

Schulterluxation und Instabilität

Im Rahmen von Luxationen (Ausrenkungen) der Schulter (Bild 1) kommt es zu Verletzungen von denen das Schultergelenk stabilisierenden Strukturen. Hierbei ist insbesondere die Verletzung des Labrums (Bild 3, unten) zu nennen, einer Gelenkklippe, welche die eher kleine Schultergelenkspfanne vertieft. Weiter werden die mit der Gelenkkapsel verwobenen Bänder überdehnt. Zudem kann es zu knöchernen Absprengungen an der Vorderkante der Gelenkspfanne („knöcherne Bankartläsion“) und am hinten am Oberarmkopf („Hill-Sachs-Läsion“) kommen. Bei Patienten über 40 Jahre kommt es auch gehäuft zu Verletzungen der Rotatorenmanschette.

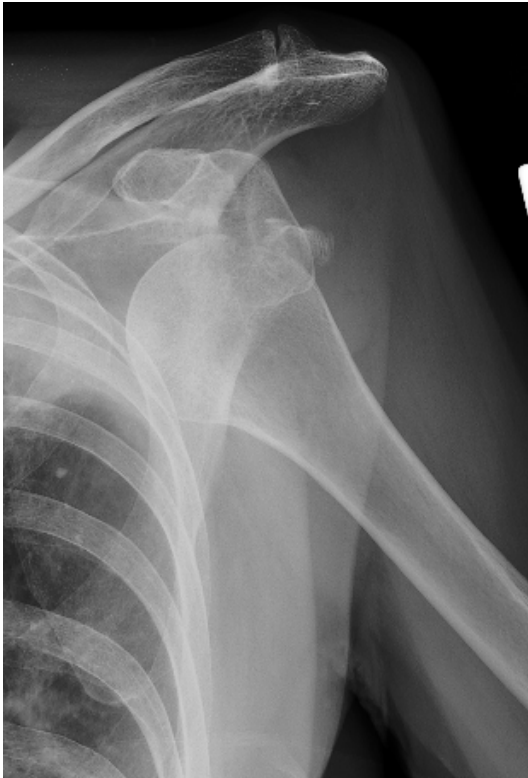


Bild 1

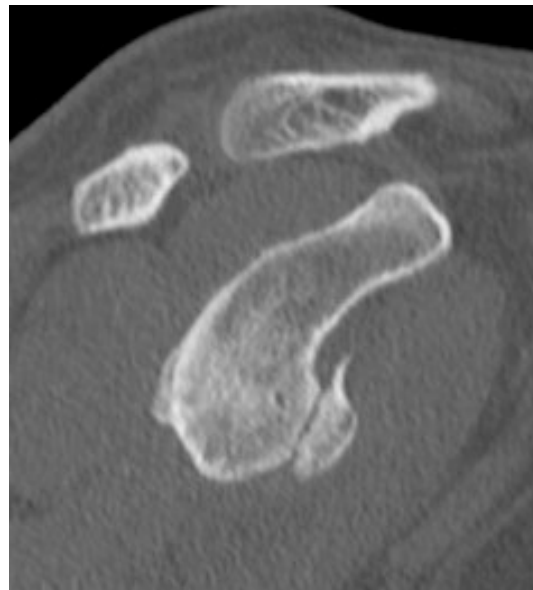


Bild 2

Sind die das Schultergelenk stabilisierenden Strukturen nicht funktionstüchtig, kann der Oberarmkopf nicht mehr ausreichend in der Schultergelenkspfanne zentriert werden. Die Patientin/der Patient hat dann ein Instabilitätsgefühl, d.h. sie/er hat bei bestimmten Bewegungen das Gefühl, dass die Schulter auskugelt.

Zunächst versuchen wir, durch Physiotherapie die Schulter wieder zu stabilisieren. Gelingt dies nicht, oder erleidet die Patientin/der Patientin nochmals eine Luxation, dann bieten wir in aller Regel eine stabilisierende Operation an.

Liegen keine knöchernen Verletzungen vor, führen wir die Operation im Rahmen einer Gelenkspiegelung durch. Dabei wird das abgerissene Labrum mit Nahtankern wieder an die Gelenkspfanne fixiert (Bild 3 und 4). Die Bänder der vorderen Kapsel werden gleichzeitig gerafft.



Bild 3

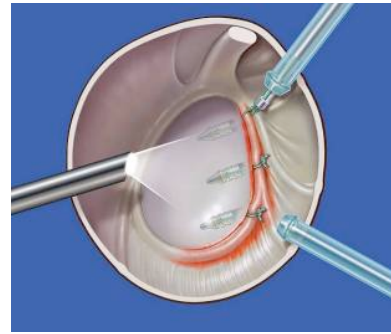


Bild 4

Bei grösseren knöchernen Verletzungen muss der Defekt in der Gelenkspfanne aufgefüllt werden. Dabei verwenden wir den Rabenschnabelfortsatz (processus coracoideus) am Schultergürtel. Dieser knöchernen Fortsatz wird mitsamt der dort ansetzenden Sehnen an den Vorderrand der Gelenkspfanne (Glenoid) transferiert (Bild 5). Dadurch wird der Durchmesser der Schultergelenkspfanne vergrössert. Zudem bilden die mittransferierten Sehnen („conjoint tendon“) eine stabilisierende Schlinge vor dem Oberarmkopf, wenn der Arm abgespreizt und aussenrotiert wird.

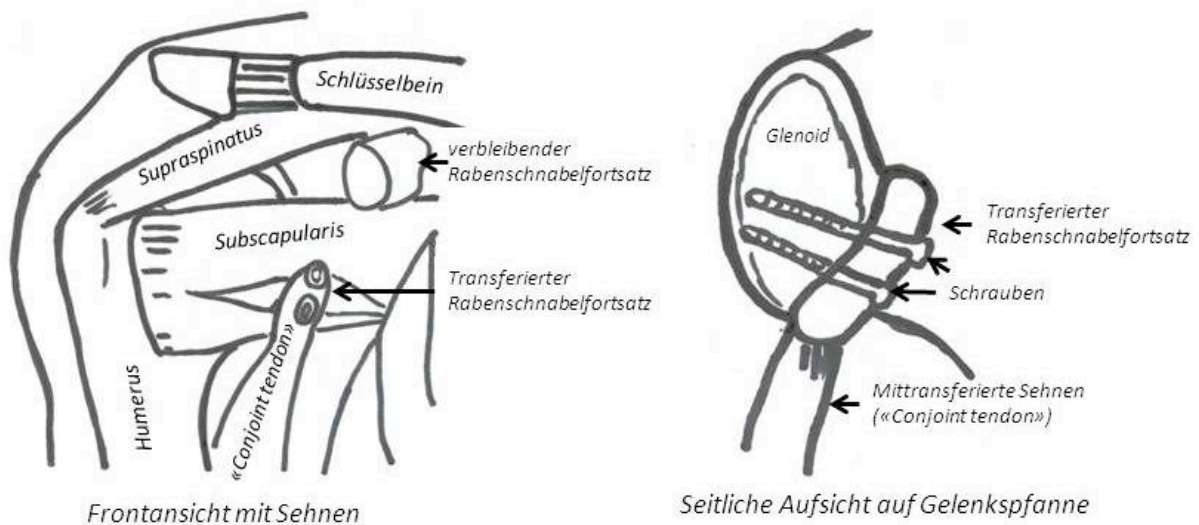


Bild 5

Nachbehandlung

Nach der Operation wird die Schulter sechs Wochen ruhiggestellt. Der Arm darf während sechs Wochen nicht nach aussen gedreht werden. Ebenso wird die Abspreizung des Armes limitiert. Danach wird die Bewegung freigegeben und der Arm darf voll belastet werden.

Risiken und Prognose

Nach einer Stabilisierung kann es in 5-7% der Fälle erneut zu einer Instabilität des Schultergelenkes kommen. Manchmal kann die Aussendrehung des Armes eingeschränkt sein. In sehr seltenen Fällen auch zu einer Einsteifung des Gelenkes. Langfristig kann es zu einer Arthrose des Gelenkes kommen, welche aber oft nicht durch die Operation selbst ausgelöst wird, sondern durch die vorhergehenden Ausrenkungen. Seltene Komplikationen ($\leq 1\%$) sind Infekte und Gefäss-Nervenschädigungen. Bei der Latarjetoperation kann es zu Lockerungen der Schrauben oder zu einer Nichteinheilung des Knochenblockes kommen.