

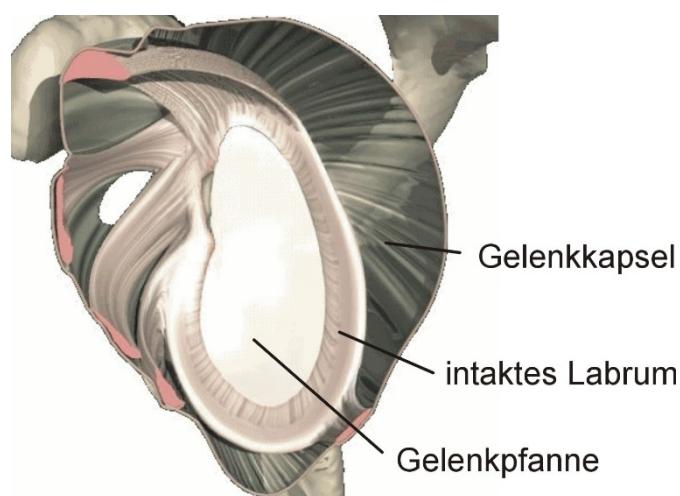
Schulterinstabilität (Schulterluxation, auskugelte Schulter)

Krankheitsbild

Das Schultergelenk ist das beweglichste Gelenk des ganzen Körpers. Stabilisiert wird es durch ein Zusammenspiel aus Kapsel-Band-Apparat und Muskulatur. Schlüsselstruktur für ein stabiles Schultergelenk ist eine aus Knorpel bestehende Gelenkklippe, die zirkulär um die Gelenkpfanne herumsitzt, das so genannte Labrum (siehe Abbildung 1). Kommt es immer wieder dazu, dass das Schultergelenk auskugelt (Schulterluxation), spricht man von einer Schulterinstabilität.

Es werden zwei Formen der Schulterinstabilität unterschieden. Bei der angeborenen, so genannten **habituellen Schulterinstabilität** sind Bänder und Gelenkkapsel sehr weit und schlaff, so dass der Oberarmkopf zu viel Spiel in alle Richtungen hat und ohne Gewalteinwirkung immer wieder aus der Gelenkpfanne herauptspringt. Ein ursächliches Unfallereignis hat nicht stattgefunden. Diese Form der Schulterinstabilität wird in den seltensten Fällen operiert. Stattdessen sollte ein Muskelaufbautraining durchgeführt werden, um das Gelenk zu stabilisieren.

Anders ist die Situation, wenn die Schulterinstabilität durch ein Unfallereignis hervorgerufen wurde. Man spricht von der so genannten **traumatischen Schulterinstabilität**. Springt der Oberarmkopf gewaltsam aus der Gelenkpfanne, reißt umliegendes Gewebe. Besonders häufig kommt es zu einer Ablösung der Gelenkklippe (Labrum) von der Gelenkpfanne. Aufgrund dieser Schädigung renkt sich eine einmal auskugelte Schulter auch ohne erneuten Unfall zu 80 Prozent immer wieder aus. Wer den Schaden durch eine Operation reparieren lässt, senkt das Risiko auf unter zehn Prozent.

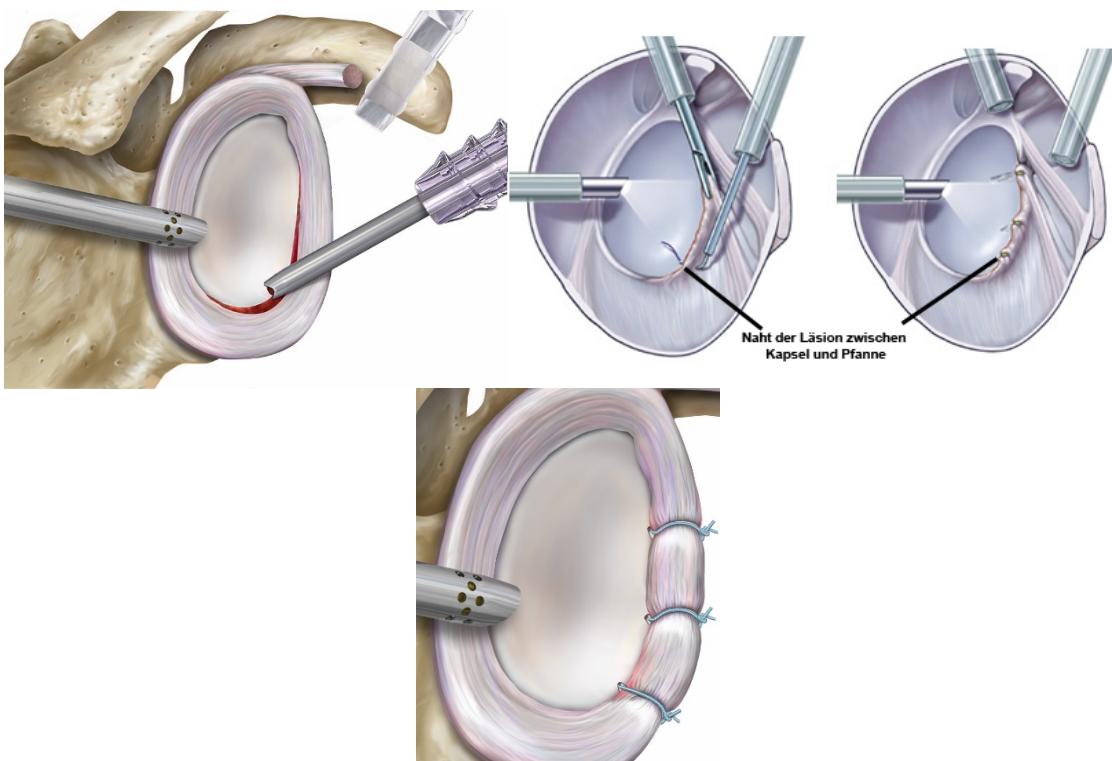


Ziel

Durch eine Operation werden erneute Schulterluxationen mit großer Wahrscheinlichkeit vermieden (Relaxationsrate weniger als 10%). Die Sportfähigkeit wird wiedererlangt. Folgeschäden wie krankhafter Knorpelabbau (Arthrose) werden verhindert.

Operation

Zunächst wird eine Arthroskopie (Gelenkspiegelung, „Schlüsselloch-Operation“) durchgeführt, um das Ausmaß des Schadens zu beurteilen. Eine abgerissene Gelenkklippe kann meist arthroskopisch, also videoassistiert in Schlüssellochtechnik wieder an der Gelenkpfanne befestigt werden. Hierfür werden sich selbst auflösende Fadenanker verwendet (siehe Abbildung 2). Seltener muss ein zusätzlicher Schaden des Kapsel-Band-Apparates durch eine offene Operation über einen ca. 6-8 cm langen Hautschnitt rekonstruiert werden. Die Operation erfolgt in der Regel ohne Vollnarkose in örtlicher Betäubung. Hierfür wird ein regionaler Schmerzkatheter gelegt.



Nachbehandlung

Noch im OP wird eine Schiene angelegt, mit der das operierte Schultergelenk für zwei bis drei 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. Ab der sechsten Woche nach der Operation darf zunehmend der

gesamte Bewegungsumfang der Schulter beübt 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.