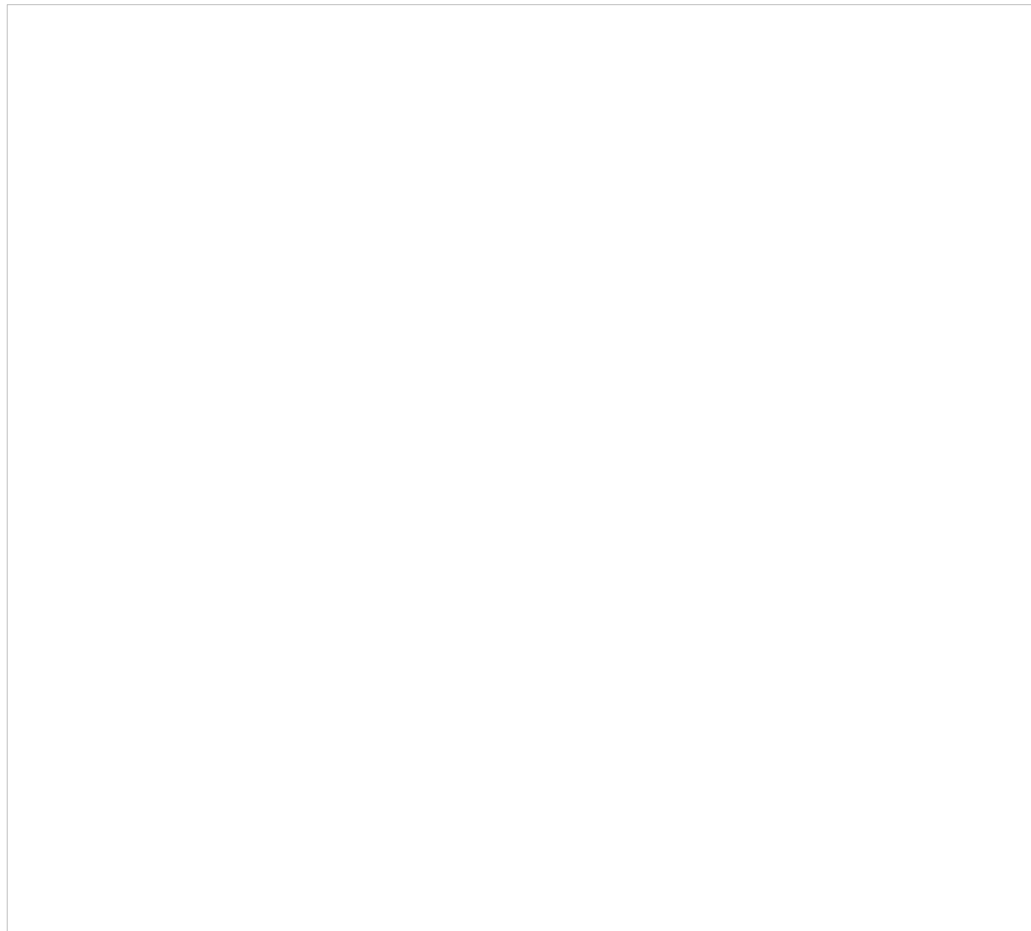


Definition

Eine Ausrenkung (Luxation) bezeichnet den vollständigen Kontaktverlust der Gelenkflächen eines Gelenks. Bei der Schulter befindet sich der Oberarmkopf dann nicht mehr zentriert in der Gelenkpfanne des Schulterblatts. Mit der Hälfte aller Gelenkluxationen ist die Schulter das am häufigsten betroffene Gelenk.

Dies liegt vor allem an der besonderen Anatomie des Schultergelenks. Die Gelenkfläche des Schulterblattes ist verhältnismäßig zu klein für den Oberarmkopf und umfasst ihn nicht vollständig. Dies ermöglicht dem Schultergelenk zwar eine große Bewegungsfreiheit, doch gleichzeitig bedeutet dies eine sehr geringe passive Stabilität. Daher wird das Gelenk von mehreren Muskeln umfasst, die das Gelenk führen und aktiv stabilisieren.

Die hier verantwortlichen Muskeln werden „Rotatorenmanschette“ genannt. Eine schwach ausgebildete Muskulatur der Rotatorenmanschette bedeutet einen erheblichen Risikofaktor für eine Ausrenkung der Schulter. Daneben gibt es eine Reihe weiterer Risikofaktoren, wie z. B. eine familiäre Disposition, bestimmte Erkrankungen (z. B. Epilepsie) oder Risikosportarten (z. B. Extremsportarten).



Bei einer Schulterluxation bleibt es unter Umständen nicht bei einem Kontaktverlust der Gelenkflächen, sondern beim Ausrenken können zusätzlich umliegende Strukturen verletzt werden.

- Typische Begleitverletzungen sind:
- Abriss des Knorpels oder Knochens von der Kante der Gelenkfläche am Schulterblatt (= Bankart-Läsion)
- Defekt am Oberarmkopf (= Hill-Sachs-Läsion)
- Verletzung der Gelenkkapsel
- Riss der Rotatorenmanschette (vor allem bei älteren Menschen)
- Verletzung umliegender Nerven und/oder Blutgefäße

Typische Ursachen

Eine Schulterluxation wird hauptsächlich traumatisch, also durch einen Unfall, verursacht. Besonders häufig kommen folgende zwei Fälle vor:

- Im jungen Alter von 15 bis 30 Jahren tritt eine Schulterluxation hauptsächlich beim Sport auf. Besonders häufig befindet sich der Arm dabei in einer seitlich gestreckten, nach außen gedrehten Haltung. Die Luxation entsteht dann durch Krafteinwirkung auf den Arm von vorne, entweder durch einen Sturz oder evtl. durch das Zusammenstoßen mit einem anderen Spieler. Bei diesem Unfallvorgang renkt sich die Schulter nach vorne aus. Dies ist mit 95 % aller Schulterluxationen die häufigste Form.
- Im Alter von 50 bis 60 Jahren wird eine Schulterluxation häufig durch eine mangelhafte Stabilisierung durch die Rotatorenmanschette begünstigt. Auslöser ist zwar meist ein Sturz, jedoch kann hierbei das Trauma auch nur sehr gering sein.

Eine weitere Ursache – besonders bei einer immer wieder auftretenden Schulterluxation – kann eine Bandhyperlaxität sein, die entweder vererbt oder erworben sein kann. Hyperlaxität bedeutet, dass Bänder im Körper eine übermäßige Bewegung erlauben, was auf eine Bindegewebsstörung zurückzuführen ist. Dies zeigt sich nicht nur durch eine Instabilität der Schultern, sondern auch durch häufig auftretende Verstauchungen des Sprunggelenks und durch Kniescheibenluxationen.

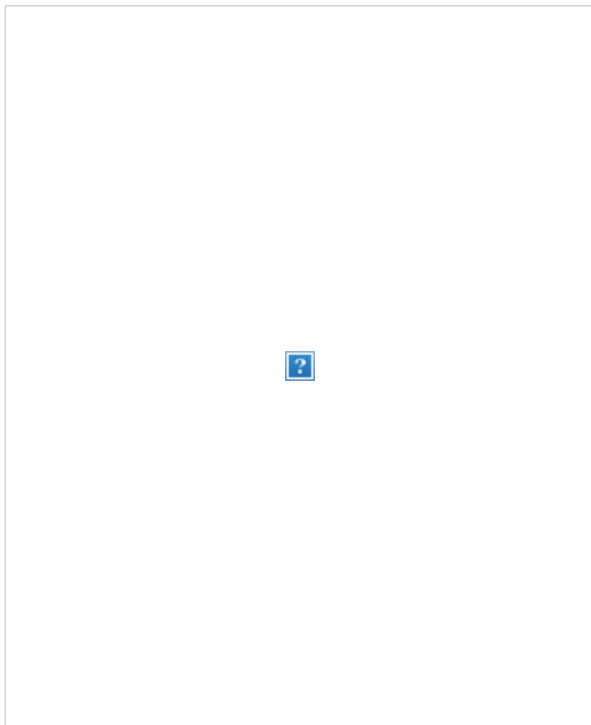
Seltener kann ein epileptischer Anfall (= Krampfleiden) oder ein Stromunfall zu einer Schulterluxation führen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Schulter ein primär muskelgeführtes Gelenk ist.

Symptomatik

- Schmerzen
- Bewegungseinschränkung bzw. fixierte Armstellung (z. B. in der Außenrotations-Abduktions-Stellung)
- Gefühlsverlust im Arm, besonders im Bereich der Schulter

Diagnostik

- Körperliche Untersuchung:
 - optischer Seitenvergleich der Schulterformen (auffälliges Schulterrelief, Zwangshaltung des Arms)
 - Tasten der „leeren“ Gelenkpfanne
 - Tasten der Stellung des Oberarmkopfes (vorne oder hinten)
 - Prüfung von Durchblutung, Gefühl und Bewegung im Arm
- Röntgen:
 - bildliche Darstellung der Ausrenkung und Ausschluss knöcherner Begleitverletzungen am Oberarmkopf und/oder an der Gelenkpfanne



© Prof. Peter Biberthaler

Röntgenbild einer Schulterluxation, rechts: Der gelbe Stern markiert den Oberarmkopf, die blauen Pfeile kennzeichnen das Schulterdach (wo sich der Oberarmkopf normalerweise genau darunter befindet), der lila Pfeil zeigt auf die leere Gelenkpfanne.

- Kernspintomographie (MRT):
 - nur in Ausnahmen bei nicht eindeutiger Röntgendiagnose der Luxation und/oder bei Verdacht einer begleitenden Verletzung der Rotatorenmanschette

Behandlung

Behandlung

- Konservativ:
 - Verfahren der Wahl bei Erst-Luxationen ohne Begleitverletzungen

- Einrenkung (= Reposition) mit anschließender Kontroll-Röntgenaufnahme
- Operativ: (mittlere Verweildauer im Krankenhaus: 4,8 Tage)
 - Verfahren der Wahl bei
 - erfolglosem konservativem Repositionsversuch
 - Relaxation (= erneute Luxation)
 - Begleitverletzungen
 - intraoperative Einrenkung (= offene Reposition) und arthroskopisches Verfahren zur Behebung der Begleitverletzungen (Defekte an Knorpel, Knochen, Kapsel oder Rotatorenmanschette)

Die Einrenkung (= Reposition) sollte so rasch wie möglich (in der Regel innerhalb einer halben Stunde) erfolgen, um Weichteilschäden zu vermeiden.

Weiterbehandlung

- Ruhigstellung im Verband (Gilchrist-Verband oder Schulterschlinge) für maximal 3 Wochen
 - anschließend Physiotherapie mit Bewegungs- und Kräftigungsübungen
-

Mögliche Komplikationen

- Relaxation (= erneute Ausrenkung)
 - bleibende Instabilität der Schulter
 - Bewegungseinschränkung (besonders bei Außenrotation)
 - Knorpelschaden (z. B. Bankart-Läsion)
 - Knochenschaden (z. B. Hill-Sachs-Läsion)
 - Arthrose in der Schulter (= Omarthrose)
 - chronische Schulterschmerzen
 - Nervenschäden (Bewegungs- und/oder Gefühlsstörungen)
-

Download:

- [DGU-Patienteninformation Schulterluxation \(PDF\)](#) 133 kB
-

Autoren: Ina Aschenbrenner, Prof. Dr. Peter Biberthaler
(Redaktionsteam DGU-Website)