

Musterzeitschrift #### · ##:##-##
https://doi.org/10.1007/#####-000-0000-0
Online publiziert: ##. #####
© Springer Medizin Verlag Berlin 2018

M. Mustermann

Musterabteilung für Traumatologie, Musteruniversität Musterstadt, Musterstadt, Deutschland

Handlungsalgorithmus: Traumatische Schultergelenkluxation

Diagnostik und klinische Untersuchung

Notfalldiagnostik

¹ Zwingend neurologische Untersuchung zur Funktionsbeurteilung von N. axillaris und Plexus brachialis.

² Nativröntgen in 2 Ebenen, um ggf. hintere Luxation nicht zu übersehen.

Verlaufsdagnostik nach Reposition

³ Neurologische Kontrolluntersuchung und Kontrolle des Pulsstatus.

⁴ **Cave!** Bei frustraner Reposition unmittelbare Schnittbilddiagnostik zum Ausschluss von Weichteilinterpositionen bzw. ossären Verletzungen.

Häufige Begleitverletzungen

⁵ Weichteilverletzungen

- Bankart-Läsion
- Perthes-Läsion
- HAGL-Läsion
- BHAGL-Läsion
- GAGL-Läsion

⁶ Ossäre Verletzungen

- Glenoidfraktur
- Hill-Sachs-Läsion

Die hochgestellten Zahlen verweisen auf die entsprechenden Informationen in **Abb. 1** (Algorithmus: Vorgehen bei traumatischer Schultergelenkluxation).

Therapie

Notfallbehandlung

⁷ Zügige und schonende Reposition unter ausreichender Analgesie, ggf. Analgosedierung, ggf. intraartikuläre Injektionen [1] als Alternativvorgehen bei Patienten mit hohem Narkoserisiko.

Techniken

- Hippokrates
- Arlt, besonders bei Luxatio infraglenoidalis/axillaris
- Kocher

Radiologische und neurologische Kontrolle.

⁸ **Cave!** Bei erfolgloser Reposition ist die unmittelbare offene Reposition im Sinne einer Notfallindikation angezeigt. Gefäßschäden oder offene Luxationen stellen immer eine Notfallindikation zur operativen Therapie dar.

Weiterführende Maßnahmen

⁹ Weichteilverletzungen auf mögliche Operationsindikationen prüfen. MRT zu Rate ziehen.

Absolute Operationsindikationen

- Gefäßschäden
- Offene Luxation
- Interponierte Weichteile
- Glenoidfraktur ab einer Defektgröße von 6 mm
- Ruptur der Subscapularissehne

¹⁰ Ruhigstellung durch Gilrist-Verband und Physiotherapie unter Bewegungslimit: 60° Abduktion, Außenrotation 0°.

¹¹ Nach 6 Wochen weitere Physiotherapie ohne Bewegungslimit.

¹⁰ und ¹¹ Bei konservativem Vorgehen zunächst Immobilisation des Gelenks, anschließend Physiotherapie.

Korrespondenzadresse

Dr. M. Mustermann

Musterabteilung für Traumatologie,
Musteruniversität Musterstadt, Muster Str. 13,
12345 Musterstadt, Deutschland
m.mustermann@musterklinik.de

Interessenkonflikt. M. Mustermann gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Kashani P, Asayesh Zarchi F, Hatamabadi HR et al (2016) Intra-articular lidocaine versus intravenous sedative and analgesic for reduction of anterior shoulder dislocation. Turk J Emerg Med 16:60–64. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2016.04.001>

57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112

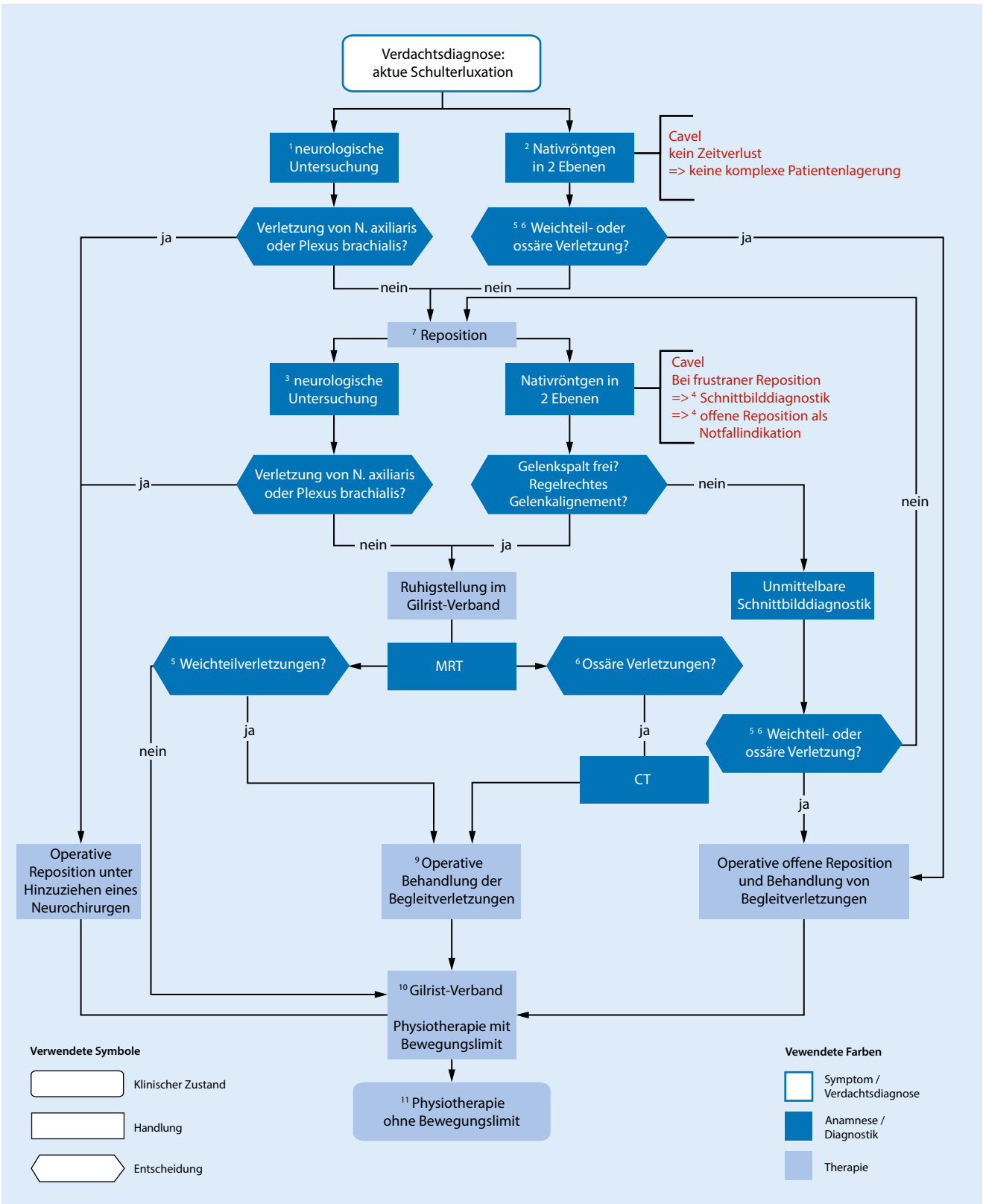


Abb. 1 ▲ Vorgehen bei traumatischer Schultergelenkluxation. Aus Mustermann M (2018) Handlungsempfehlung: Traumatische Schultergelenkluxation. Musterzeitschrift <https://doi.org/10.1007/#####-000-0000-0>