

Verletzung des Bizepssehnenankers

(SLAP-Läsion: Superior Labrum Anterior-To-Posterior-Läsion)

Krankheitsbild

Der Bizepsmuskel gehört zu der Beugemuskulatur des Oberarmes. Die lange Bizepssehne verläuft durch das Schultergelenk hindurch und setzt über dem Oberarmkopf am oberen Anteil der Gelenkpfanne an (Siehe Abbildung 1). Über diesen komplizierten Verlauf dient sie auch der Stabilisierung des Oberarmkopfes in der Schultergelenkpfanne.

Verletzungen der langen Bizepssehne wurden in den letzten Jahren als häufige Ursache für chronische Schulterschmerzen erkannt. Durch einen Sturz auf den ausgestreckten Arm oder durch wiederholte Überlastung, insbesondere bei Überkopfsportarten, kann es zu einem Einreißen der langen Bizepssehne an Ihrem Ansatzpunkt am Oberrand der Schultergelenkpfanne kommen. Man spricht von einer Verletzung des Bizepssehnenankers oder auch von einer SLAP-Läsion. Da der Bizepssehnenanker eine sehr schmerzempfindliche Struktur ist, sollten diese Einrisse wieder befestigt werden.

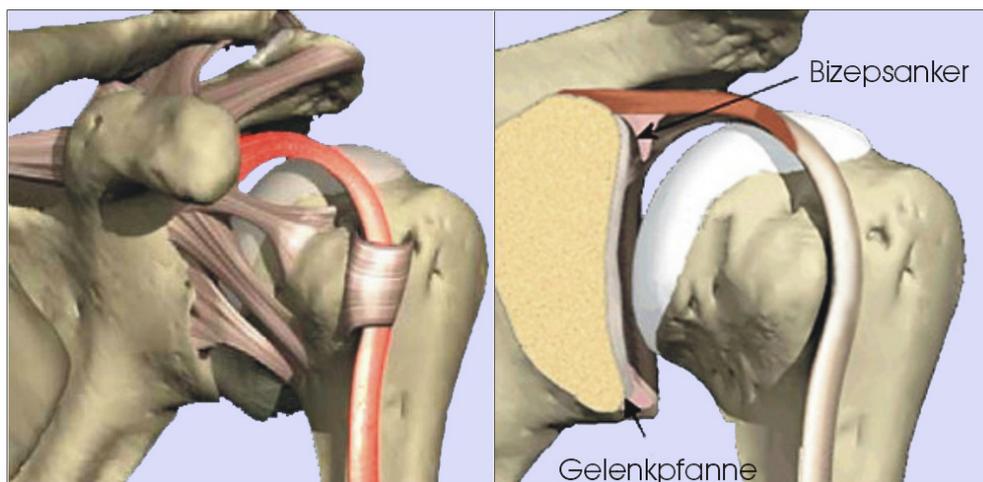


Abb.1: Links: Verlauf der langen Bizepssehne im Bereich des Schultergelenkes (rot eingefärbt). **Rechts:** SLAP-Läsion (Ablösung des Bizepssehnenankers von der Gelenkpfanne).

Ziel

Die Operation führt meist zu einer Schmerzbefreiung oder zu einer deutlichen Reduktion der Schmerzen. Die Sportfähigkeit wird wiedererlangt. Folgeschäden wie krankhafter Knorpelabbau (Arthrose) werden verhindert.

Operative Therapie

Meist kann der abgelöste Bizepssehnenanker arthroskopisch, also videoassisted in Schlüssellochtechnik wieder befestigt werden. Hierfür werden sich selbst auflösende

Fadenanker verwendet (siehe Abbildung 2). Die Operation erfolgt in der Regel mit Vollnarkose und zusätzlicher örtlicher Betäubung. Hiefür wird ein regionaler Schmerzkatheter gelegt.

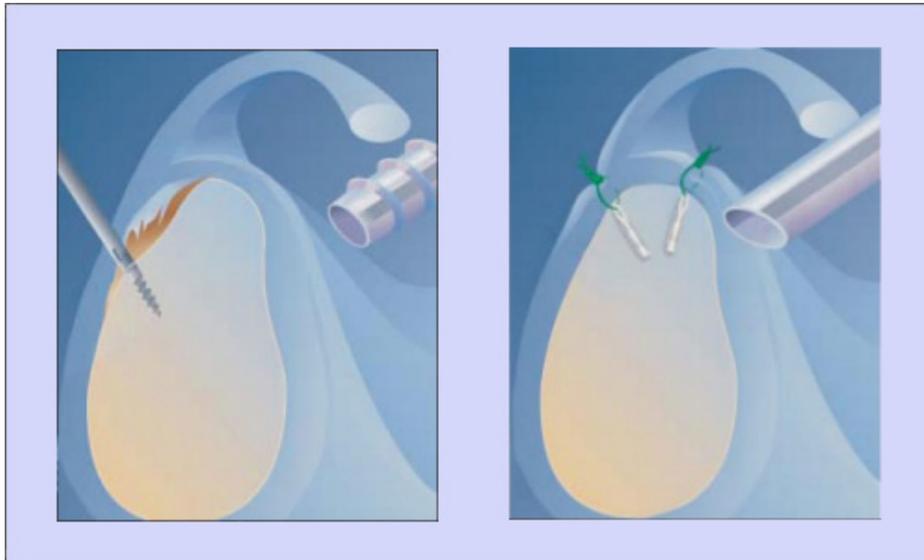


Abb. 2: SLAP-Repair: Arthroskopische Befestigung des vom oberen Rand der Gelenkpfanne abgelösten Bizepssehnenankers durch resorbierbare Fadenanker.

In einigen Fällen ist eine anatomische Rekonstruktion des Bizepssehnenankers nicht mehr sinnvoll. Dann wird die Sehne am Ansatzpunkt durchtrennt und über einen kleinen Hautschnitt stabil am Oberarmknochen befestigt (sog. Bizepssehnenodese).

Nachbehandlung

Noch im OP wird eine Schiene angelegt, mit der das operierte Schultergelenk für zwei Wochen ruhiggestellt wird. Über den noch vorhandenen regionalen Schmerzkatheter können in den ersten Tagen nach der Operation sehr effektiv Wundschmerzen ausgeschaltet werden. Noch in der Klinik wird mit Krankengymnastik begonnen. Der Krankenhausaufenthalt dauert ungefähr 3 Tage. Danach schließt sich für etwa drei Monate eine intensive ambulante Physiotherapie mit wenigstens drei Anwendungen pro Woche an. Für die Dauer von sechs Wochen sollte keine kräftige Beugung im Ellenbogengelenk erfolgen. Ab der sechsten Woche nach der Operation darf zunehmend der gesamte Bewegungsumfang der Schulter geübt werden und das Gelenk in den Alltag mit einbezogen werden. Sportfähigkeit besteht meist 3-6 Monate nach der Operation. Vom Ärzteteam wird für jeden Patienten ein individueller Krankengymnastik-Plan für die Zeit nach der Krankenhausentlassung erstellt.