



Zusammenfassung

Im Sport findet sich häufig die Problematik der Schulterinstabilität, besonders bei Überkopf- und Hochrasanzsportarten. Die höchste Inzidenz zeigt mit 95% die anteriore-inferiore Schulterluxation. Neben der Luxationsrichtung sind Mechanismus und Ereignishäufigkeit für die Klassifizierung der Verletzung bedeutend. Zu den wichtigsten Begleitverletzungen gehören neben Kapsel-/Labrum-, Knorpel- und ossären Läsionen auch die seltenen Nerven- und Gefäßverletzungen. Zur Schulterreposition etablieren sich zunehmend schonende Manöver. Standard in der primären Bildgebung ist das konventionelle Röntgen. Eine Schnittbildgebung des Gelenkes sollte erfolgen. Bildgebung und Verletzungsmusters entsprechend erfolgt die Therapie konservativ oder operativ. Die Notwendigkeit zur operativen Versorgung hängt vor allem vom Relaxationsrisiko ab. Ein individuell abgestimmtes Rehabilitationsprogramm ermöglicht ein sicheres Wiederaufnehmen der sportlichen Aktivität.

Schlüsselwörter

Schulterinstabilität – Schulterluxation – Reposition – Therapie – Rehabilitation

A. Enz et al.

The unstable shoulder joint

Summary

The problem of shoulder instability in sports is well known, especially in overhead and high-kinetic energy sports. The highest incidence is in 95% the anterior-inferior shoulder dislocation. In addition to the direction of dislocation, mechanism and frequency of events are important for classification. The major accompanied injuries are not only capsule/labrum cartilage and osseous lesions but also nerve and vascular injuries. For the reposition of the shoulder, gentle maneuvers increasingly establish. Standard in the primary imaging is conventional X-rays. A cross-sectional imaging of the joint should be performed. According to

REVIEW / SPECIAL ISSUE

Das instabile Schultergelenk

Andreas Enz, Robert Lenz, Thomas Tischer

Orthopädische Klinik und Poliklinik, Universitätsmedizin Rostock

Eingegangen/submitted: 18.10.2016; akzeptiert/accepted: 02.12.2016

Online verfügbar seit/Available online: 03.01.2017

Einleitung

Das Schultergelenk zeichnet sich im Vergleich zu den anderen großen Gelenken (Hüfte, Knie) durch eine relativ kleine Artikulationsfläche der Gelenkpartner und eine große Bewegungsfreiheit aus, was dieses Gelenk allerdings anfällig für Instabilitäten und Luxationen macht [27]. Ein eng verzahntes System, bestehend aus dem Labrum glenoidale, der Gelenkkapsel, diversen Bändern und Muskeln, sorgt in der gesunden Schulter durch statische und dynamische Mechanismen für die nötige Stabilität [1]. Kommt es zu einer Störung dieser Mechanismen (z.B. durch Mikro- oder Makrotrauma), resultiert eine Instabilität der Schulter [24]. Eine „normale“ Hyperlaxität ist dabei unbedingt von einer „pathologischen“ Instabilität zu unterscheiden und durch eine differenzierte klinische Untersuchung herauszuarbeiten.

Die Schultergelenksinstabilität spielt daher in der Sportmedizin eine große Rolle, v.a. in Überkopfsportarten wie Handball. Die generelle Inzidenz einer Schulterluxation beträgt in einer großen Studie aus Kanada 23,1/100.000 Personenjahre [11]. Innerhalb des ersten Jahres trat bei 19% dieser Patienten eine erneute Luxation auf, v.a. bei jüngeren Patienten (41,7% dieser Patienten < 20 Jahre alt). Der Anteil der hinteren Schulterluxationen lag bei ca. 1,2% [11]. In der Population der Handballspie-

ler ist die Inzidenz der Schulterluxation/Instabilität dabei deutlich höher. So berichten in einer skandinavischen Studie 29% der Leistungssportler im Handball über eine Instabilitätssymptomatik [16].

Aufgrund der hohen klinischen Relevanz wird im Folgenden eigens auf die Besonderheiten und Therapie der vorderen Instabilität eingegangen.

Einteilung und Klassifikation der Schulterinstabilität

Grob unterscheidet man als erstes die Luxationsrichtung/Instabilitätsrichtung der Schulter: anterior-inferior (95%), posterior (1-4%) und multidirektional (2-5%). Wichtig ist auch die Unterscheidung in Erst- oder Rezidivluxation. Weiter wird zwischen primär traumatischen und atraumatischen Luxationen unterschieden. Hierfür bietet sich die Klassifikation nach MATSEN bzw. jene nach GERBER an. Während MATSEN die zwei Gruppen traumatisch (**TUBS**: traumatic, unidirectional, bankart, surgery) und atraumatisch (**AMBRI**: atraumatic, multidirectional, bilateral, rehabilitation, interval closure) unterscheidet, finden sich bei GERBER sechs Gruppen (siehe Tabelle 1). BAILEY schließlich fügt noch die muskuläre Dysbalance als dritten ätiopathogenetischen Faktor hinzu [12]. Neuerdings wird auch dem skapulothorakalen Rhythmus vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt, da Probleme in der skapulären Koordination

imaging and injury patterns, the therapy can be done conservatively or surgically. The need for the surgical treatment depends on the risk of redislocation. An individually tailored rehabilitation program allows an early resumption of athletic activity.

Keywords

shoulder instability – shoulder dislocation – reposition – therapy – rehabilitation

Tabelle 1. Klassifikation nach Gerber.

Typ 1	Chronisch verhakete Luxation
Typ 2	Unidirektional instabil, keine begl. Hyperlaxität
Typ 3	Unidirektional instabil, begl. Hyperlaxität
Typ 4	Multidirektional instabil, ohne Hyperlaxität
Typ 5	Multidirektional instabil, mit Hyperlaxität
Typ 6	Willkürliche Luxation

(Skapuladyskinesie) eine Instabilität fördern können [10]. Für die Wahl der richtigen Therapie müssen knöcherne Defekte (knöcherne Bankartläsion, Hill-Sachs-Delle) erkannt und klassifiziert werden. Für Glenoidranddefekte bietet sich die Klassifikation nach SCHEIBEL an (siehe [Tabelle 2](#)) [22].

Klinische Diagnostik und Bildgebung

Aus Platzgründen sei für die klinische Untersuchung und aktuelle Empfehlungen zur Bildgebung bei Schulterinstabilität auf das GOTS-Expertenheft „Schulterinstabilität“ verwiesen [15,23].

Merke: Unbedingt bei jeder Schulterluxation den neurovaskulären Status vor und nach Reposition gut dokumentieren!

Begleitverletzungen nach Schulterluxation

Bei akuten Schulterluxationen ist im Besonderen auf typische Begleitver-

letzungen zu achten [25,27]. Neben den Kapsel-/Labrum- (Bankart, ALPSA, Perthes,...), Knorpel- (GLAD) und knöchernen Verletzungen (knöcherne Bankartläsion, Hill-Sachs-Delle) sind insbesondere Gefäß-/Nervenverletzungen zu beachten. So traten in einer großen Serie von 3.633 akuten Schulterluxationen immerhin in 5,8% der Fälle neurologische Defizite auf, während begleitende Rotatorenmanschetten (RM)-Rupturen / Tuberculum-majus-Frakturen in bis zu 25,7% der Fälle gefunden wurden [19]. Die RM-Rupturen traten v. a. bei den älteren Patienten (mittleres Alter 63,2 Jahre) auf. Neurologische Defizite kamen dabei in der Gruppe mit RM-Rupturen und Tuberculum-Frakturen signifikant häufiger vor. Gefäßverletzungen scheinen extrem selten zu sein [19]. Assoziierte Läsionen des oberen Bizepssehnenkomplexes (SLAP-Läsionen) sind mit bis zu 20% relativ häufig [9]. Selten treten im jungen Alter auch Verletzungen der Wachstumsfuge auf [21].

Tabelle 2. Klassifikation der anterioren Glenoidranddefekte nach Scheibel.

Typ 1	Akuter Fragment-Typ	a) Knöcherne Bankartfraktur b) Solitäre Pfannenrandfraktur c) Mehrfragmentäre Pfannenrandfraktur
Typ 2	Chronischer Fragment-Typ	In extraanatomischer Position konsolidiertes oder pseudarthrotisches Fragment (Fragment < Defekt)
Typ 3	Glenoidaler Knochendefekt ohne Fragment	a) < 25% Substanzverlust b) > 25% Substanzverlust

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5580083>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5580083>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)