

Schulterinstabilität – Schulterluxation - Verrenkung

Als Folgezustand nach unfallbedingten Verrenkungen des Schultergelenkes kommt es häufig zu bleibenden Instabilitäten. Die Ursache hierfür ist ein Abriss des knorpeligen Pfannenrandes (Limbus glenoidalis) und der Gelenkkapsel vom Vorderrand der Gelenkpfanne (Bankart-Läsion) oder eine knöcherne Absprengung vom Pfannenrand. Auch Abrissfrakturen im Bereich des Oberarmkopfes und Zerreißen der Rotatorenmanschette treten als Begleitverletzungen von Verrenkungen auf. Im weiteren Verlauf kann es dann schon bei Bagatellmechanismen oder unglücklichen Bewegungen zu erneuten Verrenkungen des Schultergelenkes kommen. Manchmal genügt schon das Umdrehen im Bett.

Auch angeborene Veränderungen des Kapsel-Bandapparates können die Ursache für eine Schulterinstabilität sein.

Nach Unfällen ist insbesondere bei jungen, sportlich aktiven Patienten die baldige operative Stabilisierung des Gelenkes erforderlich, um Folgeschäden zu vermeiden. Wir führen die Gelenkstabilisierung (Bankart repair) in der Regel arthroskopisch durch. Nur bei starken Kapselveränderungen, Knochendefekten oder Rezidivoperationen werden offene Operationsverfahren angewandt.

Therapie:

Durch eine Spiegelung des Schultergelenkes wird zunächst der Schaden am Kapsel-Bandapparat inspiziert und klassifiziert. Anschließend erfolgt in arthroskopischer oder offener Technik die Refixation des abgerissenen Kapsel-Bandapparates an der Schultergelenkspfanne mit Fadenankern = Bankart repair. Bei ausgedehnten Kapselerweiterungen wird zusätzlich eine Kapselverkleinerung durchgeführt.



Schemazeichnungen zur Verfügung gestellt von Arthrex Medizinische Instrumente GmbH

Kommt es im Rahmen von Schulterluxationen zu knöchernen Verletzungen an der Gelenkpfanne (Knöcherner Bankart-Läsion) oder dem Oberarmkopf, müssen diese in offener oder halboffener Operationstechnik operativ refixiert werden.



Vordere Schulterluxation mit Abbruch des Tuberculum majus und knöcherner Bankart-Läsion



Postoperative Kontrolle nach Schraubenrefixation des Pfannenrandes und des Tuberculum majus

Nachbehandlung:

Das Schultergelenk wird für ca. 4 Wochen mit einem Shoulder-Brace ruhiggestellt. Aufgrund der Kapselverkleinerung im Rahmen der Schulterstabilisierung kann es vorübergehend zu Bewegungseinschränkungen, insbesondere der Außendrehung des Armes, kommen. Ca. 6 Wochen nach der Operation darf damit begonnen werden durch intensive Krankengymnastik und Dehnungsübungen die volle Beweglichkeit wiederherzustellen. Sportliche Aktivitäten können frühestens 12 Wochen nach der Operation wieder aufgenommen werden.

Angeborene Schulterinstabilitäten bedürfen in der Regel keiner operativen Therapie, sondern können durch das Auftrainieren der schulterstabilisierenden Muskulatur erfolgreich behandelt werden. Nur in Ausnahmefällen sind hier Operationen sinnvoll