

Eingriff
und
Genesung



Schulter- und Ellbogenchirurgie

Schulterluxation und Schulterinstabilität

Schulterluxation und Schulterinstabilität

Liebe Patientin, lieber Patient

Wir gehen allgemein auf die Behandlung der Schulterinstabilität ein und vermitteln Ihnen grundlegende Informationen über die Krankheit, deren Behandlung, Nachbehandlung sowie Risiken. Bitte beachten Sie dabei, dass alle Patientinnen und Patienten individuelle Therapien und Empfehlungen erhalten. Manche Abläufe und Informationen in dieser Broschüre stimmen deshalb nicht mit Ihrem persönlichen Behandlungspfad überein. Halten Sie sich in jedem Fall an die Anweisungen in Ihrem Austrittsbericht, Ihrer Physiotherapieverordnung etc.

Was ist eine Schulterluxation?

Bei einer ausgerenkten (luxierten) Schulter ist der Oberarmkopf aus der Pfanne ausgekugelt. Das Schultergelenk ist für Luxationen anfällig, weil der Oberarmkopf viermal so gross ist wie die Schulterpfanne und deshalb von Natur aus sehr schlecht knöchern geführt wird.

Schulterluxationen können zu folgenden Schäden führen:

- Ausdehnung der Schultergelenkkapsel und ihrer Bänder
- Loslösung der Gelenkklippe von der Schulterpfanne (Bankart-Läsion, Abb. 3) oder knöcherner Abbruch eines Pfannenteils
- Knochendefekt am oberen hinteren Oberarmkopf (Hill-Sachs-Läsion)
- Verletzung von Nerven und Gefässen
- Riss der Rotatorenmanschette

Formen der Schulterinstabilität

Man unterscheidet die angeborene (habituelle) Schulterinstabilität von der unfallbedingten Schulterinstabilität. Ist sie angeboren, liegt meistens eine Überdehnbarkeit der Kapsel und der Bänder vor. Häufig sind beide Schultergelenke und zum Teil auch andere Gelenke von der Instabilität betroffen. Eine Luxation durch einen Unfall kann ebenfalls zu Schulterinstabilität führen.

Welche Therapiemöglichkeiten gibt es?

Die angeborene Schulterinstabilität wird nur in seltenen Fällen operiert, wenn konservative Therapiemethoden nicht greifen. Die unfallbedingte Schulterinstabilität wird aufgrund sehr guter Erfolgsaussichten häufiger operativ behandelt.

Nach erstmaliger Luxation stabilisiert sich die Schulter unter konservativer Therapie häufig selbst wieder – insbesondere bei Patientinnen und Patienten über 25 Jahren. Kommt es bei einer unfallbedingten Schulterinstabilität zu einer erneuten Ausrenkung oder bleibt ein Instabi-

litätsgefühl trotz konservativer Therapie, ist eine Stabilisierungsoption des Schultergelenks angezeigt.

Operationsmethoden

Je nach Verletzungsausmass kommen an unserer Klinik zwei Operationen zur Behandlung der Instabilität in Frage: Die Latarjet- oder die Bankart-Operation. Für die Latarjet-Operation (Abb. 1 und 2) spricht, dass ihre Erfolgswahrscheinlichkeit höher liegt. Nachteilig ist, dass sie mehr Risiken in sich birgt und eine Narbe im vorderen Schulterbereich hinterlässt. Die Bankart-Operation (Abb. 4) hat den Vorteil, dass sie minimalinvasiv (arthroskopisch) durchgeführt wird. Ihr Nachteil ist, dass signifikant mehr Patientinnen und Patienten trotzdem eine bleibende Instabilität haben. Entsprechend führen wir an unserer Klinik öfter Latarjet-Operationen durch.

Latarjet-Operation

Über einen 4 bis 6 Zentimeter langen Hautschnitt im vorderen Schulterbereich gelangen wir zum Gelenk. Einen Knochenfortsatz (Processus coracoideus), an dem zwei Muskeln ihren Ursprung nehmen, lösen wir ab und fixieren ihn durch zwei Schrauben innerhalb der Defektzone im Pfannenbereich (Abb. 1 und 2). Dadurch wird einerseits die Pfanne knöchern vergrössert. Andererseits erzeugen die umgesetzten Muskeln und Sehnen zusätzliche Stabilität, indem sie sich wie eine Art Hängematte vor dem Schultergelenk aufspannen und so das Ausrenken des Kopfs verhindern.

Bankart-Operation

Die Operation nach Bankart ziehen wir in Erwägung, wenn folgende Punkte erfüllt sind:

- Die Instabilität ist unfallbedingt
- Die Instabilität besteht aufgrund einer abgelösten Gelenkklippe
- Es besteht kein Knochendefekt
- Die Patientin oder der Patient übt keinen Kontaktsport aus und ist über 20-jährig

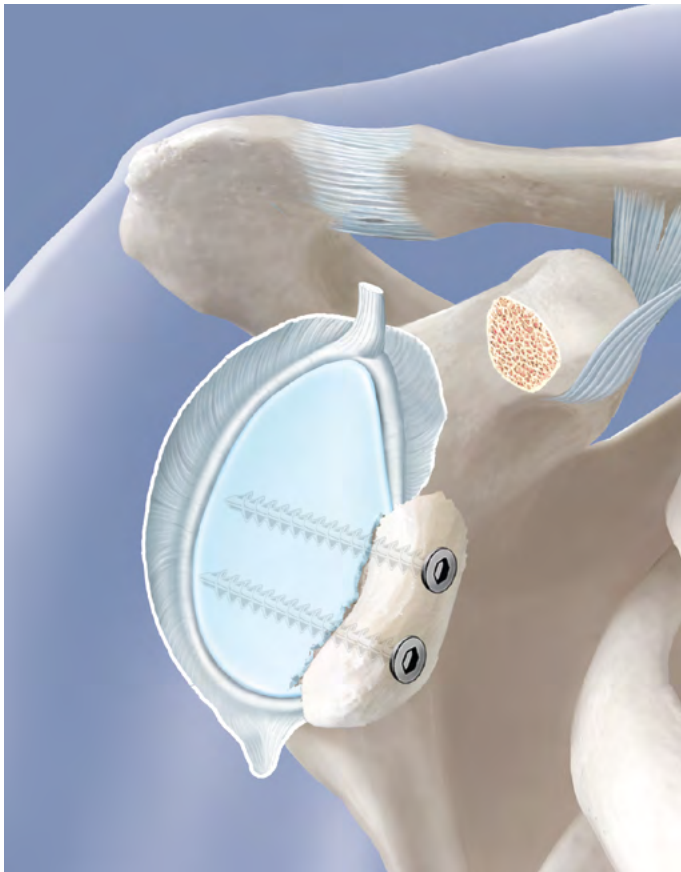


Abb. 1: Latarjet-Pfannenplastik.



Abb. 3: Bankart-Läsion: von der Schulterpfanne abgelöste Gelenkklippe.

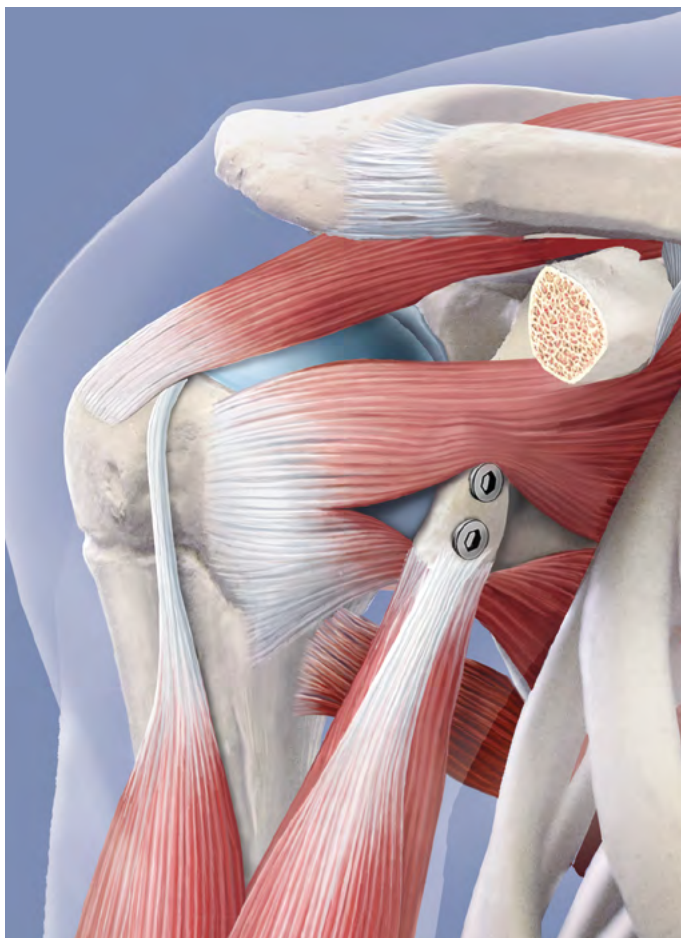


Abb. 2: Latarjet (mit Darstellung der Muskeln).

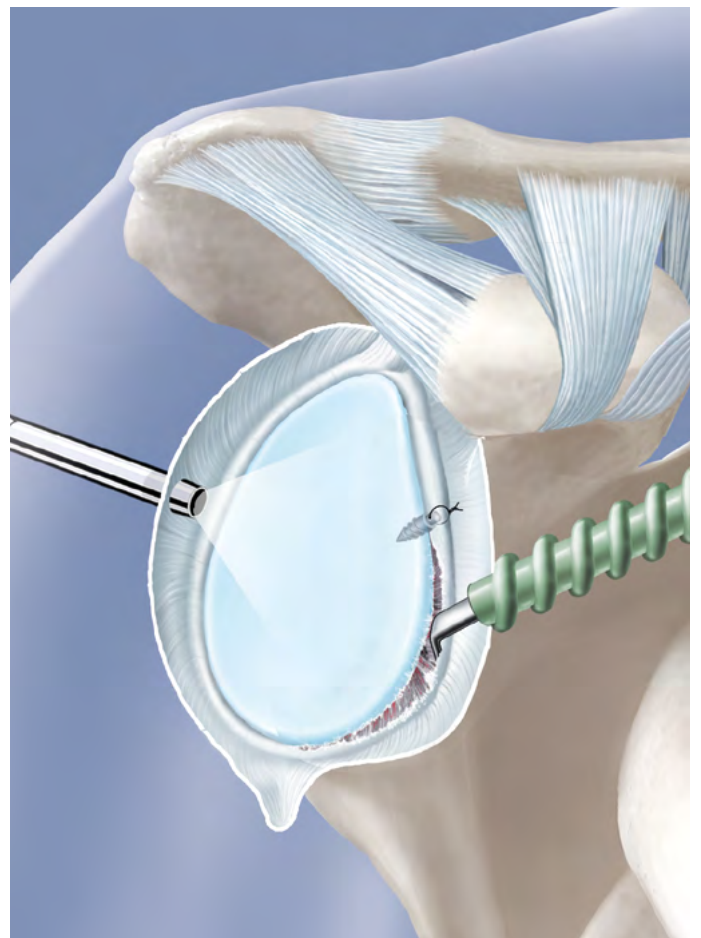


Abb. 4: ArBankart-Operation: Refixation der Gelenkklippe.

Über einen minimalinvasiven Zugang (Gelenkspiegelung/Arthroskopie) fixieren wir die abgelöste Gelenk-
lippe mit Ankern, an denen Fäden montiert sind,
wieder an die Pfanne (Abb. 4)

Bei angeborenen Instabilitäten, die nicht auf die kon-
servative Therapie ansprechen, kann die Gelenk-
lippe inklusive Kapsel mit denselben Ankersystemen gestrafft
werden. Diese Technik gehört jedoch nicht zum Ban-
kart-Verfahren.

Welche Risiken bestehen?

Neben allgemeinen Operationsrisiken wie Wundheilungs-
störung, Bluterguss und Infektion bestehen folgende
spezifische Risiken:

Schultersteife

Die sehr elastische Schultergelenkkapsel ist nach der
Operation entzündet und verliert dadurch ihre Elastizität.
In den meisten Fällen bildet sich diese Entzündung und
Schrumpfung innerhalb von 6 Monaten zurück. Wenn
nach dieser Zeit die Aussendrehung der Schulter bei an-
gelegtem Arm weniger als 20° aufweist, spricht man von
einer sogenannten Frozen Shoulder (Capsulitis adhaesi-
va). Sie ist die häufigste Komplikation nach Latarjet-
(ca. 7%) und Bankart-Operationen (ca. 12%). Die Frozen
Shoulder limitiert sich in 98% der Fälle von selbst (siehe
separate Broschüre «Frozen Shoulder») und bedarf in
den meisten Fällen keines weiteren Eingriffs.

Instabilität

Eine bleibende Instabilität mit wiederholender Schulter-
luxation tritt bei ca. 3% nach Latarjet-Operationen und
bei ca. 28% nach Bankart-Operationen auf.

Nervenschäden

Nach Latarjet-Operationen kommt es in 14% der Fälle
zu Nervenirritationen, die meistens temporärer Natur
sind. Bei ca. 1% bleibt eine Nervenschädigung dauerhaft.
Nach Bankart-Operationen sind Nervenschäden deutlich
seltener (<1%).

Schraubenlockerung oder fehlende Heilung des angeschraubten Knochenblocks

Solche Komplikationen treten insbesondere bei Raucher-
innen und Rauchern nach einer Latarjet-Operation auf.

Störendes Fremdmaterial

Schraubenköpfe oder -spitzen können nach Latarjet-Ope-
rationen stören und können in einer zweiten Operation
entfernt werden, sobald der Block angewachsen ist. Nach
Bankart-Operationen kann das Ankermaterial Schmerzen
verursachen und muss in seltenen Fällen entfernt werden.

Frühzeitige Knorpelabnutzung (Arthrose)

Beide Operationen können die Instabilität beheben,
jedoch nicht das erhöhte Risiko einer Arthrose. Denn

ein Schultergelenk, das instabil war, birgt weiterhin die
Gefahr, frühzeitig eine Arthrose zu entwickeln.

Schwächung der Rotatorenmanschette

Erneute Instabilität und Verlust der Innenrotationskraft
treten sehr selten und eher nach Latarjet-Operation(<1%)
auf.

Was passiert nach der Operation?

Spitalaufenthalt

Sie bleiben in der Regel für 2 Nächte im Spital. Am ersten
Tag nach der Operation beurteilt die Stationsärztin oder
der Stationsarzt, ob Sie austrittsfähig sind. Am zweiten Tag
werden Sie entlassen, sofern die Schmerzen erträglich
sind, die Wunde unauffällig ist und Sie bereits wieder
mehrere Stockwerke zu Fuss bewältigen können.

Wunde/Narbe

Das aufgetragene abdichtende Plastikpflaster müssen
Sie ab dem Operationstag für 2 Wochen tragen. Sollte in
dieser Zeit Flüssigkeit aus der Wunde austreten, rufen
Sie uns bitte an.

In den ersten 10 Tagen nach der Operation muss der
Hausarzt oder die Hausärztin die Wunde kontrollieren.
Diesen Termin müssen Sie selbst organisieren. Das
Plastikpflaster bleibt jedoch auch danach auf der Wunde,
bis die 2 Wochen vorüber sind.

Das Fadenmaterial wird vom Körper selbst abgebaut.
Der Hausarzt oder die Hausärztin muss somit nur die
überstehenden Fadenenden aus der Narbe entfernen.
In Ausnahmefällen verwenden wir Fadenmaterial, das
komplett entfernt werden muss. Darüber würden wir
Sie informieren.

Am 14. Tag nach der Operation kann der Hausarzt oder
die Hausärztin das Plastikpflaster entfernen. Die Wunde
muss dabei trocken sein. Falls dies nicht der Fall ist, rufen
Sie uns bitte an.

Während mindestens 2 Jahren muss die Narbe vor Son-
nenlicht mit einem Sonnenblocker oder Pflaster geschützt
werden.

Physiotherapie

Am ersten Tag nach der Operation erklärt Ihnen eine
Physiotherapeutin oder ein Physiotherapeut, welche
Bewegungen erlaubt sind und welche nicht. Diese Limi-
tationen sind für einen möglichst guten Heilungsverlauf
strikt einzuhalten. Die Physiotherapie richtet sich nach
den Vorgaben der Operateurin oder des Operateurs.

Grundsätzlich gilt, die Rekonstruktion in der ersten Re-
habilitationsphase (erste 4 bis 6 Wochen) zu schonen und
zu schützen. Deshalb müssen Sie den operierten Arm
in der Schlinge tragen und es werden lediglich passive

oder aktiv assistierte Bewegungen durchgeführt. Nach Ihrem Spitalaustritt führen Sie die Physiotherapie gemäss Verordnung weiter. Falls Sie dies in einer externen Praxis tun, müssen Sie darauf achten, dass unsere Vorgaben gemäss der Physiotherapieverordnung weiterhin eingehalten werden.

In der zweiten Reha-Phase (ab Woche 5 bis 7) beginnt die aktive Bewegungstherapie – noch ohne Belastung. Bis zu 12 Wochen nach der Operation dürfen Sie keine Wurfbewegung ausführen. Ab der 12. Woche dürfen Sie mit sanfter Kräftigung starten und ab der 16. Woche langsam bis zur Vollbelastung steigern. Innerhalb der ersten 4 Monate ist es normal, dass Ihre Beweglichkeit durch die entzündete Gelenkkapsel eingeschränkt ist. In den meisten Fällen (>90 %) löst sich die Schultersteife/ Kapselentzündung innerhalb von 6 Monaten wieder auf.

Verlaufskontrollen

Nach 6 und 20 Wochen sehen wir Sie zur Nachkontrolle in unserer Klinik. Bei der 20-Wochen-Kontrolle entscheiden wir, ob bis zur abschliessenden Jahreskontrolle noch weitere Termine nötig sind.

Arbeitsunfähigkeit

Bürotätigkeiten können Sie je nach Schmerzintensität nach etwa 2 bis 6 Wochen wieder aufnehmen.

Körperliche Tätigkeiten, für die Sie die operierte Schulter einsetzen müssen, können Sie üblicherweise nach 16 bis 24 Wochen wieder ausüben.

Wie lange die Arbeitsunfähigkeit dauert, hängt von der Vernarbungstendenz sowie Ihrem beruflichen Belastungsprofil ab.

Fahrerlaubnis

Das Führen von Fahrzeugen ist für die 4- bis 6-wöchige Ruhigstellungsphase des operierten Arms untersagt. Sie dürfen erst wieder ein Fahrzeug lenken, wenn die Schlinge, Schiene oder ein anderes Hilfsmittel entfernt wurde. Zudem darf der eingeschränkte Bewegungsumfang Sie nicht mehr beim Fahren behindern.

Forschung an der Universitätsklinik Balgrist

Die Problematik der Schulterinstabilität ist eines unserer wesentlichen Forschungsthemen. Inzwischen gibt es international anerkannte Standards zur Klassifikation und Systematik der verschiedenen Typen der Schulterinstabilität. Je mehr Daten wir sammeln können, desto zielgerichteter lässt sich feststellen, ob eine konservative oder eine operative Behandlung angezeigt ist. Wir bitten Sie deshalb, an unseren Studien teilzunehmen, damit wir die Therapie auch für alle anderen Patientinnen und Patienten weiter verbessern können.

Universitätsklinik Balgrist
Orthopädie

Sprechstunde
Mittwoch und Freitag

Forchstrasse 340
8008 Zürich, Schweiz
T + 41 44 386 30 12
F + 41 44 386 30 09
schulter_ellbogen@balgrist.ch
www.balgrist.ch

