

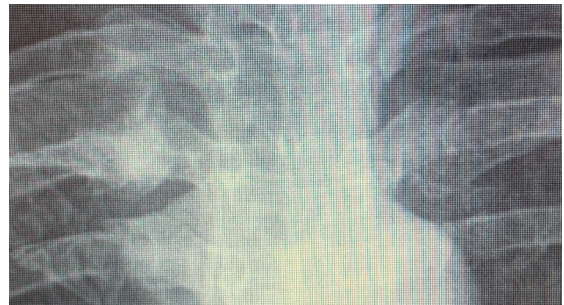
## BLICKDIAGNOSE

## Die Fälle der MMW-Leser

Schicken Sie uns Ihren Bericht!  
Bei Veröffentlichung erhalten Sie **150 €**.  
cornelius.heyer@springer.com

# Knubbel und Knistern am Schlüsselbein

Eine 55-jährige Frau hatte über Jahre eine zunehmende, verhärtete Schwellung am rechten Sterno-claviculargelenk (SCG) entwickelt, die rezidivierend Schmerzen bereitete. Bei passiver Abduktion und Flexion der rechten Schulter über 90° ließ sich ein Krepitieren über dem Gelenk palpieren.



**Prof. Dr. med.  
Alexander Schuh**

Klinik für Orthopädie  
und Unfallchirurgie,  
Klinikum Fichtelgebirge,  
Schillerhain 1–8,  
D-95615 Marktredwitz

**Prof. Dr. Tarun Goyal**  
Department of Ortho-  
paedics, All India Institute  
of Medical Sciences,  
Bathinda, Indien

**Dr. med.  
Philipp Koehl, MHBA**

**Dr. med.  
Markus-Johannes Rueth**  
Klinik für Orthopädie  
und Unfallchirurgie,  
Klinikum Fichtelgebirge,  
Marktredwitz

Eine Röntgenaufnahme beider SCG a.p. zeigte eine Arthrose des rechten SCG mit Verschmälerung des Gelenkspalts und osteophytärer Randzackenbildung am caudalen medialen Ende der Clavicula. Die Arthrose des SCG ist eine häufige Pathologie: Schon vor dem 50. Lebensjahr sind ca. 9% der Menschen betroffen, unter den älteren sind es bis zu 89%. Am ehesten trifft es postmenopausale Frauen und körperlich schwer arbeitende Personen.

Klinische Zeichen sind eine Schwellung des SCG, lokale Druckschmerzhaftigkeit sowie Krepitieren bzw. Schmerzen bei Abduktion bzw. Flexion der ipsilateralen Schulter über 90°. Der Goldstandard in der Bildgebung ist das Röntgenbild beider SCG. Im Ultraschall lassen sich Gelenkergüsse und Kapselverdickungen nachweisen.

CT und MRT sind allenfalls in der Differenzialdiagnostik indiziert. Gedacht werden muss an Instabi-

litäten bzw. Luxation, rheumatologische Erkrankungen (rheumatoide Arthritis, ankylosierende Spondylitis, Reiter-Syndrom, Psoriasisarthritis), Osteonekrosen, Osteitis condensans, SAPHO-Syndrom, Infektionen und Tumoren.

Die Arthrose des SCG ist sehr häufig asymptomatisch und bedarf somit keiner Therapie. Bei Schmerzen sollte immer zunächst ein konservativer Therapieversuch unternommen werden. Neben der Schonung des Gelenks bei Vermeidung schmerzauslösender Bewegungen kommen Kryotherapie, analgetisch-antiphlogistische Therapie, intraartikuläre Kortikosteroid-Injektion und Elektrotherapie infrage. Erst danach kann in seltenen Fällen eine operative Behandlung im Sinne einer Resektionsarthroplastik, ggf. mit Interposition von Gewebe, indiziert sein. Dabei wird eine Revisionsrate von bis zu 17% in der Literatur beschrieben. ■