

Frakturen

Verletzungen der Schulter mit Knochenbrüchen (Frakturen) sind häufig und haben zwei Altersgipfel. Während bei jüngeren Patienten durch äußere Gewalteinwirkung (oftmals bei sportlicher Betätigung wie z.B. Skifahren, Mountainbiken, Eishockey usw.) oft das Schlüsselbein oder die Pfanne betroffen sind, ist bei älteren Menschen die Fraktur des Oberarmkopfes nach einem Sturz typisch.

Die Schulter ist oft sofort sehr schmerzhaft und stark in der Bewegung eingeschränkt. Die sofortige Abklärung in einer Notfallambulanz oder beim niedergelassenen Unfallchirurgen / Orthopäden ist dringend angeraten.

Hat sich der Sturz im Rahmen eines Arbeits- oder Wegeunfalles ereignet, sollte ein Durchgangsarzt (D-Arzt) aufgesucht werden. Dieser wird die Unfallmeldung aufnehmen und ist besonders geschult in der Behandlung solcher Verletzungen und in den weiteren administrativen Formalitäten mit dem Unfallversicherungsträger.

Jede Fraktur ist einzigartig und muß genau analysiert werden. Bestimmte Frakturmuster sind typisch – manche können sehr gut konservativ behandelt werden, andere haben eine schlechte Prognose für den Spontanverlauf und sollten einer operativen Therapie zugeführt werden (z.B. lateral Claviculafraktur mit Bandzerreißung, dislozierte Glenoidfraktur, dislozierte Mehrfragmentfraktur des Oberarmes etc.).

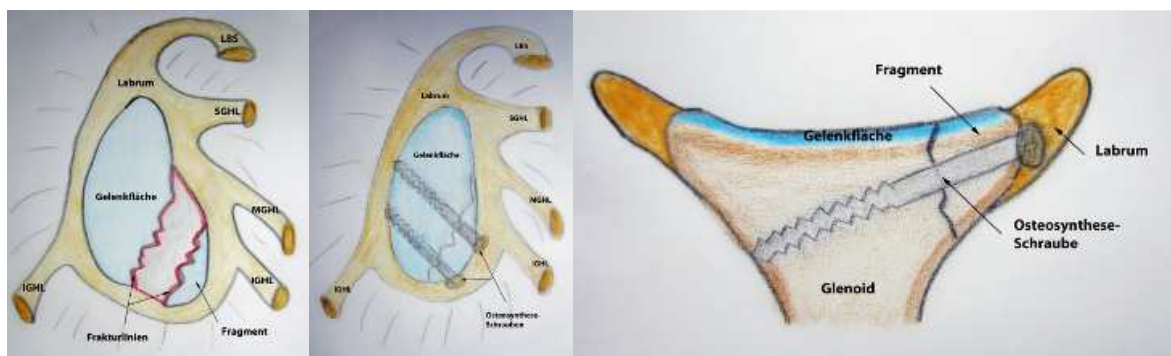


Abb. 1A-C

Links (A) findet sich eine dislozierte Glenoidfraktur in der Aufsicht auf die Gelenkpfanne (typische Verletzung bei Schulterluxation). In der Mitte (B) ist das knöcherne Fragment reponiert und fest verschraubt (Osteosynthese). Rechts (C) Ansicht im Schnittbild von der Seite: die Gelenkoberfläche ist wiederhergestellt – wichtig für die langfristige Prognose im Hinblick auf den Gelenkerhalt und eine drohende Früharthrose.

Sollte eine Operation notwendig werden, erfolgt diese in der Regel offen, in Ausnahmefällen ist auch eine endoskopisch-assistierte („Schlüsselloch-OP“) Versorgung möglich. Eignet sich die Fraktur gut für eine operative Wiederherstellung, ist eine übungsstabile Stabilisierung das Ziel mit frühestmöglicher Mobilisation. Eine vorübergehende Immobilisierung ist für die konservative Therapie typisch, kann aber auch nach operativer Therapie notwendig werden.

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 Nervengeflechts 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.