

Akromioklavikular-Gelenk (Schultergelenkssprengung)

Anatomie:



Abb.: Schulter (Fa. Arthrex)

Das Schulterreckgelenk wird von 3 Bändern fixiert. Dem Ligamentum acromioclaviculare und dem Ligamentum coracoclaviculare, das sich aus dem Ligamentum conoideum und dem Ligamentum trapezoideum zusammensetzt. Das Schulterreckgelenk oder auch AC-Gelenk bildet die Verbindung zwischen Schlüsselbein (Klavikula) und Schulterdach (Akromion).

Verletzungsmuster:

Bei Verletzungen der Bänder des Schulterreckgelenkes muss gegebenenfalls eine Operation erfolgen. Am bekanntesten ist die Einteilung der AC-Gelenk Verletzungen nach Tossy in 3 Schweregrade:

Tossy I: Bänderdehnung: Schmerzen, lokale Schwellung, keine Funktionseinschränkung

Tossy II: Zerreißung des akromioklavikulären Bandes, Dehnung der korakoklavikulären Bänder. Alle Bewegungen im Schultergelenk schmerzhaft, AC-Gelenk etwas hochstehend, instabil

Tossy III: Riss des akromioklavikulären korakoklavikulären Bandes mit deutlichem Hochstand des lateralen Klavikulaendes.

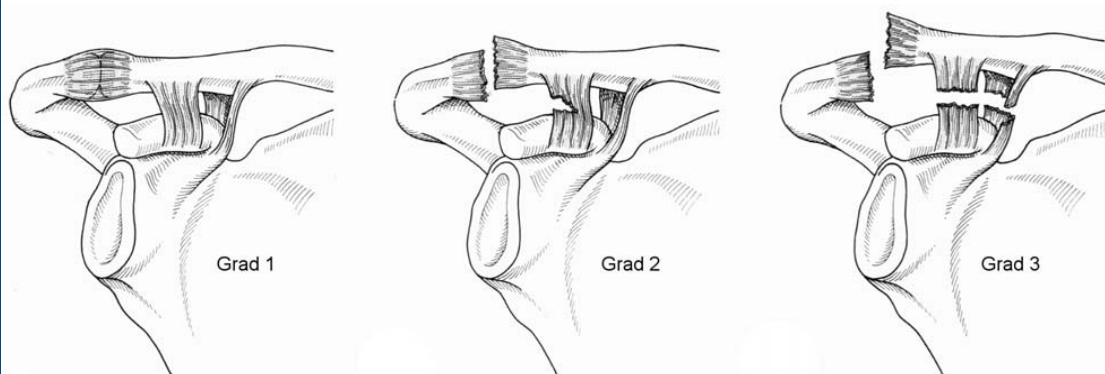


Abb.: Klassifikation nach Tossy (Aus: DURST 1997)

Aktuell werden Luxationen des Akromioklavikulargelenkes nach Rockwood klassifiziert, da hierbei eine erweiterte Unterteilung der Schweregrade möglich ist:

Grad I: Gelenkkapsel überdehnt, ggf. partiell zerissen: keine eindeutige Dislokation in der Röntgenbelastungsaufnahme [Abb.a]

Grad II: Gelenkkapsel des AC-Gelenkes ist zerissen, Dehnung der korakoklavikulären Bänder. Röntgenbelastungsaufnahme zeigt ein Höherentreten (halbe Schaftbreite) der lateralen Klavikula [Abb.b]

Grad III: zusätzlich Ruptur des korakoklavikulären Bandes, Röntgenbelastungsaufnahme zeigt Hochstand (Schaftbreite) der lateralen Klavikula gegenüber dem Akromion [Abb.c]

Grad IV: zusätzlich Instabilität der Klavikula in Horizontalebene durch (partielle) Ablösung der Deltotrapezoidfaszie von der lateralen Klavikula; Typischerweise Abriss der Deltoidinsertion und Dislokation der Klavikula nach dorsal in die Trapeziusmuskulatur [Abb.d]

Grad V: horizontale Instabilität und massiver Hochstand des lateralen Klavikulaendes durch komplette Zerreissung der Deltotrapezoidfaszie (Abstand zwischen Korakoid und Klavikula mindestens doppelt so hoch wie auf der intakten Gegenseite) [Abb.e]

Grad VI: Verhakung der lateralen Klavikula unter dem Processus coracoideus [Abb.f]

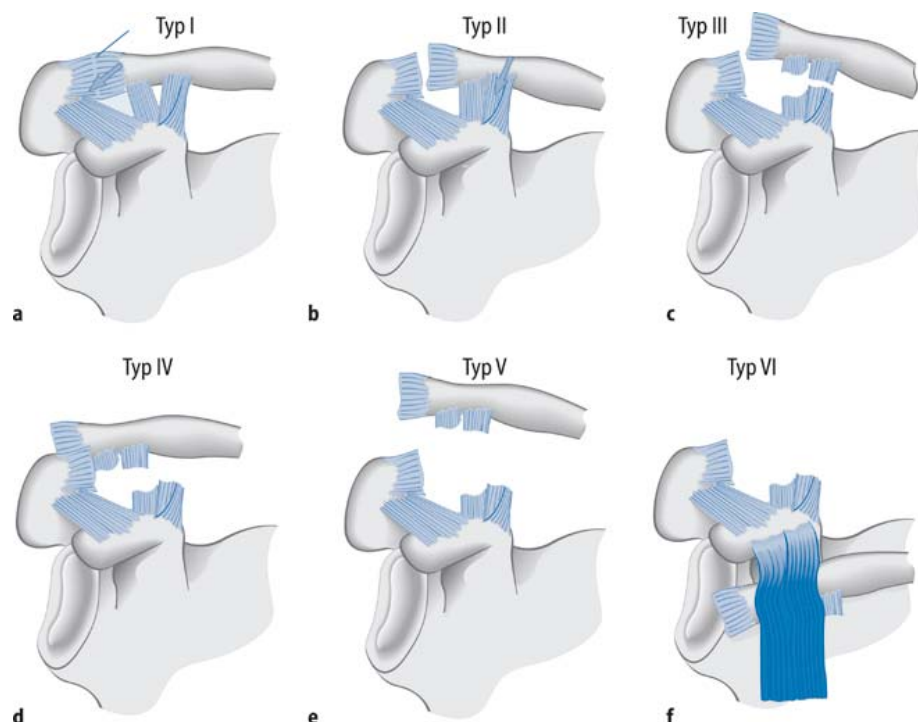


Abb.: Akromioklavikuläre Luxation, Einteilung nach Rockwood Typ I bis VI
(Aus: SIEWERT, Chirurgie 2006)

Ursache der Schädigung:

Eine direkte Schädigung kann durch einen Sturz auf die Schulter verursacht werden, bei dem es zum Überdehnen bzw. Zerreißen einzelner oder mehrerer Bänder kommt. Die Folge ist eine mögliche Instabilität des Gelenks.

Beschwerden:

Bei einer Verletzung des AC-Gelenkes kann sich neben einem Bewegungsschmerz auch ein Druckschmerz über dem Schulterreckgelenk zeigen.

Folgen:

Der bereits oben erwähnte Bewegungsschmerz führt zu einer Bewegungseinschränkung. Des Weiteren kann sich aus einer derartigen Verletzung eine so genannte Präarthrose des AC-Gelenks (Schulterreckgelenks) entwickeln. Von einer Präarthrose spricht man, wenn es zu einer frühzeitigen funktionellen Gelenkveränderung kommt und damit bereits eine Knorpelschädigung vorliegt.

Diagnose:

Zur Diagnose einer Schulterreckgelenkssprengung folgt nach Erhebung der Anamnese eine klinische Untersuchungen bei der durch bestimmte Tests ein Hochstand der Klavikula, ein Druckschmerz über dem Schulterreckgelenk und ein so genanntes Klaviertastenphänomen diagnostiziert werden. Hierbei werden alle Bewegungsformen auf mögliche Bewegungseinschränkungen überprüft. Zusätzliche Sicherheit bieten bildgebende Verfahren (Röntgen in 2 Ebenen, gehaltene Röntgenaufnahme beider Schultern (Panoramaaufnahme) mit je 10 kg Gewicht am hängenden Arm. Des Weiteren kann eine Kernspintomographie (MRT) zur Sicherung der Diagnose und zum Ausschluss von Begleitverletzungen herangezogen werden.

Behandlungsform:

Je nach Schweregrad der Verletzung entscheidet man sich entweder für eine konservative oder operative Therapie.

Konservative Therapie:

- Grad I => schmerzlindernde Medikation und ggf. Physiotherapie
Grad II => schmerzlindernde Medikation sowie funktionelle Übungsbehandlung und ggf. eine Ruhigstellung im Desault-, Gilchristverband für ca. 1-2 Wochen

Operative Therapie:

Grad III-VI => operative Therapie mittels Hakenplatte oder sogenannter Rüsselplatte zur Fixation des AC-Gelenkes. Bei dem operativen Eingriff erfolgt eine Reposition und Stabilisation durch die Fixationsplatte sowie eine Rekonstruktion der Delto-Trapezoid-Faszie. Nach ca. 3 Monaten wird in einem zweiten Eingriff das Metall entfernt.



Abb. 1: ACG Verletzung Grad III

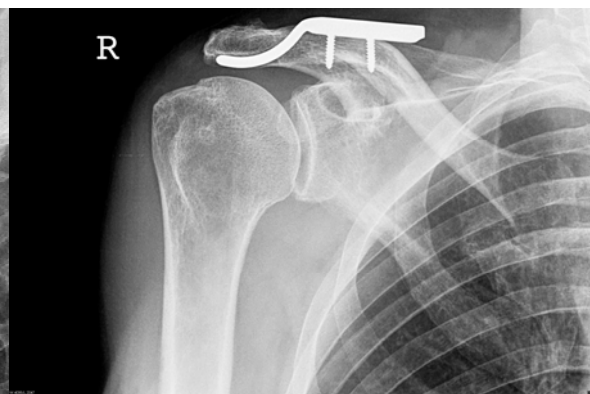


Abb. 2: operative Versorgung der Grad III Verletzung mittels s.a. Rüsselplatte

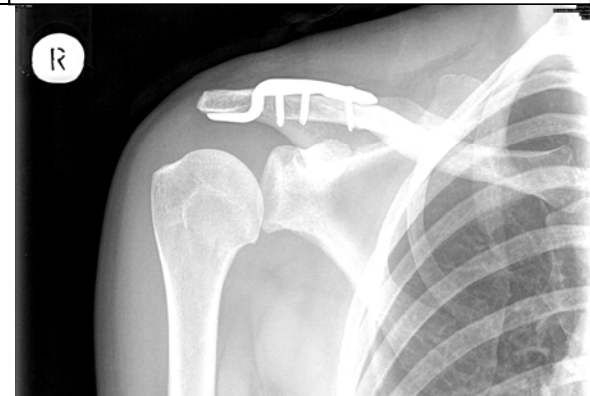


Abb. 3: operative Versorgung der Grad III Verletzung mittels Hakenplatte (Fa. Sythes)

Nachbehandlung:

Bei der Nachbehandlung ist eine Entscheidung über den weiterführenden Therapieplan mit dem Hintergrund der persönlichen Situation von Bedeutung (Sport, Aktivitätsniveau, Risikofaktoren, berufliche Exposition).

Frühfunktionelle Übungsbehandlung (Physiotherapie) mit zunächst passiver dann aktiver Mobilisation des Schultergelenkes mit Bewegungslimitierung bis 90° für ca. 6 Wochen

Kontakt:

MediaPark Klinik
Orthopädie und Unfallchirurgie
Im MediaPark 3
50670 Köln
Tel.:+49(0)221-9797-400
Fax:+49(0)221-9797-449
Email:orthopaedie@mediapark-klinik.de