NOTFALLCHECKLISTE

Unfall beim Sport

Schulterluxation

S. Frosch, W. Lehmann

Ein 23-jähriger Mann ist beim Fußballspielen auf den nach hinten ausgestreckten rechten Arm gefallen und hat ein „Krachen“ in der Schulter gehört. Nun kann er den Arm nicht mehr bewegen, die Schmerzen in der Schulter sind kaum erträglich.

Abb. 1 Schulterluxation: Y-Aufnahme (l.) und True-a.-p.-Ebene (r.).

Die Anamnese (Niedrigenergie-Trauma) und der klinische Befund sprechen für eine Schulterluxation. Typischerweise hält der Patient die betroffene Schulter unterstützt vom gesunden Arm in einer außenrotierten, leicht abduzierten Schonhaltung. Bei der klinischen Untersuchung ist sowohl die aktive als auch die passive Beweglichkeit schmerzbedingt aufgehoben. Häufig ist subakromial eine „Delle“ im Sinne einer leeren Gelenkpfanne zu tasten.

In über 90% der Fälle luxiert die Schulter nach anterior/inferior. Eine spontane Reposition ist bei der Erstluxation aufgrund der knöchernen Verhakung eher selten. Zur Vermeidung von Weichteil- und Nervenschäden ist jedoch eine möglichst schnelle Reposition erforderlich. Zuvor müssen die Sensibilität insbesondere im Autonomgebiet

des N. axillaris und die Durchblutung überprüft werden, um Gefäß- und Nervenschäden auszuschließen. Per Röntgenuntersuchung in mindestens zwei Ebenen (true a. p. und Y) wird die Luxationsstellung dokumentiert und eine Humerus- oder Glenoidfraktur ausgeschlossen (Abb. 1).

Vorgehen bei der Reposition

Gerade bei der traumatischen Erstluxation können die knöchernen Verhakung und der schmerzbedingte kräftige Muskelzug die Reposition erschweren. Häufig gelingt sie erst nach 10–20 Minuten. Ein allzu großer Kraftaufwand ist unbedingt zu vermeiden, um nicht weitere Verletzungen zu riskieren – und auch um die Schmerzen zu minimieren.

Bei erschwelter Reposition ist eine Analgosedierung angezeigt. Aber Achtung: Zwischenfälle wie Atemdepression bei nachlassendem Schmerz nach erfolgreicher Reposition sind nicht selten! Sollte eine tiefergehende Analgosedierung nötig werden, bedarf es einer anästhesiologischen Begleitung, am besten in einer Klinik mit der Möglichkeit zur offenen chirurgischen Reposition.

Unzählige Repositionstechniken sind beschrieben. Mit am bekanntesten ist die Methode nach Arlt, bei der ein Repositionsstuhl (Abb. 2) als Hypomochlion fungiert.

Bei unserem Fußballspieler bestätigte sich der Verdacht auf eine vordere Schulterluxation in der Röntgendia-

Tab. 1 Häufige Begleitverletzungen

- Labrum-Avulsion (87%)
- Hill-Sach-Delle (68%)
- Glenoiddefekte (41%)
- Rotatorenmanschettenläsion (14%)

gnostik. Unter Gabe von Dipidolor gelang eine problemlose Reposition im Repositionsstuhl. Nach der Röntgenkontrolle (wieder in zwei Ebenen) wurde ein Gilchristverband zur Ruhigstellung angelegt. Zum Ausschluss von Begleitverletzungen (Tab. 1) erfolgte eine MRT-Untersuchung der Schulter.

Aufgrund des hohen Reluxationsrisikos von 79% bei Patienten von 21–30 Jahren (bei Jüngeren sogar 90%) wurde bei dem Fußballer drei Wochen später eine arthroskopische Labrumrefixation durchgeführt. Bei älteren Patienten wird bei einer Erstluxation je nach Aktivitätsniveau nach Ausschluss von Begleitverletzungen zunächst eine konservative Therapie zur muskulären Stabilisierung der Schulter angestrebt.

→ Für die Verfasser:**Dr. med. Stephan Frosch**

Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Plastische Chirurgie, Robert-Koch-Str. 40, D-37099 Göttingen, E-Mail: stephan.frosch@med.uni-goettingen.de

→ Koautor: Prof. Dr. med. Wolfgang Lehmann, Göttingen

Abb. 2 Repositionstechnik nach Arlt.