der sogenannten Stabilisation nach Latarjet wird ein gelenknaher Knochenvorsprung (Coracoid) mitsamt anhängender Sehne auf den vorderen unteren Pfannenrand versetzt und dort mittels Schrauben fixiert, um den knöchernen Defekt auszugleichen. Zusätzlich dient die mitversetzte Sehne quasi als Sicherheitsgurt und wirkt ebenfalls einer erneuten Luxation entgegen.

Wie geht es nach der Operation weiter?

Je nach angewandeter Technik und Ausmass der Rekonstruktion wird das Schultergelenk nach der Operation in einer Armschlinge (Mitella) oder einer 0°-Rotationsschiene für 4–6 Wochen ruhiggestellt. In den ersten 6 Wochen darf der Arm dabei nicht über die Neutralebene, sprich 0°, nach aussen rotiert werden. Ob in der ersten Woche bereits Physiotherapie notwendig ist, wird individuell entschieden. Anschliessend werden Beweglichkeit und Belastung schrittweise ausgebaut. Leichtere sportliche Aktivitäten unter Einbezug der Schulter sind frühestens nach 3 Monaten, Kontakt- und Überkopfsportarten nach ca. 6 Monaten wieder möglich. Die Arbeitsunfähigkeit kann je nach Ausmass der Operation und Art der Tätigkeit zwischen ca. 6 Wochen und 6 Monaten variieren.

Was sind die Risiken der Operation?

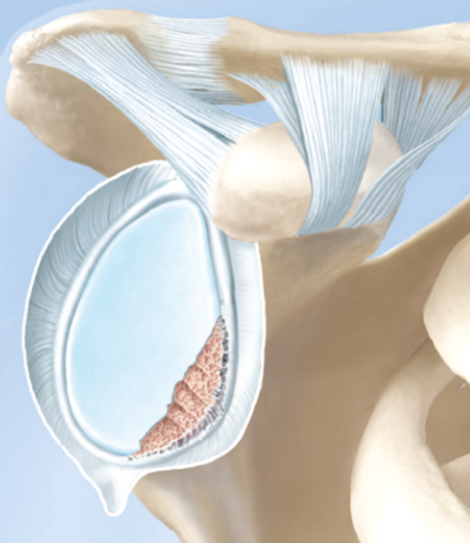
Zu den Operationsrisiken gehören Infektionen (< 1 %), Einblutungen (Hämatome) sowie Nervenläsionen durch Zug am Arm während der Operation, im Rahmen der Narkose oder (seltener) durch Instrumente (< 1 %). Letztere Läsionen können zu temporären Gefühlsstörungen und Schwäche führen. In etwa 5 % der Fälle bildet sich eine Schultersteife (reaktive Capsulitis). Dies ist eine Erkrankung, die zumeist bei einer gewissen Prädisposition auftritt, nahezu immer selbstlimitierend verläuft, aber zu einer Verzögerung der Rehabilitation führen kann. Im Speziellen bestehen bei einer arthroskopischen Stabilisationsoperation das Risiko einer Lockerung der Fadenanker und die Gefahr der Ausbildung einer Rezidivinstabilität mit erneuter Luxation (ca. 5–20 %).

Bei der Technik nach Latarjet kann es ebenfalls zu Materialversagen mit Lockerung der Schrauben oder Bruch des Knochenblocks kommen. Eine Rezidivinstabilität ist hingegen weit seltener (2–5 %). Das Risiko einer Nervenverletzung (Nervus axillaris) ist hingegen etwas höher als bei der reinen Weichteiltechnik. Eine Folge der Stabilisationsoperation kann eine leichte Einschränkung des endgradigen Bewegungsumfangs, vor allem der Aussenrotation sein. Generell ist bei einer Schulterinstabilität, mit oder ohne operative Behandlung, das Risiko erhöht, dass sich später eine Schultergelenkarthrose ausbildet.

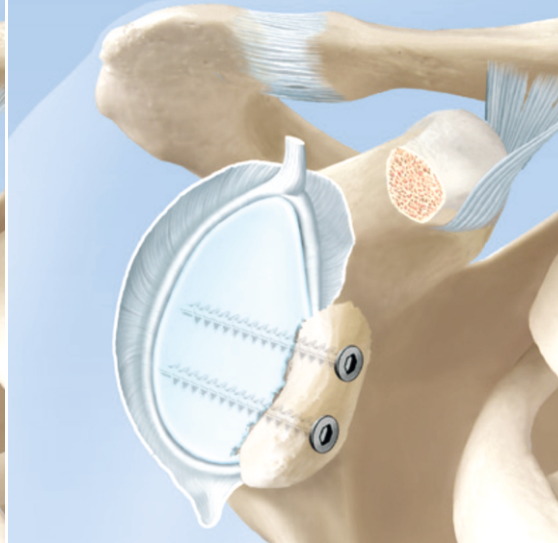
Wie sind die Erfolgsaussichten?

Sowohl die arthroskopische als auch die offene Stabilisation zeigen gute Erfolge. In > 90 % der Fälle wird wieder eine gute subjektive Stabilität erreicht. Wie erwähnt ist das Risiko einer Rezidivinstabilität bei den arthroskopischen bzw. den Weichteil-Stabilisationen etwas höher. Generell erzielen beide Techniken aber gute klinische Resultate und eine hohe Patientenzufriedenheit.

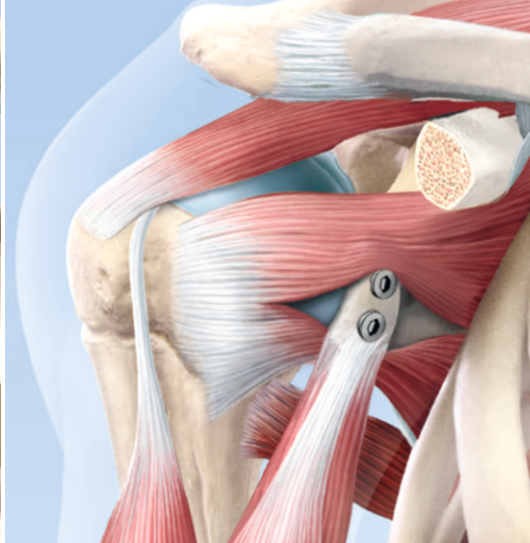
Knöcherner Defekt



Glenoid nach Knochenblockfixierung (Latarjet Prozedur)



Fixierter Knochenblock mit anhängender Sehne





Dr. med. Markus Pisan

Facharzt Orthopädie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, FMH

Schulterchirurgie

Gelenkzentrum Winterthur AG
Schickstrasse 11
8400 Winterthur

T +41 52 266 12 12
F +41 52 266 12 13
praxis@gzw.ch



gzw.ch