

1.40-DOK2-16 Patienteninformation „Instabilität der Schulter“

Ursachen

Das Schultergelenk besteht aus dem Oberarmkopf und der Gelenkpfanne. Es ist von einer Kapsel, Verstärkungsbändern und von Muskeln umgeben, die zur Stabilisierung und zur Bewegung des Gelenkes beitragen. Die Ursachen einer Schulterinstabilität können anlagebedingt (z.B. bei Kapselbandschwäche) sein oder sie sind Folgen einer Verletzung. Bei der verletzungsbedingten Instabilität (Schulterluxation) können entweder die sogenannte Gelenkklippe (Labrum), Gelenkbänder und Kapsel eingerissen sein oder es ist zusätzlich zu einem Knochenbruch / -defekt an der Gelenkpfanne oder am Oberarmkopf gekommen.

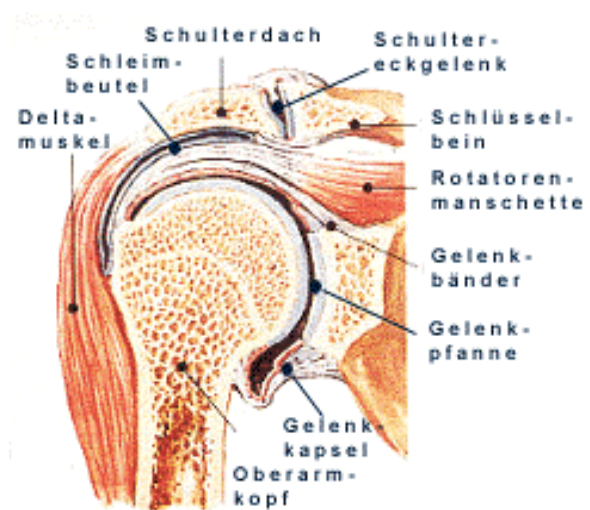
Krankheitserscheinungen

Bei der Schulterinstabilität kommt es zu wiederholten schmerzhaften Verrenkungen des Oberarmkopfes aus der Gelenkpfanne zum Beispiel bei Stürzen, sportlichen Überkopftätigkeiten oder bereits nach einfachen Drehbewegungen. Gelegentlich kann die Schulter nur mit fremder Hilfe wieder eingerenkt werden. Gelegentlich stehen unvollständige schmerzhafte „Subluxationen“ im Vordergrund

Diagnostik

Die orthopädische Untersuchung ergibt Hinweise auf das Vorhandensein, Ausmaß und Richtung der Schulterinstabilität. Im Röntgenbild können knöcherne Verletzungen an Oberarmkopf und Gelenkpfanne diagnostiziert oder ausgeschlossen werden. Um die Schädigung von Gelenkkapsel und

Bändern zu erkennen, muss in vielen Fällen eine Kernspintomographie oder ein Computertomogramm der Schulter durchgeführt werden.



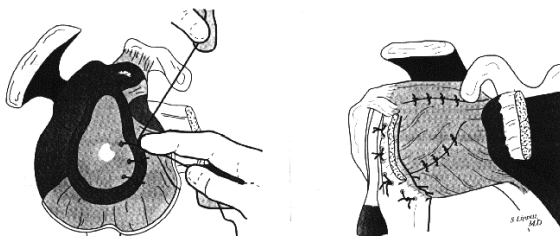
Behandlung

Bei wiederholten Verrenkungen, beim jungen Sportler unter Umständen schon nach der ersten Verletzungsereignis, ist die Stabilisierung durch eine Operation zu empfehlen. Nur so kann verhindert werden, dass das Gelenk immer wieder auskugelt und weitere Folgeschäden vor allem am Knorpel eintreten. Bei der anlagebedingten Instabilität ohne eine Verletzungsursache ist ein gezieltes Muskelaufbautraining mit Kraftgeräten und ein Kollagentraining mit hohen Wiederholungszahlen zu empfehlen; eine Operation ist hier meistens nicht notwendig

Operation

Bei dem Eingriff wird durch eine Gelenkspiegelung (Arthroskopie) das Ausmaß der Schädigung beurteilt. Anschließend erfolgt je nach Schwere der Verletzung in arthroskopischer Technik oder über einen zusätzlichen

Hautschnitt die Naht der Bänder und eine Straffung der Gelenkkapsel. Die Befestigung der abgerissenen Strukturen am Rande der Gelenkpfanne erfolgt mit 2-3 kleinen „Dübeln“ (Fadenankern), die vom Körper im Laufe von Monaten aufgelöst werden. Nur bei sehr ausgedehnten Defekten der Gelenkpfanne ist die Übertragung eines Knochenspans aus dem eigenen Beckenknochen oder der Schulter (Coracoidtransfer) notwendig.



Nachbehandlung

Nach der Operation muss die Schulter für drei Wochen durch eine Armschlinge ruhiggestellt werden, weil sonst die Nähte wieder ausreißen können. Die Schulter ist danach in ihrem Beweg-

ungsumfang meist eingeschränkt. Danach erfolgt ein Bewegungstraining nach festgelegtem Schema zur Wiedererlangung der Beweglichkeit, das dem Patienten in schriftlicher Form ausgehändigt wird. Der stationäre Aufenthalt dauert insgesamt etwa 2 – 4 Tage. Krankengymnastik ist für etwa 3 Monate erforderlich; anschließend ist ein selbständiges Muskelaufbautraining für weitere 3 Monate zu empfehlen. Wichtig ist, dass eine sportliche Belastung der Schulter für insgesamt drei Monate, die Ausübung von Kontakt- und Wurf-sportarten sogar bis zu sechs Monaten nicht möglich ist - ohne das Gelenk erneut zu gefährden. Arbeitsunfähigkeit besteht je nach beruflicher Belastung des Gelenkes für 4 – 6 Wochen.

Ergebnisse und Risiken

Über 90 % der operierten Patienten sind mit dem Ergebnis der Operation sehr zufrieden. Gelegentlich verbleibt anschließend eine meistens unmerkliche Einschränkung der Außendrehfähigkeit im Schultergelenk. In seltenen Fällen, meistens nach zu früher Belastung oder nach erneuten Verletzungen, kann es trotz Operation zu einer abermaligen Luxation der Schulter kommen. Das Risiko von Gelenkentzündungen oder Schädigungen von Blutgefäßen oder Nerven durch die Operation ist gering, solche **Komplikationen treten in weniger als 5 % der Fälle auf.**

erstellt von: Prof. Dr. Philip Kasten am: 07.10.2014	geprüft und freigegeben von: Dr. Jürgen Fritz am: 07.10.2014	Revisionsstatus: 1.0
---	---	----------------------