

Schulter

Gelenkstabilisation

bei Instabilität



Liebe Patientin, lieber Patient

Die Instabilität Ihres Schultergelenks bereitet Ihnen Schmerzen und schränkt Ihre Lebensqualität und Bewegungsfreiheit ein. Mit der geplanten Operation soll dieses Problem behoben werden. Dabei ist mein oberstes Ziel, dank einer optimal schonenden Ausführung dieses Eingriffs, eine rasche Heilung zu unterstützen, Sie schnell zu mobilisieren und so dafür zu sorgen, dass Sie die Schulter in Ihrem Alltag und beim Sport möglichst bald wieder sorgen- und schmerzfrei nutzen können.

Vielen Dank, dass Sie sich mir und meinem Team anvertrauen!

Als leidenschaftlicher Schulter-Spezialist verfüge ich dank langjähriger Erfahrung über eine hohe Kompetenz in der operativen Therapie der Beschwerden, die Sie plagen. Mein gesammeltes Fachwissen, mein volles Engagement und meine hohen Qualitätsansprüche werden in die Behandlung einfließen, welche sich immer an den neusten Erkenntnissen der Wissenschaft orientiert. Sie sind bei mir und meinem eingespielten Team in guten und versierten Händen.

Aufklärung ist mir wichtig. Gut informiert können Sie dem Operationstermin gelassen, vertrauensvoll und zuversichtlich entgegensehen. Aus diesem Grund habe ich in dieser Broschüre die wichtigsten Informationen über das Krankheitsbild, die Behandlungsmöglichkeiten und den geplanten Eingriff zusammengefasst.

Wenn etwas unklar sein sollte oder Sie etwas genauer wissen möchten, dürfen Sie sich gerne jederzeit in der Sprechstunde oder über mein Sekretariat an mich wenden.

Bis zum Operationstermin wünsche ich Ihnen möglichst wenig Schmerzen und danach jetzt schon eine schnelle Genesung.

Ihr



PD Dr. med. Florian Hess

Facharzt Orthopädie und Traumatologie
des Bewegungsapparates und
Facharzt Chirurgie, FMH



Operationsgrund

Was versteht man unter einer Schulterluxation?

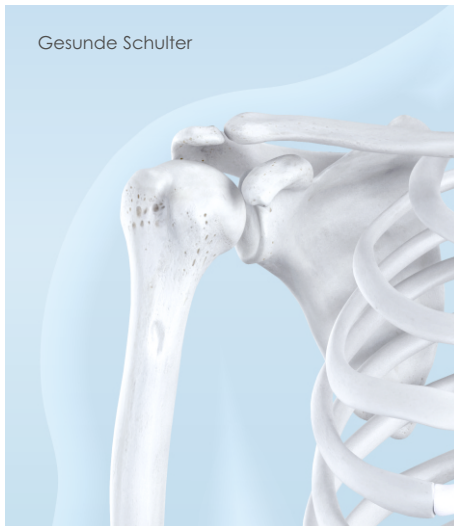
Bei einer Luxation oder Ausrenkung des Schultergelenks kommt es zu einem Auskugeln des Oberarmkopfes aus der Gelenkpfanne (Glenoid). In den meisten Fällen luxiert der Kopf aus der Pfanne nach vorne unten (vordere Schulterluxation), seltener nach hinten (hintere Schulterluxation). Die Reposition (Wiedereinrenkung) des Gelenks erfolgt meist auf einer Notfallstation unter Schmerzmittelgabe oder manchmal auch in einer kurzen Narkose.

Welche Strukturen können bei einer Luxation verletzt werden?

Man unterscheidet zwischen Verletzungen auf Seiten des Oberarmkopfes (Humerus) und auf Seiten der Gelenkpfanne (Glenoid). Diese können isoliert, oft aber

auch kombiniert auftreten. Der Oberarmkopf kann bei der Luxation durch die scharfkantige Gelenkpfanne eingedrückt werden (Hill-Sachs-Delle). Dieser Defekt kann im Folgenden eine erneute Luxation begünstigen. Zudem kann es zu einer Überdehnung oder sogar zum Ausreißen der Kapsel vom Oberarm kommen. Am Glenoid kann die Luxation ein Abscheren der knorpeligen Gelenkklippe, des sogenannten Labrums oder sogar einen Bruch des knöchernen Pfannenrandes bewirken. Man nennt diese Verletzungen auch Bankartläsionen.

Begleitend kann es zu einer Verletzung oder Überdehnung von Gefässen und Nerven kommen. Auch Verletzungen der Sehnen der Rotatorenmanschette oder der langen Bizepssehne sind möglich.



Operation

Was versteht man unter einer Schulterinstabilität?

Infolge einer oder wiederholter Schulterluxation kann es zu strukturellen Verletzungen kommen, die zu einer anhaltenden Instabilität des Gelenkes mit wiederholten Luxationen führen kann. Diese Rezidivluxationen treten dann zum Teil sogar bei alltäglichen Bewegungen und ohne eigentliches Trauma auf. In manchen Fällen ist eine Schulterinstabilität bei sogenannt laxen Kapselbandverhältnissen oder auch durch Veranlagung bedingt.

Wie äussert sich eine Schulterinstabilität?

Bei einer Instabilität kommt es zu einer verminderten Belastbarkeit des Gelenks aufgrund von Schmerzen bei bestimmten Bewegungen oder bei belastenden Tätigkeiten. Zum anderen können das Gefühl der Instabilität und die Angst vor einer erneuten Luxation ein Vermeidungsverhalten auslösen. Dies führt dann häufig zu Einschränkungen im Alltag, aber auch bei der Arbeit und v. a. bei sportlichen Aktivitäten.

Muss eine instabile Schulter operiert werden?

Offt stabilisiert sich ein Gelenk nach einer erstmaligen Luxation im Rahmen des Heilungsprozesses selbst wieder. Je jünger der Patient und je häufiger das Gelenk bereits luxiert ist, desto unwahrscheinlicher ist diese Selbstheilung jedoch. Initial kann praktisch immer der Versuch einer konservativen Therapie unternommen werden, mit kurzfristiger Ruhigstellung und anschliessender Physiotherapie.

Bei anhaltender Instabilität und je nach Ausmass der Verletzung sollte eine operative Stabilisation des Gelenkes erfolgen. Selten, z. B. bei einer knöchernen Verletzung infolge der Luxation, muss eine Schulter wegen Instabilität notfallmässig operiert werden.

Wie verläuft die Operation?

Hier unterscheidet man im Wesentlichen zwei Operationsmethoden: einen Weichteileingriff und eine Knochenblockprozedur (siehe nächste Seite):

Weichteilstabilisation

Die Weichteilstabilisation wird in der Regel arthroskopisch durchgeführt. Dabei wird die abgelöste Gelenkklippe wieder auf den Pfannenrand reponiert und fixiert; man nennt dies Bankartrepair oder Labrumrefixation. Zumeist erfolgt gleichzeitig eine Raffung oder Refixation der überdehnten oder gerissenen Gelenkkapsel. Dabei werden Fadenanker verwendet, die in den Knochen eingebracht werden. Je nach Typ der Luxation betrifft dies das vordere oder hintere Labrum, es können auch beide betroffen sein.

Knochenblockprozedur

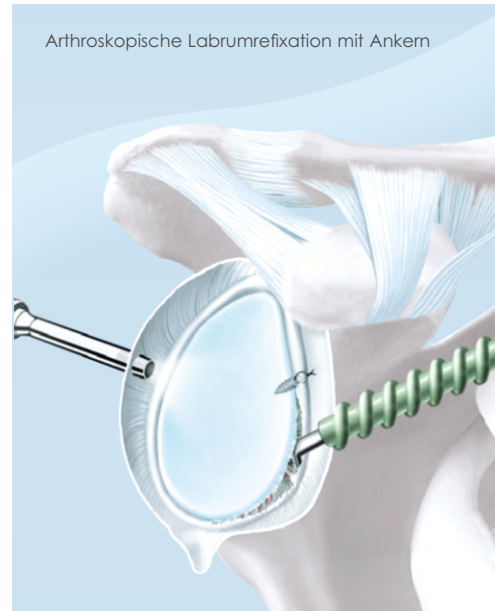
Bei einem grösseren Knochendefekt an der Gelenkpfanne oder wenn wegen bestimmter Begleitfaktoren das Risiko besteht, dass eine reine Weichteilstabilisation versagt, empfiehlt sich eine Knochenblockprozedur. Bei der sogenannten Stabilisation nach Latarjet wird ein gelenknaher Knochenvorsprung (Coracoid) mitsamt anhängender Sehne auf den vorderen unteren Pfannenrand versetzt und dort mittels Schrauben fixiert, um den knöchernen Defekt auszugleichen. Zusätzlich dient die mitversetzte Sehne quasi als Sicherheitsgurt und wirkt ebenfalls einer erneuten Luxation entgegen.

Als eines der wenigen Zentren in der Schweiz bieten wir die Stabilisierung mittels Knochenblock auch minimalinvasiv an. In diesem Fall wird ein Knochenblock vom Becken verwendet.

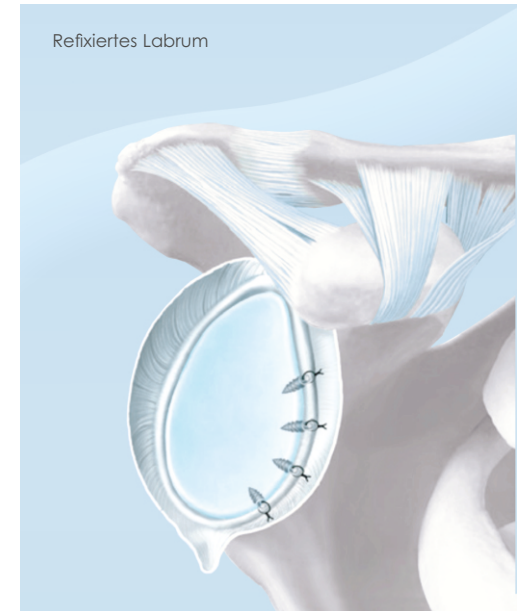
Verletztes Labrum (Bankart Läsion)



Arthroskopische Labrumrefixation mit Ankern



Refixiertes Labrum



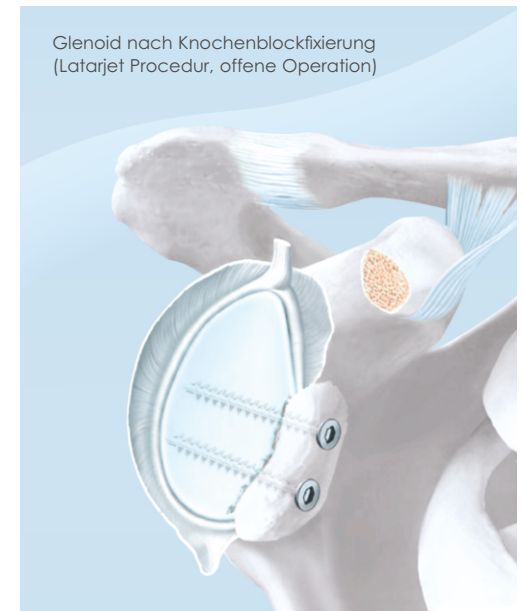
Knöcherner Defekt



Glenoid nach Knochenblockfixierung
(Latarjet Prozedur, minimalinvasiv)



Glenoid nach Knochenblockfixierung
(Latarjet Prozedur, offene Operation)



Nachbehandlung

Ruhigstellung/Mobilisation

Je nach angewendeter Technik und Ausmass der Rekonstruktion wird das Schultergelenk nach der Operation in einer Armschlinge (Mitella) oder einer 0°-Rotationsschiene für 4–6 Wochen ruhiggestellt. Anschliessend werden, abhängig von der gewählten Operationstechnik, Beweglichkeit und Belastung schrittweise ausgebaut.

Sport

Leichtere sportliche Aktivitäten unter Einbezug der Schulter sind frühestens nach 2 Monaten, Kontakt- und Überkopfsportarten nach ca. 4 Monaten wieder möglich, je nach gewählter Operationstechnik.

Arbeitsausfall

Die Arbeitsunfähigkeit kann je nach Ausmass der Operation und Art der Tätigkeit zwischen ca. 6 Wochen und 6 Monaten variieren.

Risiken und Komplikationen

Jede Operation birgt gewisse Risiken und kann zu Komplikationen führen. Was dies bei einem Eingriff zur Stabilisation des Schultergelenks bedeutet, wird im Folgenden erläutert. Kein Eingriff ist ganz ohne Risiken. Allerdings sind diese bei arthroskopischen Eingriffen relativ gering.

Infektion/Einblutung

Zu den allgemeinen Operationsrisiken gehören Infektionen (< 1 %) und Einblutungen (Hämatome).

Nervenverletzung

Durch den Zug am Arm während der Operation kann es zu Nervenverletzungen kommen; im Rahmen der Anästhesie oder (seltener) durch Instrumente (< 1 %). Solche Verletzungen können zu temporären Gefühlsstörungen und Schwäche führen.

Das Risiko einer Nervenverletzung (Nervus axillaris) ist bei der Technik nach Latarjet etwas höher als bei der reinen Weichteiltechnik.

Schultersteife

In etwa 5 % der Fälle bildet sich eine Schultersteife (reaktive Capsulitis). Dies ist eine Erkrankung, die zumeist bei einer gewissen Prädisposition auftritt, nahezu immer selbstlimitierend verläuft, aber zu einer Verzögerung der Rehabilitation führen kann.

Materialversagen/Rezidiv

Bei einer arthroskopischen Stabilisationsoperation besteht das Risiko einer Lockerung der Fadenanker und die Gefahr der Ausbildung einer Rezidivinstabilität mit erneuter Luxation (ca. 5–20 %).

Bei der Methode nach Latarjet kann es zu Materialversagen mit Lockerung der Schrauben oder Bruch des Knochenblocks kommen. Eine Rezidivinstabilität ist hingegen weit seltener (2–5 %).

Bewegungseinschränkung

Eine Folge der Stabilisationsoperation kann eine leichte Einschränkung des endgradigen Bewegungsumfangs, vor allem der Aussenrotation sein.

Gelenkarthrose

Bei einer Schulterinstabilität ist, mit oder ohne operative Behandlung, das Risiko erhöht, dass sich später eine Schultergelenkarthrose ausbildet.

Erfolgsaussichten

Sowohl die arthroskopische als auch die offene Stabilisation zeigen gute Erfolge. In > 90 % der Fälle wird wieder eine gute subjektive Stabilität erreicht.

Wie erwähnt ist das Risiko einer Rezidivinstabilität bei der Weichteilstabilisationen etwas höher.

Generell erzielen aber sowohl die Weichteilstabilisation als auch die Knochenblockprozedur gute klinische Resultate und eine hohe Patientenzufriedenheit.

Kurzübersicht – Ablauf der Behandlung



Vorgespräch

In meiner Sprechstunde kläre ich in einem Vorgespräch Ihre medizinischen Bedürfnisse und erarbeite für Sie ein auf Sie zugeschnittenes, individuelles Behandlungskonzept.



Aufgebot

Dank dem Vorgespräch in meiner Praxis brauchen Sie erst am Tag der Operation in die Klinik einzutreten. Sie werden am Vortag telefonisch informiert, wann und wo genau wir Sie (nüchtern) erwarten.



Operation

Stabilisation des Gelenks entweder arthroskopisch oder offen in gewebeschonender Technik. Operationsdauer zwischen 30 und 90 Minuten, abhängig von der ausgeführten Methode.

Anschliessend Erholung auf der Bettenstation und erstes Aufstehen.



Spitalaufenthalt

Am ersten Tag werden Sie durch die Physiotherapie angeleitet, welche Bewegungen Sie mit Ihrem operierten Schultergelenk durchführen dürfen.

Klinkaustritt nach Hause nach 2-3 Tagen.



Mobilisierung

Im Anschluss an den Spitalaufenthalt: Ambulante Physiotherapie und Eigentherapie gemäss Instruktion zu Hause.



Rekonvaleszenz

Arbeitsunfähigkeit 6 bis 12 Wochen, je nach Tätigkeit.

Homeoffice zu 50 % bereits nach 2 Wochen möglich.

Autofahren nach ca. 6 bis 8 Wochen wieder möglich.

Sport nach ca. 2 Monaten wieder möglich,

gelenkbelastende Sportarten (zum Beispiel Tennis, Handball, Golf, Skifahren) ab ca. 4 Monaten.



Nachkontrollen

Wundkontrolle nach 2 Wochen beim Hausarzt.

Kontrollen bei mir nach 6 und 12 Wochen sowie nach 12 Monaten.

**PD Dr. med. Florian Hess**

Facharzt Orthopädie und Traumatologie
des Bewegungsapparates und
Facharzt Chirurgie, FMH

Schulter- und Ellbogenchirurgie (DVSE)

Gelenkzentrum Winterthur AG
Schickstrasse 11
8400 Winterthur

T +41 52 266 12 12
praxis@gzw.ch

gzw.ch

