



# Schulterinstabilität

## Schulterluxation



### Eine instabile Schulter, was ist darunter zu verstehen?

Die Schulter ist das beweglichste Gelenk des menschlichen Körpers. Dieses hohe Maß an Beweglichkeit bedeutet aber andererseits, dass eine im Vergleich zu anderen Gelenken hohe Gefahr des "Auskugelns" in der Fachsprache des "Luxierens" besteht. Hierbei springt der Oberarmkopf aus der Gelenkpfanne, so dass die gelenkbildenden Knochenenden ihren Zusammenhang verlieren. Daraus resultieren meist weitere Verletzungen: Einrisse an der Gelenkkapsel und den Stabilisierungsbändern sind die Folge. Aber auch Knorpel-, Knochen- und Nervenverletzungen können auftreten. Insbesondere reißt aber häufig eine für die Stabilität äußerst wichtige Gelenkklippe (Labrum glenoidale) ab.

### Bedarf es zur Schulterluxation einer sehr gewaltsamen Kraffteinwirkung von außen?

Nicht in jedem Fall. Grundsätzlich müssen vor allem zwei Formen der instabilen Schulter unterschieden werden: zum einen traumatische, z.B. durch einen Sportunfall bedingte Verletzung des Gelenkes hervorgerufene Schulterluxationen, zum anderen sogenannte habituelle Schulterluxationen. Diese bezeichnen eine durch angeborene oder erworbene Gelenkveränderungen resultierende Instabilität, schon bei minimaler Inanspruchnahme des betroffenen Gelenkes. Hier liegt also kein Unfall, d.h. kein adäquates Trauma vor.

### Wie diagnostiziert man eine Luxation?

Die Diagnose "Schulterluxation" ergibt sich recht eindeutig anhand der klinischen Untersuchung und einer Röntgenkontrolle. Ist die Diagnose gestellt, muss die Schulter umgehend möglichst sanft wieder eingeordnet werden. Wichtig ist aber, dass nun analysiert wird, wie es zur Luxation gekommen ist. Um einen Aufschluss darüber zu erhalten, welche Strukturen in welchem Umfang möglicherweise verletzt worden sind, sollte die Schulter mit Hilfe der Kernspintomographie (MRT) untersucht werden.

### Warum ist die Analyse des Luxationsmechanismus so wichtig?

Weil sich die gesamte Therapie danach richtet. Bei einer traumatischen, d.h. unfallbedingten Luxation vor allem des jungen Patienten, tendiert man heute auf Grundlage der hervorragenden patientenschonenden Möglichkeiten der arthroskopischen Technik dazu, die verletzten Strukturen frühzeitig operativ zu rekonstruieren. Durch dieses Vorgehen besteht die höchste Wahrscheinlichkeit, dass auf diesem Wege die Stabilität der Schulter dauerhaft wiederhergestellt werden kann. Einen Patienten mit einer habituellen Schulterluxation d.h. einer Luxation, die primär nicht wegen eines Unfalls entstanden ist, sondern weil eine vielleicht anlagebedingte Kapsel-Bandschwäche ggf. in Kombination mit schwacher Schultermuskulatur besteht, wird man zunächst konservativ therapieren. Das heißt konkret, dass nach erfolgtem Einrenken die Schulter für drei Wochen mit einer Bandage ruhig gestellt wird, damit die überdehnte Gelenkkapsel abheilen kann. Danach ist ein intensives Krankengymnastikprogramm zur Kräftigung und Koordinationsschulung der Muskulatur empfohlen, welches schließlich in eine spezifische Trainingstherapie mündet. Erst wenn trotz dieser Maßnahme die Schulter nicht stabilisiert werden kann, ist auch hier an eine operative Stabilisierung zu denken.

### Hängt die Therapie auch vom Alter des Patienten ab?

Die Relaxationsrate d.h. der Anteil der Patienten, die nach der ersten Schulterluxation eine chronisch instabile Schulter behalten, ist stark abhängig vom Alter des Patienten. Je jünger ein Patient, umso wahrscheinlicher ist es, dass er wenn die verletzten Strukturen nicht operativ saniert werden, eine instabile Schulter behält.

Zur Verdeutlichung: Bei einem unter Dreißigjährigen liegt die statistische Wahrscheinlichkeit auf Relaxation bei etwa 85%, bei 60- bis 70jährigen lediglich bei 5%!



# Schulterinstabilität

## Schulterluxation



**Fazit:** Je jünger und je körperlich aktiver ein Patient ist, desto eher muss die Schulter nach Luxation operativ stabilisiert werden. Je älter ein Patient ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass er nach entsprechender Ruhigstellung und nachfolgendem Muskelaufbau eine stabile Schulter bekommt.

### Wie lässt sich die instabile Schulter operativ behandeln?

Früher wurden diese Operationen über einen ca. 10 cm großen Hautschnitt durchgeführt. Heute sind wir dank der Fortschritte der Arthroskopie (Schlüsselloch-Chirurgie) in der Lage, die Rekonstruktion am Schultergelenk über drei nur jeweils ca. drei Millimeter kleine Zugänge durchzuführen. Durch die ins Gelenk eingeführte Optik, können die verletzten Strukturen exakt untersucht und ganz gezielt zu "geflickt" werden. Wichtigstes Ziel ist es, dass zur Wiederherstellung der Schulterstabilität die abgerissene Gelenkklippe (Labrum gleoidale) z.B. mittels spezieller bioresorbierbarer Anker oder Titanpins an der ursprünglichen Stelle refixiert wird. Diese Lippe ist trotz unauffälligem Volumen der primäre Stabilisator in der Schulter. Sie ist verantwortlich für den Unterdruck, der zwischen Oberarmkopf und Gelenkpfanne besteht, und der durch den kleinsten Defekt verloren geht (vergleichbar dem Sogeffekt eines Saughakens für Geschirrhandtücher). Man muss sich das so vorstellen: Sobald der Gummipropf einen kleinen Riss aufweist, haftet er nicht mehr richtig auf der Fliese. Gleichzeitig können die gerissenen Bänder, sowie die überdehnte Gelenkkapsel als sekundäre Stabilisatoren gestrafft werden.

### Und nach der arthroskopischen Rekonstruktion?

Nach Rekonstruktion der verletzten Strukturen bedarf es einer gewissen Phase der Ausheilung. Die Schulter muss in den ersten drei Wochen ruhig gestellt werden. Die weitere Nachbehandlung entspricht im Grunde der klassischen konservativen

Therapie, d.h. es erfolgt nach einer gezielten krankengymnastischen Übungsbehandlung ein Aufbautraining zur Kräftigung und Koordinations-schulung der Schultergürtelmuskulatur.

### Kontaktdaten

KLINIK am RING, Köln  
Orthopädie und Sporttraumatologie  
Hohenstaufenring 28  
50674 Köln

Telefon (02 21) 9 24 24-220  
Telefax (02 21) 9 24 24-270  
E-Mail: orthopaedie@klinik-am-ring.de  
Internet: www.klinik-am-ring.de

### Terminvereinbarung:

Dr. Preis: (02 21) 9 24 24 -221  
Frau Becker: -222  
Dr. Bernholt: -229  
Dr. Schroeder: -223

### Ihre Ärzte



Dr. med.  
Stefan Preis



Christine Becker



Dr. med.  
Jan Bernholt



Dr. med.  
Jörg Schroeder