

# Die Schulterausrenkung /-instabilität:

Eine Patienteninformation, verfasst von:

Dr. R. Siermann, Orthopädische Klinik, Städtische Kliniken Dortmund

Stand: Mai 2001

<http://www.schulterinfo.de>

<http://www.klinikendortmund.de>

Diese pdf-Datei kann per E-Mail oder elektronischem Datenträger an Interessierte weitergeleitet werden.



**Klassische Schulterausrenkung nach vorne, unten**

## Die Erkrankung:

Vielfach entstehen Ausrenkungen an der Schulter durch einen Unfall. Ob es nach einem Erstereignis zu gewohnheitsmäßigen wiederholten Ausrenkungen ( mit der immer einhergehenden Gefahr einer Nervenschädigung und Lähmung des Armes ) kommt, hängt im Wesentlichen vom Alter ab. Im Allgemeinen gilt: je jünger ein Patient, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit des Wiederausrenkens und damit die Notwendigkeit zu einer Operation.

Neben der unfallbedingten, sog. „traumatischen Ausrenkung“ kann es auf vielfältige Weise zu vollständigen oder Teilausrenkungen kommen: die Schulterpfanne kann von Geburt an fehlerhaft ausgebildet sein, im Rahmen von Krampfanfällen, wiederholte Mikrotraumen—gerade bei Hochleistungssportlern ( Schwimmen, Handball, Volleyball, u.ä. ), genetisch bedingte Gewebe-

## Beispiele: Schulterausrenkung:



Ausrenkung des Oberarmkopfes nach unten beim Kind



Ausrenkung des Oberarmkopfes nach hinten beim jungen Erwachsenen

## Die Operation:

Das Operationsverfahren richtet sich nach zahlreichen Faktoren: Alter des Patienten, Zahl der Ausrenkungen, erlittene Schäden durch die vorausgegangenen Ausrenkungen, Richtung der Schulterausrenkung und vieles mehr. Es existieren mehr als 100 OP Verfahren um die Schulter zu stabilisieren.

In der Situation der akuten Ausrenkung wird der Oberarmkopf zunächst bei Bewußtsein unter Schmerzmittelgabe oder ansonsten in einer Kurznarkose eingelenkt.

Es gilt dann zu entscheiden, ob und wann operiert wird. Neben Befragung und Untersuchung sind vor allem bildgebende Verfahren wie Röntgen- oder Schichtbilder hilfreich. Einen genauen Überblick gewinnt man durch eine endoskopische Spiegelung der Schulter vor der eigentlichen endoskopischen oder offenen Stabilisierung.

In vielen Fällen ist der knorpelige Dichtring an der vorderen unteren Schulterpfanne abgerissen ( sog. Bankart Läsion ). Man refixiert den Dichtring entweder endoskopisch mit speziellen Dübeln oder Fadenankern oder ansonsten offen, indem er wieder angenäht wird ( sog. Operation nach Bankart ).

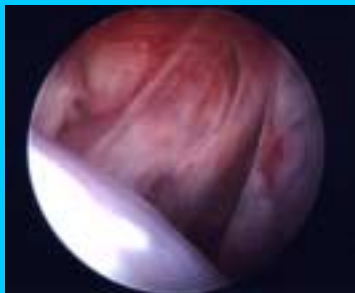
Nach einem solchen Eingriff ist es in der Regel notwendig den Arm für ca. 4 Wochen in einem Verband am Körper zu tragen. Daraus werden in den ersten 4 Wochen passiv geführte Bewegungen mit der Physiotherapie absolviert. Danach kann mit aktiven Übungen und Muskelaufbautraining begonnen werden.

Der stationäre Aufenthalt dauert je nach gewähltem OP Verfahren zwischen 1 und 2 Wochen.

Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist von der beruflichen Tätigkeit abhängig. Bei Bürotätigkeit und Operation Arm nicht dominanten Arm ( z.B. linker Arm beim Rechtshänder ) kann die Arbeit nach 2 Wochen wiederaufgenommen werden. Bei körperlich schwer Arbeitenden und Operation am dominanten Arm kann die Arbeitsunfähigkeit bis zu 3 Monaten betragen.

Eine Sportpause ist für etwa 1/2 bis ein 3/4 Jahr einzuhalten — insbesondere bei Kontakt— und Kampfsportarten ( Handball, Football, Ringen, Judo, u.ä. ).

### Beispiele: Schulter Spiegelungsbefunde bei Ausrenkungen und Instabilitäten der Schulter:



Die sehr weite vordere Schultergelenkkapsel führt bei dieser jungen Frau zu schmerzhaften Teilausrenkungen.



Blick auf den vorderen Schulterpfannenrand: Der Oberarmkopf hat infolge wiederholter Teilausrenkungen nach vorne bei dieser Hochleistungssportlerin einen Krater in den Knorpel geschlagen

Typischer Arthroskopiebefund bei Schulterausrenkungen nach vorne: der knorpelige Dichtring ist vorne an der Pfanne abgerissen (sog. Bankart Läsion).

