Die traumatische Erstluxation – was gibt es Neues?

In der Literatur besteht Übereinstimmung hinsichtlich der Beobachtung, dass nach primär traumatischer Schulterluxation im jugendlichen Alter das Risiko von Rezidivluxationen außerordentlich hoch ist; vor dem 20. Lebensjahr soll es annähernd 100% betragen. Unklar ist weiterhin der Einfluss der primären Immobilisierung auf die Rezidivhäufigkeit.

Im letzten Jahr wurden in einer schwedischen Langzeitstudie von Hovelius et al. [1] 255 Patienten, die sich im Alter zwischen 12 und 40 Jahren eine traumatische Erstluxation zugezogen hatten, über 25 Jahre nachverfolgt. Alle 227 Patienten, die diese Zeitspanne überlebten, wurden per Fragebogen interviewt. Insgesamt 43% der Schultern waren im Verlauf überhaupt nicht und 7% einmal redisloziert; 14% waren wiederholt relaxiert, hatten sich im Verlauf jedoch spontan stabilisiert; 8% wurden als instabil eingeschätzt. Die Prognose der Rezidivluxation war statistisch unabhängig von einer initialen Ruhigstellung. Unterhalb des 25. Lebensjahres waren 38% und darüber 18% der Schultern im Verlauf operativ stabilisiert worden. Die Immobilisation nach traumatischer Schulterverrenkung verminderte nicht das Risiko von Rezidivluxationen [1]. Allerdings erfolgte die Ruhigstellung in der Vergangenheit in innenrotierter Position des Gelenks in einem Gilchrist-Verband.

In jüngeren Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass eine Ruhigstellung in leichter Außenrotation zu einer anatomischen (Re)position des abgelösten Labrum glenoidale führen kann. In einer vergleichenden kernspintomographischen Studie untersuchten Scheibel et al. [2] die Auswirkungen der Ru-

higstellung auf einem Abduktionssplint in 30° Außenrotation über 3 bzw. 5 Wochen auf die anschließende Position des Labrums in unterschiedlichen Armpositionen. Im Nativ-Magnetresonanztomogramm konnte demonstriert werden, dass nach 5 Wochen in beiden Gruppen die Gelenklippe in anatomischer Position weitgehend bewegungsstabil war. Im Trend ergaben sich ohne statistische Signifikanz Vorteile der längeren Immobilisation.

Eine prospektive, randomisierte Studie zu dieser Fragestellung wurde durch die israelische Arbeitsgruppe um Finestone [3] durchgeführt. Insgesamt 51 Patienten wurden nach primärer, traumatischer, vorderer Erstluxation durch eine vierwöchige Ruhigstellung behandelt, davon 24 in einem traditionellen Verband in Innenrotation und 27 in einer Außenrotation von 15–20°. Anschließend wurde ein standardisiertes physiotherapeutisches Übungsprogramm durchgeführt; Nachuntersuchungen erfolgten regelmäßig über maximal 4 Jahre nach der Erstluxation. Nach durchschnittlich 33 Monaten war es in jeder Gruppe bei 10 Patienten zu einer Relaxation gekommen, entsprechend 37% in Außenrotation und 41% in Innenrotation. Die Unterschiede waren statistisch nicht signifikant. Die Autoren folgern daraus, dass die Ruhigstellung in Außenrotation möglicherweise nicht so effektiv ist, wie in vorausgegangenen Studien publiziert.

Die teilweise widersprüchlichen Aussagen und Folgerungen der zitierten Studien zeigen die Unsicherheit, die weiterhin bezüglich der Therapieempfehlungen für die traumatische Erstluxation beste-

hen. Um so mehr ist es zu begrüßen, dass die Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie e. V. (DVSE) jetzt eine prospektive randomisierte Vergleichsstudie zu dieser Fragestellung initiiert hat. Auch die Implementierung eines Luxations-Scores, in dem prognostische Parameter für die Rezidivinstabilität erfasst werden sollen, führt in die richtige Richtung.

Ihr

Markus Loew

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. Loew

Zentrum für Schulter- und Ellenbogenchirurgie,
 ATOS Klinik Heidelberg
 Bismarckstraße 9-15,
 69115 Heidelberg
 Loew@atos.de

Literatur

1. Hovelius L, Olofsson O, Sandström B et al (2008) Nonoperative Treatment of Primary Anterior Shoulder Dislocation in Patients Forty Years of Age and Younger. A Prospective Twenty-five-Year Follow-up J Bone Joint Surg Am 90:945–952
2. Scheibel M, Kuke A, Nikulka C et al (2009) How Long Should Acute Anterior Dislocations of the Shoulder Be Immobilized in External Rotation? Am J Sports Med 37:1309–1316
3. Finestone A, Milgrom C, Radeva-Petrova D et al (2009) Bracing in external rotation for traumatic anterior dislocation of the shoulder J Bone Joint Surg [Br]:918–921