

SLAP Laesion - Diagnostik und Therapie

Da die knöcherne Gelenkpfanne an der Schulter im Vergleich zum Oberarmkopf sehr klein ist, kommt es nur unzureichend zur knöchernen Stabilisierung des Schultergelenkes. Um ein Auskugeln des Schultergelenkes zu verhindern befindet sich um die ganze knöcherne Pfanne herum eine Gelenkklippe, auch Labrum genannte. Diese Gelenkklippe vergrößert die Pfanne beträchtlich und erlaubt aufgrund ihrer Flexibilität dem Oberarmkopf trotzdem einen hohen Bewegungsspielraum.

Im oberen Ausläufer dieser Gelenkklippe ist die Sehne des Langen Bicepsmuskels befestigt. Den Bereich der oberen Gelenkklippe und den Ansatz der langen Bicepssehne bezeichnet man auch als Labrum-Bicepssehnen Komplex.

Schäden am Labrum Bicepssehnen-Komplex werden als SLAP Läsionen bezeichnet. SLAP ist ein Abkürzung die dem kommt Angloamerikanischen kommt und für "Superior Labrum Anterior to Posterior" steht.

Die Verletzung kann durch verschiedene Unfallereignisse oder aber auch Überlastungen ausgelöst werden. Unter anderem durch einen plötzlichen und unerwarteten Zug oder Druck auf die bereits vorgespannte Bicepssehne. Dies kann ein Sturz auf den ausgestreckten Arm sein, bei dem durch ein nach oben treten des Oberarmkopfes der Sehnenansatz mit der Gelenkklippe abgeschert wird oder ein plötzliches Heben einer schweren Last, bei der die lange Bicepssehne so stark angespannt wird, dass Sie mit der Gelenkklippe vom am Knochen abreißt.

Als weiter häufige Ursache wird eine mikrotraumatische Schädigung dieses Bereiches angesehen. Häufige extreme Wurfbewegungen, wie Sie zum Beispiel beim Baseball, Handball oder auch Speerwerfen auftreten. Bei der Wurfbewegung wird der Oberarmkopf in eine extreme Abspreiz- und Außenrotationsposition gebracht. Dies führt zu einer Torsionsbelastung am Ursprung der langen Bicepssehne. Im weiteren Ablauf der Wurfbewegung können die Torsionskräfte zu einem "Abschälen" der oberen Gelenkklippe und zu Faserrissen führen. Die immer wieder auftretenden Belastungen führen dann nach und nach zu einer Ausbreitung des Schadens.

Wie wird die Diagnose gestellt?

Eine SLAP Läsion sicher zu diagnostizieren ist auch mit den heutigen bildgebenden Verfahren, wie Ultraschall und Kernspintomographie, nicht immer zweifelsfrei möglich. Erst die Berücksichtigung vieler Einzelkomponenten kann den Verdacht einer SLAP-Läsion erhärten.

Die Diagnostik der SLAP-Läsionen umfasst neben der Anamnese vor allem eine ausführliche klinische Untersuchung.

Im Rahmen der Anamnese können weitreichende Informationen zum Unfallmechanismus, zur Entwicklung von Schmerzen, ein eventuell ein bestehendes Instabilitätsgefühl und zur ausgeübten Sportart sowie Sportniveau gesammelt werden.

Im Rahmen der klinischen Untersuchung stehen zahlreiche spezielle Tests zur Diagnostik einer SLAP-Läsion zur Verfügung.

Da auch die normal durchgeführte Kernspintomographie oft auch nicht zur gewünschten diagnostischen Sicherheit führt, fordern viele Fachleute eine spezielle Kontrastmitteluntersuchung. Hier wird ein spezielles Kontrastmittel vor der Kernspintomographie in das Schultergelenk eingespritzt. Bei der nachfolgend durchgeführten Untersuchung lässt sich der

Sehnenansatz und das Labrum deutlich besser beurteilen.

Den exakten Läsionstyp kann aber auch diese Untersuchung nicht ermitteln. Dies kann nur mit Hilfe der Arthroskopie (Gelenkspiegelung) sicher identifiziert werden.

Einteilung der SLAP Läsionen:

- Typ I: Degenerative Veränderung des oberen Labrums und des Bizepsansatzes ohne Ablösung, aber Auffaserung.
- Typ II: Abriss des Labrum-Bizepssehnen-Komplexes von der oberen Gelenkfläche
- Typ III: Korbhenkelläsion des oberen Labrums bei intaktem Bicepssehnenansatzes
- Typ IV: Längsaufspaltung der langen Bizepssehne mit Dislokation eines Labrum-Bizepsanteils nach unten in den Gelenkspalt

Die Therapie der SLAP-Läsionen

Die Therapie der SLAP-Läsion erfordert ein differenziertes Vorgehen in Abhängigkeit vom Typ der Läsion. Im Allgemeinen werden SLAP-Läsionen vom Typ I und III debridiert, d.h. loses Gewebe wird entfernt, so dass nichts in der Schulter einklemmen kann. Läsionen vom Typ II und IV werden mit Nahtankertechniken versorgt, d.h. die abgerissenen Anteile werden arthroskopisch wieder angenäht.