

Schultereckgelenksinstabilität

Das Acromioclavikulargelenk (Schultereckgelenk) ist die einzige gelenkartige Verbindung des Armes mit dem Rumpf. Im Aufrechten Gang ist es aber nur geringen Belastungen ausgesetzt. Eine vermehrte Belastung tritt erst bei Überkopfbewegungen auf.

Das Schlüsselbein bildet mit dem Schulterdach (Acromion) das sog. Schultereckgelenk (AC-Gelenk) und wird mit kräftigen Bändern am Schulterblatt gehalten.

Zusätzlich wird das Gelenk von den am Schlüsselbein ansetzenden, kräftigen Faszien des M. pectoralis maior (M. pectoralis maior), Deltamuskels (M. deltoideus) und Kapuzenmuskels (M. trapezius) stabilisiert.

Eine Verletzungen des Acromioclaviculargelenkes erfolgt meist im Rahmen von direkter Krafteinwirkung bei Stürzen. Je nach Schwere der Bandverletzung resultierte eine entsprechend stark ausgeprägte vertikale oder horizontale Instabilität.

Liegt eine geringgradige Schädigung des Bandsystems zwischen Schlüsselbein und Rabenschnabelfortsatz vor, kann es zwar zu einem relativen Hochstand des Schlüsselbeines (Klaviertastenphänomen) kommen, bereitet aber langfristig keinen Beschwerden. Der ästhetische Aspekt dieser Formveränderung sollte kein Ausschlag für eine Operation sein.

Höhergradige Verletzungen , zum Teil mit Einrissen der Muskelansätze, führen zu einer ausgeprägten vertikalen und auch horizontalen Gelenkverschieblichkeit, welche durch muskuläre Mehrarbeit und auch Engpasssyndromen zu anhaltenden Beschwerden neigen.

Diagnostik

Geringgradige Verletzungen äußern sich in lokalen Schmerzen, oft Schwellung und Blutergüssen.

Bei ausgedehnteren Bandabrissen ist die Stufenbildung meist nicht zu übersehen. Wenn die Schmerzsituation des Patienten es zulässt, kann man die oben beschriebene Hypermobilität in beiden Richtungen manuell erfassen.

Eine objektivierte bildliche Darstellung ermöglichen spezielle Röntgen-, „Stress“-Aufnahmen (belastete Zanca- und Alexander-Aufnahme).

Seit man AC-Gelenks-Instabilitäten auch arthroskopisch operiert, lassen sich in 10-15 Prozent der Fälle Binnenschäden im Schultergelenk nachweisen. Wenn nicht operiert werden muss, sollte man diese Nebenverletzungen mit einem MRI ausschliessen.

Vor diesem Hintergrund ist bei primär konservativ geplanter Behandlung eine zusätzliche MRT – Diagnostik zu vertreten.

In der Weiteren Behandlung ist zwischen akuten Verletzungen und der chronischen Instabilität zu unterscheiden. Ziel einer Therapie ist die narbige Verheilung der zerrissenen Bandstrukturen in möglichst anatomischer Länge der Bänder. Ein Zeitfenster dafür besteht nur für maximal 3 Wochen. Ist diese potenzielle Heilungszeit verstrichen, ist eine direkte Heilung nicht mehr möglich und die Bänder müssen mit biologischem Bandersatz (körpereigenes oder fremdes Sehnentransplantat).

Konservative Therapie

Verletzungen geringerer Schwere (nach Rockwood Typ 1 bis maximal 3 von 5 Typen) kann symptomatisch behandelt werden. Typ 3 bedarf genauerer Abklärung und eine individuelle Entscheidung ist patientenspezifisch zu treffen. Lokale Kühlung, Schonung und entzündungshemmende Medikamente werden eingesetzt. Optional ist die Physiotherapie. Eine Ruhigstellung ist nicht notwendig, nur initial aus Schmerzgründen.

Operative Therapie

Eine Pauschalentscheidung für eine Operation besteht nicht. Auch höhergradige AC-Gelenkssprengungen könne eine hohe Patientenzufriedenheit erreichen. Es besteht aber ein deutlich höheres Risiko für langfristige Komplikationen und Beschwerden. Eine Therapie zu einem späteren Zeitpunkt ist häufig deutlich aufwendiger.

Die AC-Gelenksstabilisierung ist eine Operation mit über 40 verschiedenen Operationsmöglichkeiten. Unsere favorisierte Technik ist eine arthroskopisch gestützte Technik mit einem Mini-Open Zugang zu den corakoakromialen Bändern. Das Gelenk wird indirekt über ein Flaschenzugsystem stabilisiert und reponiert. Es werden über kleinen Bohrungen in das Schlüsselbein Teflonfäden eingebracht und um den Rabenschnabelfortsatz geschlungen (TightRope System). Die corakoakromialen Bänder werden so angenähert und können zusammenheilen. Zusätzlich verbesserte eine Cerclage des AC-Gelenkes selber die mittel und längerfristigen Ergebnisse.

Bei zusätzlichen Knochenverletzungen des äussersten Schlüsselbeines verwenden wir eine Hakenplatte, die aber im weiteren Verlauf wieder operativ entfernt werden muss.

Es hat sich gezeigt, dass auch mit modernen, differenzierten Techniken die intraoperativ erreichte anatomische Korrektur über die Zeit nicht sicher erhalten bleibt. Offenbar haben biologischen Faktoren der Bandheilung einen negativen Einfluss auf das langfristige Repositionsergebnis. Beschwerden bestehen dadurch aber nur selten.

Im Falle einer chronischen Instabilität besteht keine Heilungspotenz der corakoakromialen Bänder mehr, so dass diese ersetzt werden müssen. Wir bedienen uns einer körpereigenen Sehne vom Kniegelenk (Gracilissehne), welche über einen kleinen Schnitt an der Knieinnenseite entnommen wird. Das Verwenden von menschlichen Leichensehnen wird in der Regel nicht von der Krankenkasse übernommen. Diese Sehne wird parallel zu dem Flaschenzugsystem in das Schlüsselbein eingebracht und parallel zu der Cerclage um das AC-Gelenk geschlungen.

Nachbehandlung

Eine Sehnenverheilung braucht in der Regel 8-12 Wochen. Eine Ruhigstellung der Schulter für 6 Wochen in einer Schulterorthese in festgelegter Stellung ist notwendig. Die physiotherapeutische Beübung mit wenig limitierte Bewegung aus dem Schulterverband heraus wird unmittelbar gestartet um einer Schultersteife entgegenzuwirken. Nach 6 Wochen starten Sie mit dem Muskelaufbau der schulterumgreifenden Muskulatur. Bis zur vollen Belastung im Rahmen von Sport und körperlichen Tätigkeiten rechnen wir mit ca. 3 Monaten. Eine Medikamenteneinnahme zur Vermeidung von Blutgerinnseln (Thrombose) ist anfänglich für 10 Tage mit Tabletten (Xarelto) sinnvoll. Schmerzmittel sollten je nach Schmerzen eingenommen werden. Entzündungshemmende

Medikamente sollten vermieden werden um die Sehneneinheilung nicht zu kompromittieren. Wir empfehlen zusätzlich ein muskelentspannendes Medikament zur Vermeidung von schmerzhaften Muskelverspannungen (Sirdalud). Die Fäden werden nach ca. 2 Wochen durch den Hausarzt entfernt.

Nachuntersuchung

6 Wochen nach der Operation werden wir Sie in unserer Sprechstunde nachuntersuchen und ein Kontroll-Röntgenbild anfertigen. Dann kann die Schulterorthese abgelegt werden und eine freie Bewegung des Gelenkes ist erlaubt.

Der Ablauf

Nach der Entscheidung für den Eingriff erhalten sie die notwendigen Dokumente per Post und ein Aufgebot für die Narkosesprechstunde vor vereinbart. Die Operation findet in dem vereinbarten Partnerspital statt.

Der Eintritt in das Spital erfolgt am Morgen der Operation nüchtern. Nach 1-2 Tagen können Sie das Spital wieder verlassen.

Häufig gestellte Fragen

- Wann werden die Fäden gezogen?
Nach 14 Tagen sollten die Fäden durch den Hausarzt entfernt werden. Wir bitten Sie einen Termin entsprechend abzumachen.
- Ab wann kann ich wieder Auto fahren?
Etwa 6 Wochen nach der Operation, sobald die Orthese abgelegt wird.
- Wie lange dauert die Arbeitsunfähigkeit?
Ca. 6 Wochen bei sitzender Tätigkeit, da mit der Orthese die Bewegung im Alltag eingeschränkt ist. Bei körperlich intensiven Tätigkeiten rechnen wir mit 2-3 Monaten Arbeitsausfall
- Kann eine Instabilität des AC-Gelenkes wieder auftreten?
Ohne erneute Verletzung ist ein Wiederauftreten unwahrscheinlich. Es kommt aber gelegentlich zu einem Wiederauftreten eines geringen Schlüsselbeinhochstandes (Repositionsverlust), welcher aber sehr oft keine Probleme verursacht und nicht erneut operiert werden muss. Eine störende Instabilität ist sehr selten.
- Erreiche ich nach einer Operation wieder das volle Bewegungsausmass?
Das Schultergelenk ist sehr empfindlich hinsichtlich einer vorübergehenden Steifigkeit. Da aber oft das Schultergelenk selber nicht unmittelbar betroffen ist, sehen wir eine relevante Schultersteife nur selten. Eine bleibende Bewegungseinschränkung ist unwahrscheinlich.