

Behandlung Schulterinstabilität (traumatisch und anlagebedingt)

Was versteht man unter einer Schulterinstabilität?

Die Schulter ist das beweglichste Gelenk unseres Körpers. Es besteht aus dem Oberarmkopf und der Gelenkpfanne. Das Schultergelenk wird nur minimal knöchern gesichert – ganz im Gegensatz zum Knie oder zur Hüfte. Das ermöglicht ihr eine große Bewegungsfreiheit, bedeutet aber auch eine geringe Stabilität. Das Schultergelenk ist im Gegensatz zu anderen großen Gelenken weichteilgeführt. Maßgeblich sorgen Sehnen, Bänder und Muskeln für Stabilität.

Ursachen einer Schulterinstabilität

Es gibt zwei grundlegende Ursachen für eine Schulterinstabilität: Es kann sich um eine angeborene, sogenannte habituelle Instabilität handeln. Häufiger führt aber ein Unfall zu einer Instabilität der Schulter. Manchmal liegt beides vor und ein "Alltagsunfall" verursacht plötzlich eine Ausrenkung (Luxation).

In 95 Prozent der Fälle ist die Schulterluxation nach vorne gerichtet. Sehr selten gibt es Verrenkungen nach unten oder nach hinten. Es kann jedoch auch eine Schulterinstabilität in alle Richtungen vorliegen (multidirektionale Instabilität).

Ursachen einer unfallbedingten Schulterinstabilität

Die sogenannte unfallbedingte Instabilität, auch traumatische Schulterluxation, entsteht durch eine gewaltsame Auskugelung (Luxation) des Schultergelenks - auch bekannt als „ausgekugelte Schulter“. Hierbei rutscht der Oberarmkopf aus der Gelenkpfanne. Dabei kommt es häufig zu einer Ablösung der Gelenkklippe (Labrum) von der Gelenkpfanne. Dies wird als Bankart-Läsion bezeichnet. Auch ein Abreißen der Kapsel von der Gelenkpfanne (Perthes-Läsion) oder der Gelenkbänder vom Oberarmkopf (HAGL-Läsion) sind möglich. Ebenso können Brüche der Gelenkpfanne oder des Oberarmkopfes zu einer Schulterluxation führen (Luxationsfraktur). Bei älteren Betroffenen kann es zudem zu einer Rotatorenmanschettenruptur kommen.

Bei jungen Menschen zwischen 15 und 30 Jahren tritt die Schulterluxation häufig bei sportlichen Aktivitäten auf. Der Arm befindet sich dabei oft in einer seitlich gestreckten, nach außen gedrehten Haltung. Durch einen Sturz oder einen Zusammenstoß entsteht dann durch Krafteinwirkung auf den Arm die Schulterluxation.

Bei älteren Patienten ab 50 Jahren wird die Schulterluxation auch durch Vorerkrankungen, beispielsweise eine Rotatorenmanschettenruptur, begünstigt. Hierbei reicht oft bereits ein kleiner Sturz.

Ursachen einer angeborenen Schulterinstabilität

Bei der angeborenen Schulterinstabilität ist das Stützgewebe des Körpers zu elastisch und der Oberarmkopf hat zu viel Spielraum in alle Richtungen. In diesen Fällen spricht man von einer Hyperlaxität. Dies bedeutet, dass die Bänder eine übermäßige Bewegung erlauben, was unter Umständen auf eine Bindegewebestörung zurückzuführen sein kann. Das ist der Grund, warum die Schulter auch ohne große Gewalteinwirkung ausrenkt. Die Hyperlaxität zeigt sich auch durch häufige Verstauchungen des Sprunggelenks oder Ausrenken der Kniescheiben.

Behandlung Schulterinstabilität (traumatisch und anlagebedingt)

Symptome unfallbedingten Schulterluxation

Eine unfallbedingte Schulterluxation ist sehr schmerzhaft. Der betroffene Arm ist fast bewegungsunfähig und die Patienten nehmen eine Schonhaltung ein. Durch Nervendehnung und -quetschung kann es zu Gefühlsstörungen im betroffenen Arm oder den Fingern kommen. Eine Schulterluxation muss sofort behandelt und wieder eingelenkt werden. Suchen Sie bei dieser Verletzung sofort eine Notfallambulanz auf. Auch wir sind in solchen Fällen 24 Stunden am Tag für Sie da.

Nach einer Schulterluxation kann es zu einer Schulterinstabilität kommen. Patienten klagen über Schmerzen und ein Gefühl der „Instabilität“ bei Überkopfbewegungen. Auch die Angst vor einer erneut ausgekugelten Schulter ist hoch. Kontaktsportarten oder Sportarten mit Sturzgefahr erhöhen das Risiko einer erneuten Schulterluxation. Bei ausgeprägten Formen der Schulterinstabilität reicht schon eine einfache Drehbewegung.

Symptome einer anlagebedingten Schulterinstabilität

Die Symptome bei einer anlagebedingten Schulterinstabilität ähneln der einer Schulterluxation. Betroffene können manchmal ihre Schulter willkürlich ausrenken. In diesen Fällen liegt meist ein funktionelles Problem vor. Das bedeutet eine Fehlsteuerung des Wechselspiels zwischen den Muskeln. Die Bänder und Sehnen der Betroffenen weisen meist keine Verletzungen auf.

Häufig sind die Patienten in ihrem Alltag eingeschränkt. Sie fühlen sich unsicher und schildern ein Vermeidungsverhalten. Sport oder bestimmte alltägliche Bewegungen sind nicht mehr möglich.

Behandlung

Behandlung einer unfallbedingten Schulterinstabilität

Nach einer Schulterluxation ist eine Schulterreposition notwendig. Hierzu stehen uns verschiedene Techniken zur Verfügung. Dabei legen wir besonderen Wert auf eine sanfte Reposition. Um das zu gewährleisten, ist in seltenen Fällen ein sogenannter „Dämmerschlaf“ notwendig.

Im Anschluss an die Schulterreposition wird die Schulter zunächst ruhiggestellt. Ein entsprechender Schlingenverband kann eine ausreichende Stabilität erzeugen und erhält trotzdem die Beweglichkeit im Ellenbogen und Handgelenk. In vielen Fällen empfehlen wir die Durchführung weiterer Untersuchungen z.B. mittels MRT- oder CT-Untersuchung durch. So bestimmen wir das Ausmaß Ihrer Verletzungen.

Im Anschluss entscheiden wir gemeinsam mit Ihnen die weitere Behandlung. Je nach klinischen und radiologischen Befund stehen konservative und operative Maßnahmen zur Verfügung.

Konservative Therapie bei unfallbedingter Schulterinstabilität

Konnten schwerwiegende Schädigungen am Schultergelenk ausgeschlossen und sind die Beschwerden nach einer kurzen Phase der Ruhigstellung bereits rückläufig ist eine konservative Behandlung sinnvoll.

Durch eine zeitweise Schonung und gezielte Physiotherapie gelingt es die Schulterbewegung wieder zu verbessern. Die Therapie verfolgt verschiedene Ziele. Zunächst ist es wichtig das Schulterblatt zu stabilisieren und den normalen Bewegungsablauf wieder herzustellen. Im weiteren Verlauf gelingt mit einem gezielten Muskelaufbau die Stabilisierung des eigentlichen Schultergelenks, so dass eine vollständige Wiederherstellung der Schulterfunktion möglich ist.

Behandlung Schulterinstabilität (traumatisch und anlagebedingt)

Operative Therapie bei unfallbedingter Schulterinstabilität

Arthroskopische Schulterstabilisierung

Mit Hilfe einer Gelenkspiegelung (Arthroskopie) beurteilen wir das Ausmaß der Verletzung. Hierfür führen wir über einen kleinen Hautschnitt eine Mikrokamera in Ihr Gelenk ein. Meist ist die Gelenkklippe von der Schulterpfanne gelöst und es besteht ein kleiner Defekt am hinteren Oberarmkopf. Wir führen dann die Gelenkklippe an ihre ursprüngliche Position zurück und flechten Fäden hindurch. Diese fixieren wir am Rand der Gelenkklippe mit kleinen „Dübeln“ (Fadenankern). Oft ist eine zusätzliche Raffung der überdehnten Gelenkkapsel notwendig.

Eine Behandlung des Defekts am hinteren Oberarmkopf kann meistens vermieden werden. Nur in Ausnahmefällen korrigieren wir die Verletzung an dieser Stelle. Hierbei vernähen wir die hintere Sehne Ihrer Rotatorenmanschette mit dem Knochendefekt.

Pfannenrand-Rekonstruktion mittels Beckenkamm-Spanplastik

Bei dieser Operation nach einer Schulterluxation verwenden wir einen Knochenblock aus Ihrem Beckenrand. Mit diesem Knochenstück rekonstruieren wir den vorderen Rand Ihrer Gelenkpfanne. Das Verfahren ermöglicht uns eine Wiederherstellung der ursprünglichen Anatomie. Die Verwendung dieser Behandlungsmethode hängt von vielen Faktoren ab. Unsere Schulter-Experten stimmen sich hierzu eng mit Ihnen ab. Wichtig dabei sind vorausgegangenen Verletzungen, Ihr Sportprofil und bestehende Alltagseinschränkungen. Auch die Beckenkamm-Operation führen wir arthroskopisch oder über einen kleinen Hautschnitt (mini-open) durch.

Behandlung einer anlagebedingten Schulterinstabilität

Die angeborene Form der Instabilität wird selten operiert. Im Fokus der Behandlung stehen physiotherapeutische Übungs- und Trainingsprogramme mit Schulterblatt-stabilisierenden und muskelaufbauenden Maßnahmen. Hierbei ist eine enge Zusammenarbeit mit dem behandelnden Physiotherapeuten erforderlich. Ein entsprechender Behandlungsbogen wird zur Verfügung gestellt.

Nur in Ausnahmefällen ist durch eine operative Verkleinerung der Gelenkkapsel eine Stabilisierung des Schultergelenks erforderlich. Die Technik ähnelt der einer arthroskopischen Schulterstabilisierung bei unfallbedingter Instabilität. Häufig ist hier jedoch die Verwendung mehrerer Anker erforderlich um eine Stabilisierung auch der hinteren Gelenkkapsel zu ermöglichen.

Behandlung Schulterinstabilität (traumatisch und anlagebedingt)

Behandlungsbogen anlagebedingte Schulterinstabilität

Bei Auskugelungen (Luxationen) ohne klares Trauma, insbesondere wenn diese in verschiedene Richtungen stattfinden sind die besten Ergebnisse mit intensiver und hochwertiger Beübung der Schulter zu erzielen.

Es konnte gezeigt werden, dass die Instabilität durch fehlgesteuerte Kontraktionsmuster der Schulter bedingt ist. Diese Fehlsteuerung nennt man „Muscle-Patterning“. Das Ziel der Übungen ist das Neuerlernen von Bewegungsmustern und die Integration in den Alltag.

Durch anschließende Kräftigung der Rotatorenmanschette, die mit der Kapsel in Verbindung steht, wird eine dynamische Stabilität gewährleistet.

Richtung Instabilität	Kräftigen	Entspannen
Posterior	M. infraspinatus M. deltoideus, Pars posterior	M. Latissimus dorsi, M. deltoideus Pars anterior
Anterior	M. subscapularis	M. pectoralis major, M. Latissimus dorsi
Inferior	M. deltoideus	M. pectoralis major, M. Latissimus dorsi
Scapula-Dysfunktion	M. trapezius Pars inferior M. Serratus anterior, Mm. rhomboidei	M. pectoralis major

Behandlungsgrundsatz: Erst den Schultergürtel stabilisieren, dann die Schultermuskeln kräftigen

Ziele der Physiotherapie:

- Scapulakontrolle
- Haltungskontrolle (Brügger) / Rumpfstabilität (taktile Reiz mit Tape)
- Verbesserung der Propriozeption (Pezziball, Matte etc.)
- Erlernen neuer Bewegungsmuster im Alltag, z. B. Aufschlag beim Tennis in funktionsbezogener Endstellung

Die atraumatische Schulterinstabilität stellt eine der größten Herausforderungen der Physiotherapie dar und bedarf viel Erfahrung und Eigenengagement. Bis die neuen Bewegungsmuster erlernt und in den Alltag integriert sind und damit eine Verbesserung der Symptomatik zu erwarten ist, müssen mindestens 3 Monate veranschlagt werden, tägliche (!) Eigenübungen vorausgesetzt.

Rückmeldung Physiotherapie:
