



Arthroskopische Sicht auf Labrumläsion
(Untersuchung mit Tasthäkchen)

Entsprechender Befund im Arthro-MRI

DIE AUSGERENKTE SCHULTER



Dr. med. Paul Lauber

Die Schulter ist das beweglichste Gelenk des Menschen. Das hohe Bewegungsausmass wird jedoch durch die anatomische Besonderheit erkauft, dass die Schulter über keine knöcherne Führung verfügt. Der im Vergleich zur Gelenkpfanne dreimal grössere Kopf hängt in einer senkrecht abfallenden Wand und wird, ähnlich wie der Bergsteiger durch seine Seile und zusätzlichen Gerätschaften, durch einen knorpeligen Faserring um die Gelenkpfanne, durch die Gelenkkapsel mit eingelagerten Verstärkungsbändern und durch Muskel-Sehnen-Einheiten rein weichteilstabilisiert.

Diese beiden miteinander gekoppelten Umstände machen das Schultergelenk jedoch anfällig für Ausrenkungen (Luxationen). Die allermeisten Dislokationen des Oberarmkopfes aus der Gelenkpfanne haben eine traumatische Ursache und sind in ca. 97% der Fälle nach vorne gerichtet. Es gilt die Regel: je jünger der Betroffene

ist, desto häufiger kommt es zu wiederholten Luxationen (>80% beim < 30-Jährigen). Beim > 50-Jährigen wird durch die Ausrenkung in ca. 50% der Fälle auch ein Sehnenriss verursacht, bisweilen auch eine Fraktur am Oberarmkopf. Ob eine Luxation überhaupt eintreten kann, hängt im Wesentlichen von vier Faktoren ab:

1. der Position des Armes im Moment der von aussen einwirkenden Kraft
2. der in diesem Augenblick vom Betroffenen einsetzbaren muskulären Gegenkraft
3. dem Ausmass der von aussen einwirkenden Energie
4. der Qualität der die Schulter stabilisierenden Weichteile (Laxität)

Grundlage der repetierten Luxation ist ein durch die Erstluxation gesetzter Schaden am vorderen Rand der Gelenkpfanne (Abriss eines meniskusartigen Ringes), Labrum genannt, welcher auto-

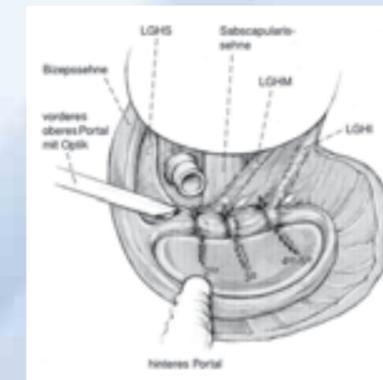
nom meist nicht hinreichend anatomisch korrekt und fest am Pfannenrand wieder anheilen kann. Es kommt hinzu, dass durch jede weitere Luxation die vordere Gelenkkapsel (Hülle des Gelenkes) plastisch (irreversibel) deformiert wird (Druck auf Kaugummi), sodass schliesslich der Weg zu einer eigentlichen Luxationsstrasse durch kritische Armbewegungen und -positionen (Bewegung in Richtung der Wurfposition) geebnet wird.

Eine etablierte Instabilität des Oberarmkopfes ist in den seltensten Fällen durch Physiotherapie muskulär kompensierbar. Ob eine posttraumatische Instabilität des Oberarmkopfes operativ behandelt werden soll, ist abhängig von machen von der subjektiven Störung resp. von beruflichen/freizeitlichen Ansprüchen des Betroffenen und muss im Gespräch mit dem behandelnden Orthopäden entschieden werden.

Ziel der Operation ist es, die stabile Funktionsweise der Schulter durch Wiederherstellung der Anatomie zu garantieren. Dies ist infolge Gewebeverlustes (Faserring, Knochen etc.) nicht immer möglich. Es stehen jedoch stabilisierende Ersatzoperationen zur Verfügung, deren Ergebnisse sich, allerdings meist unter Inkaufnahme eines geringfügigen, die Alltagsbedürfnisse je-

doch nicht einschränkenden Funktionsverlustes, ebenfalls durch eine hohe Stabilitätssicherheit auszeichnen. Der an sich optimale Zeitpunkt für eine operative Stabilisierung ist der Zustand der traumatischen Erstluxation, da dann der anatomische Schaden vergleichsweise am geringsten ist und die zur Heilung notwendigen Blutungsflächen freiliegen. Man wird diese dem Patienten umso mehr empfehlen, je jünger er ist und je häufiger er beruflich/sportlich Armbewegungen in Richtung einer 90/90 Grad-Position des Armes (Wurfposition) ausführt.

Ein allfälliger Eingriff kann, in Abhängigkeit verschiedener Faktoren, arthroskopisch erfolgen. Die offene Vorgehensweise andererseits offeriert höhere Stabilitätssicherheit im Langzeitverlauf (ca. 5% Reluxationen gegenüber ca. 10-15% bei der Anwendung der arthroskopischen Technik). Sie wird jedoch, im Unterschied zur Arthroskopie, mit dem Nachteil erkauft, zwecks Zugang zum Gelenk eine Sehne ablösen und refixieren zu müssen. Die Heilungszeit des Instabilitätsschadens ist aber bei beiden Methoden identisch. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, der Sportabstinenz sowie der möglichen Komplikationen bei konservativem resp. operativem Vorgehen sind Gegenstand des Aufklärungsgespräches.



Nach arthroskopischer Labrumrefixation mit kleinen fadenbestückten Schraubankern
Quelle: Habermeyer



Arthroskopische Sicht des mit Fadenankern refixierten Labrums