

# Verletzungen des Schulterreckgelenkes (ACG-Sprengung)

Verletzungen des Schulterreckgelenkes (AC-Gelenk) zwischen dem Schlüsselbein (Clavicula) und dem Schulterdach (Akromion) sind häufig nach direkter Gewalteinwirkung auf die Schulter im Rahmen eines Sturzes. Typische Sportarten mit hoher Inzidenz sind Mountainbiken, Eishockey, Reitsport und Judo.

Die Schulter schmerzt sofort sehr stark, die aktive Beweglichkeit ist dadurch stark beeinträchtigt. Viele Patienten spüren das Zerreißen der Bänder und hören ein lautes Krachen. Das nach oben hochstehende Schlüsselbein ist für Patienten und Erstbehandler die Blickdiagnose. Die Verletzung der Bänder kann mit Frakturen (Knochenbruch) des Schlüsselbeines einhergehen. Eine sofortige Abklärung beim Unfallchirurgen oder Orthopäden ist angeraten.

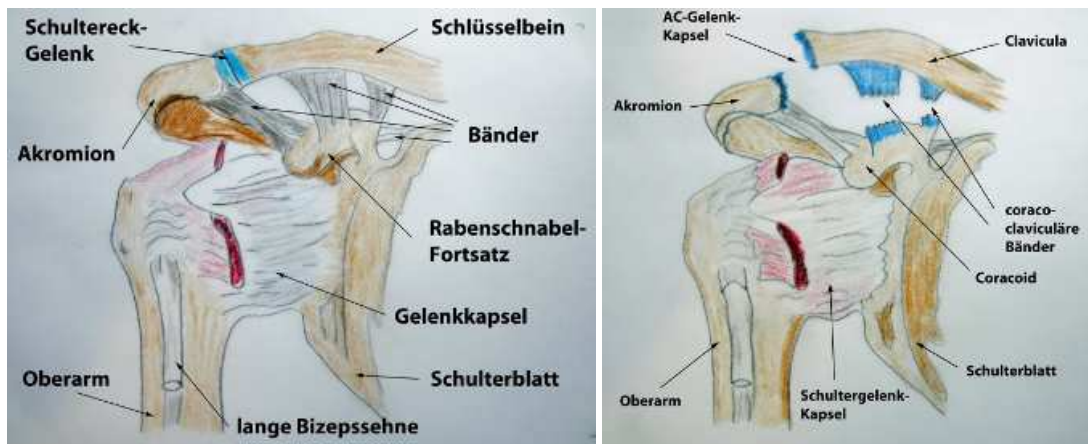


Abb. 1A und B

Links (A) die normale Anatomie der Schulter und des Schlüsselbeines mit dem Schulterreckgelenk (ACG). Rechts (B) sind die zerrissenen coraco-claviculären Bänder und die AC-Gelenkkapsel (jeweils blau) dargestellt mit Hochstand des Schlüsselbeines.

Prellungen, Zerrungen und leichtere Anrisse der stabilisierenden Bänder und der Kapsel kann man sehr gut konservativ behandeln. Eine vorübergehenden Einschränkung der sportlichen Aktivitäten, kurze Ruhigstellung im Verband und physiotherapeutische Nachbehandlung sind trotzdem unbedingt erforderlich, um langfristig ein gutes Ergebnis zu erzielen. Die Behandlungsdauer erstreckt sich in der Regel über 3 Monate.

Höhergradige Verletzungen mit Zerreißen der stabilisierenden Kapsel und der Bänder zwischen Schlüsselbein und Rabenschnabelfortsatz (coraco-claviculäre Bänder) führen zu einer vertikalen Instabilität des Schlüsselbeines (Hochstand nach oben) und horizontalen Instabilität, die Einteilung erfolgt nach Rockwood (früher Tossy). Diese Instabilität (Rockwood IV, V und VI) ist nicht nur kosmetisch störend, sondern beeinträchtigt auch die Schulterfunktion. Eine spontane Heilung dieser höhergradigen Verletzung tritt nicht ein.

Die operative Therapie höhergradiger Verletzungen hat die besten Ergebnisse im Akutstadium (innerhalb der ersten Wochen). Für die Therapie chronischer Instabilitäten wird heute die Augmentation mit einer körpereigenen Sehne (Semitendinosusehne vom Kniegelenk, vergleichbar mit einer Kreuzbandplastik) empfohlen. Es stehen unterschiedliche Implantate und Verfahren zur Verfügung, mit denen das AC-Gelenk stabilisiert werden kann – Ihr Operateur wird das geeignete Verfahren auswählen und mit Ihnen besprechen.

Sollte eine Operation notwendig werden, erfolgt diese endoskopisch-assistiert („Schlüsselloch-OP“) oder offen. Dabei wird durch minimale Stichinzisionen unter visueller Kontrolle mit einer hochauflösenden und vergrößernden Kamera eine Gelenkinspektion vorgenommen und die Bohrkanäle für das Einbringen der Implantate können gesetzt werden. (Abb. XX) Für die Rekonstruktion der Gelenkkapsel und der Faszie ist ein kleiner Schnitt über dem Schulterreck notwendig.

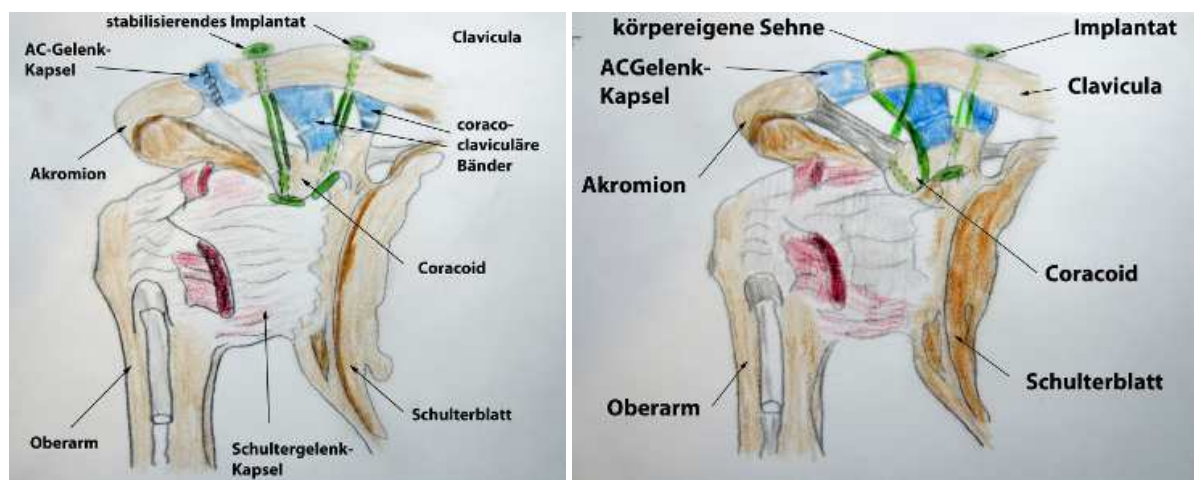


Abb. 2A und 2B

Links (A) Zustand nach anatomischer Reposition des AC-Gelenkes und Stabilisierung mit zwei Fadenzug-Implantaten, welche die Position während der Heilungsphase der Bänder halten. Rechts (B) Situation nach kombinierter Versorgung mit einem Fadenzug-Implantat und Verstärkung mit autologer Sehne bei chronischer Instabilität.

Eine solche Operation erfolgt in aller Regel unter einer schonenden Vollnarkose. Die OP-Dauer liegt bei etwa 60 Minuten. Eine schmerzstillende Injektion in die Nähe des Nervenplexus durch unseren Anästhesisten (sogenannter Skalenus-Block) hilft, die postoperativen Schmerzen zu lindern und die Menge an zusätzlichen Medikamenten zu verringern.

Die erste krankengymnastische Übungsbehandlung ist am OP-Tag, die Entlassung am ersten oder zweiten Tag nach der Operation möglich.

Die Ergebnisse dieser Operation sind durchweg gut, bei korrekter Nachbehandlung sind Rezidive (erneutes Hochsteigen des Schlüsselbeines) die Ausnahme. Die Schulter wird vorübergehend mit einer Orthese immobilisiert, die Tag und Nacht getragen werden muss, um die Heilung der gerissenen Bänder sicherzustellen. In einem abgestuften Nachbehandlungsschema wird die Schulter zunehmend aktiv beübt. Die Nachbehandlungsdauer erstreckt sich über mindestens 3 Monate, wobei auch danach für einige Zeit noch keine schweren Gewichte gehoben und Maximalbelastungen

vermieden werden sollen. Sport ohne Schulterbelastung wie z.B. leichtes Joggen ist meist nach 6 Wochen wieder möglich.