Läsionen der langen Bizepssehne, SLAP- und Bizeps-pulley-Läsionen

Die Funktion der langen Bizepssehne (LBS) mit ihrem intraartikulären Verlauf durch das Glenohumeralgelenk wurde vielfach klinisch, biomechanisch und elektromyographisch untersucht. Hierbei zeigte sich vor allem eine Limitierung der anterioren glenohumeralen Translation. Diese Funktion ist gerade bei höhergradigen Bewegungsexkursionen z. B. bei Überkopfsportlern nicht zu vernachlässigen. Dabei werden oft auch LBS-Tendinitiden nach vermehrter Aktivität als Zeichen einer LBS-Überlastung beobachtet. Es konnte jedoch nach LBS-Tenotomie bzw. -Tenodese kein höhergradiger Funktionsverlust und auch keine superiore Migration des Humeruskopfes eruieren werden.

Schmerzen werden vor allem durch eine LBS-Instabilität verursacht. Diese kann durch Läsionen im Bereich des Ursprungs als SLAP-Läsion oder im Bereich der stabilisierenden Schlinge vor dem Eintritt der LBS in den knöchernen Sulcus bicipitalis als pulley-Läsion auftreten. Durch die instabile, als „Scheibenwischer“ agierende, LBS sind möglicherweise typische subtendinös lokalisierte humerale Chondraldefekte bei SLAP- und pulley-Läsionen zu erklären, die auch nach fehlgeschlagenen SLAP-Repairs beschrieben wurden. Höhergradige SLAP-Läsionen sind die komplexen glenoidalen Labrum-Avulsions-Verletzungen mit Extension in den SLAP-Komplex, die vor allem im Rahmen von Schulterluxationen entstehen.

Der Erfolg des SLAP-Repairs ist altersabhängig, wobei auch das biologische Alter sowie die Qualität der Sehne und des superiores Labrums in Betracht gezogen werden sollten. Konsens besteht darin, bei der SLAP-Refixation die physiologische

Mobilität des Labrums im Bereich des anterosuperioren Quadranten mit gehäuftem Vorliegen eines sublabralen Rezessus oder Foramens zu berücksichtigen. Fixationen der Normvarianten resultieren oft in Schultersteifen und limitierter Schulterfunktion. Augenmerk sollte auf die Fixation der LBS-Insertion und des posterosuperioren Labrums gelegt werden. Ob hier ein bzw. zwei Fadenanker oder knotenlose Anker verwendet werden sollen, ist diskutabel, vertikale Nähte scheinen hierbei zu dominieren. Die Erfolge des pulley-Repairs sind jedoch eher limitiert und münden häufig in einer statischen LBS-Fixation im Sinne einer Tenodese.

Die LBS-Tenodese stellt eine gute Therapieoption für LBS-Läsionen dar. Sie ermöglicht es sogar Leistungssportlern, auf das ursprüngliche sportliche Niveau zurückzukehren. Wenn man sich für die Tenodese entscheidet, sollte man eine suffiziente Technik verwenden. Wichtig ist hierbei, ein Impingement der Sehne durch epioassäres Aufliegen der Sehne oder Knoten zu vermeiden und ein intraossäres Einwachsen der Sehne zu ermöglichen. Als Goldstandard wird die intraossäre Sehnenfixation mit einer Interferenzschraube angesehen. Diese Technik ist subpektoral und suprapektoral, offen oder arthroskopisch möglich, wobei das glenohumerales von dem subakromialen arthroskopischen Vorgehen unterschieden wird. Nach wie vor wurde außer der erhöhten Inzidenz von „Popeye-sign“-Deformitäten des Oberarms nach LBS-Tenotomie kein funktioneller Vorteil der LBS-Tenodese im Vergleich zur -Tenotomie nachgewiesen. Allerdings mangelt es an prospektiv randomisierten Vergleichen der Tenotomie mit suffizienten Tenode-

setechniken. Aufgrund kosmetischer Defizite im Bereich des Oberarms und aufgrund prolongierter Muskelkrämpfe des Bizeps nach Tenotomie empfiehlt sich bei jüngeren Patienten, eine Tenodese durchzuführen.

Zusammenfassend können LBS-Läsionen häufig sowohl glenohumerales Schmerzen als auch typisch lokalisierte humerale Chondraldefekte verursachen. Als langfristig sichere therapeutische Option hat sich die LBS-Tenodese/-Tenotomie herausgestellt, um den „Störfaktor“ der instabilen LBS aus dem Gelenk zu beseitigen und Sekundärschäden zu verhindern.

Es besteht jedoch ein Bedarf an prospektiv randomisierten Studien zur Evaluation einer eindeutigen Evidenz für die Vorteile der LBS-Tenodese gegenüber der -Tenotomie und für die mögliche Definition der LBS-Läsionen als früharthrotischer Pathogenitäts-Faktor für das Glenohumeralgelenk, um uns ein abschließendes Urteil zu erlauben.

Ihr

Thilo Patzer

Korrespondenzadresse

Dr. T. Patzer
 Orthopädische Klinik
 Universitätsklinikum
 Düsseldorf, Moorenstraße 1–5
 40225 Düsseldorf
 thilo.patzer@med.uni-duesseldorf.de