

# Unfall- & Hand - Chirurgie am Grindel

**Dres. med. F. Graßmann / J. Huhnholz**

Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie  
Hand- & Fußchirurgie, Sportmedizin  
Durchgangs-Arzt / Arbeitsunfälle  
Helene-Lange-Straße 2  
2 0 1 4 4 Hamburg

Tel.: 040 – 420 88 51

Fax.: 040 – 4210 4461

[www.UHC-am-grindel.de](http://www.UHC-am-grindel.de)

[praxis@UHC-am-grindel.de](mailto:praxis@UHC-am-grindel.de)

## Informationsblatt Schulterluxation

Unter einer **Schulterluxation** oder **Schultergelenkluxation** versteht man eine Ausrenkung (Luxation) des Schultergelenks. Die Schulterluxation ist eine der häufigsten Luxationen der großen Gelenke. Sie kann durch einen Unfall (traumatische Luxation) oder anlagebedingt (habituelle Luxation) verursacht sein.

Diese beiden Erscheinungsformen der Verrenkung sind sehr genau voneinander zu unterscheiden, da die therapeutische Herangehensweisen zu unterscheiden sind.

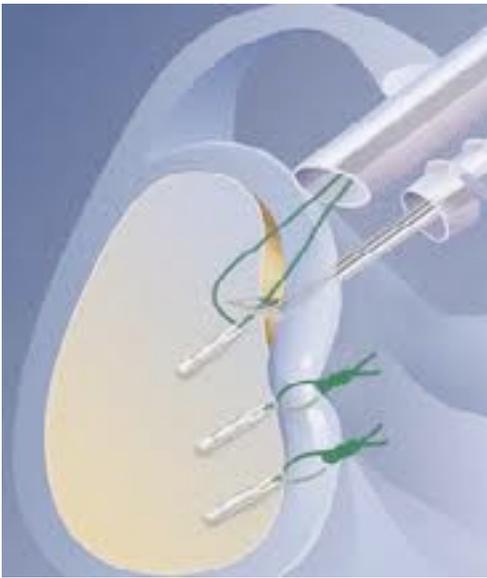
Wir gehen in diesem Informationsblatt auf die klassische unfallbedingte Verrenkungsform ein. Die Sonderformen der Luxation besprechen wir mit Ihnen ggf. individuell.

Die Symptome im verrenkten Zustand sind eine Einschränkung der Beweglichkeit im Schultergelenk, Schmerzen und eine veränderte Schulterform. Die Therapie erfolgt, zumeist nach dem Ausschluss von Knochenbrüchen mittels Röntgenbildern, durch eine Einrenkung (Reposition). Wenn eine ehemals verrenkte Schulter wieder in ihre normale Form zurückgebracht wird (eingerenkt), wird sie zunächst ruhiggestellt.

Kommt es zu einer Ausheilung (mit und ohne Operation) wird die Schulter stabil. Tritt keine Heilung ein, kann es zur sogenannten Schultergelenkinstabilität kommen.

Untersuchungen haben gezeigt, daß 94% der bis zwanzigjährigen nach einer Erstluxation eine erneute Luxation (sogenanntes Rezidiv) erleiden, wenn sie ohne Operation (konservativ) behandelt werden. Bei den 21- bis 30 jährigen sind es ca. 80% und bei den 31-40 jährigen ca. 50%, die ein Rezidiv erleiden.

Insbesondere auch die hohe Aktivität der jüngeren Menschen bei nicht gut ausgeheilter Schulterluxation ist somit ein Grund für die erhebliche Reluxationsrate.



Daher wird heute von erfahrenen Schulter spezialisten die operative Therapie empfohlen. Dabei wird über ein endoskopisches Verfahren der abgerissene Gelenklippen-Kapselkomplex mittels Faden-Ankertechnik wieder an der Gelenkpfanne refixiert und dann zur Ausheilung gebracht (s. Abb.).

Nach einer solchen Refixierung liegt die erneute Luxationsrate bei heute ca. 2% nach frischer Erstluxation.

Welche Risiken gibt es bei dieser Operation?

Allgemeine Risiken wie Blutung, Infektion, Verletzung von Sehnen, Bändern, Gefäßen und Nerven sind bei diesen Operationen selten.

Bewegungseinschränkung hingegen können eher auftreten, sie sind aber in der Regel so gering, dass sie im Alltag keine merkliche Auswirkung haben. Wenn eine Bewegungseinschränkung besteht, dann zumeist für die endgradige Aussendrehung des Armes und die endgradige Hebung. Wesentlicher ist aber, dass Sie eine stabile, belastbare Schulter durch das Operationsverfahren erzielen.

Nachbehandlung

In der frühen postoperativen Zeit (erste 6 Wochen nach OP) ist eine eingeschränkte Bewegungstherapie notwendig. Dabei wird der operierte Arm zunächst für 2 Wochen Tag und Nacht in einer Armschlinge ruhiggestellt. Nur Ellenbogen und Handgelenk/Hand/Finger können beübt werden. Danach beginnt eine krankengymnastische Übungsbehandlung mit vorgegebenen Bewegungslimitierungen für weitere 4 Wochen. Für die genannten ersten 6 Wochen ist keinerlei Belastung der Schulter erlaubt (kein Heben, kein Stützen). Danach beginnt, unter krankengymnastischer Anleitung, die Steigerung der Bewegungsübungen und der Belastungsaufbau. In unserer Praxis erhalten Sie einen genauen Nachbehandlungsplan für sich und Ihre/n Physiotherapeuten/in. Kontakt- und Wurfsporarten sollten für 6 Monate ausgesetzt werden.