

Arthroskopie

Organ der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopie und des
Bundesverbandes für Ambulante Arthroskopie

Elektronischer Sonderdruck für U. Haasis

Ein Service von Springer Medizin

Arthroskopie 2013 · 26:294–296 · DOI 10.1007/s00142-013-0757-9

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

U. Haasis

Subakromiales Impingement bei Skapula- Osteochondrom

Diese PDF-Datei darf ausschließlich für nichtkommerzielle Zwecke verwendet werden und ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen – hierzu zählen auch soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Austauschplattformen.

Arthroskopie 2013 · 26:294–296
 DOI 10.1007/s00142-013-0757-9
 Online publiziert: 28. April 2013
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Redaktion:
 S. Rupp, Blieskastel

U. Haasis

Orthopädische Praxisklinik im Schlossberg-Center, Albstadt

Subakromiales Impingement bei Skapula-Osteochondrom

Subakromiale Impingement-Syndrome gehören zu den häufigsten Problemen im orthopädischen Praxisalltag. Diese sind meist durch mechanische Irritationen der Bursa subacromialis und der Rotatorenmanschette sowie durch Kalkeinlagerungen bedingt. Häufig liegt eine Bursitis, Ansatzendinitis oder eine (Partial-)Ruptur der Rotatorenmanschette vor. Sehr selten sind benigne Knochtumoren Ursache des Impingements.

Anamnese

Bei einem 38-jährigen Patienten bestanden seit mehr als 5 Jahren rezidivierend auftretende, bewegungsabhängige Schmerzen am rechten Schultergelenk. Die Schmerzen wurden als plötzlich v. a. bei Retroversion und Abduktion des Armes auftretende, stechende Schmerzen beschrieben. Ruhe- oder Nachtschmerzen traten selten auf. Mehrfache subakromiale Injektionen mit einem Lokalanästhetikum und Kortikoid führten jeweils zu kurzzeitiger, maximal wenige Tage anhaltender Beschwerdefreiheit. Krankengymnastische Übungsbehandlungen erbrachten keine Beschwerdelinderung. Die Diagnose einer subakromialen *Verknöcherung* bzw. eines *Ossikels* wurde bereits 3 Jahre zuvor gestellt. Aus beruflichen Gründen konnte sich der Patient jedoch zunächst nicht zu einer Operation entschließen.

Befund

Seitengleiches Schulterrelief, kein Druckschmerz. Freie Beweglichkeit rechte Schulter, schmerzhafter Bogen mit gelegentlichem Schnapp-Phänomen zwischen 80 und 100° Abduktion, verstärkt bei leichter Retroversion und Außenrotation.

Bildgebende Diagnostik

Röntgen rechts Schulter a.p. und Outlet-view: etwa 15×6 mm große, knochendichte Struktur kaudal des Akromions (■ **Abb. 1a, b**). Sonographie: intakte Rotatorenmanschette, insgesamt unauffälliger Befund.

Magnetresonanztomographie (MRT): ■ **Abb. 2a, b**: breitbasige, partiell knochenisodense, partiell leicht T2-hyperin-

tense, 13 mm messende Formation am posterioren Akromion, Beurteilung: Osteochondrom (Dr. Hütter, Albstadt).

Therapie und Verlauf

Bei therapieresistentem Verlauf unter konservativen Maßnahmen wurde die Indikation zur Arthroskopie und endoskopischen Resektion des Osteochondroms gestellt. Der Eingriff erfolgte in Allgemeinanästhesie in Beachchair-Lagerung. Zunächst erfolgte die Exploration des Glenohumeralgelenks über ein dorsales Portal. Da sich erwartungsgemäß keine pathologischen Veränderungen fanden, wurde auf die Anlage eines ventralen Arbeitsportals verzichtet. Nach Umsetzen des Arthroskops in den Subakromialraum zeigte sich eine mäßiggradige Bur-



Abb. 1 ▲ a, b Röntgen a.p. und Outlet-view

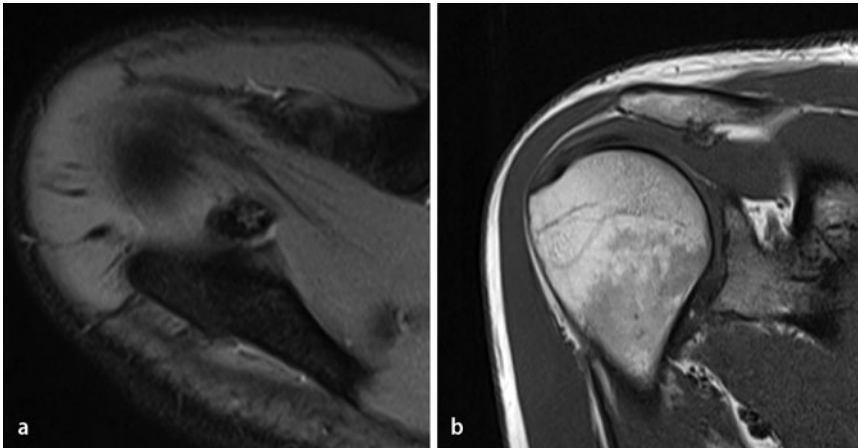


Abb. 2 ◀ a, b MR rechts Schulter koronar und axial (Dres. Schwamborn und Hütter, Albstadt)

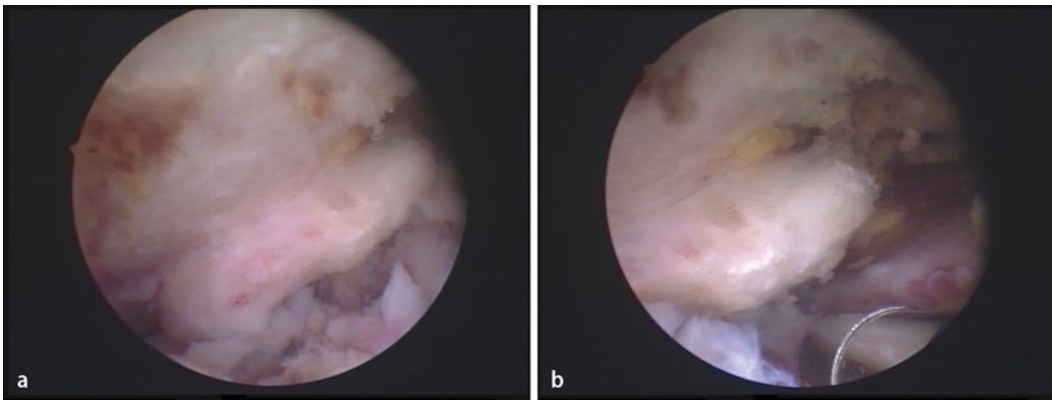


Abb. 3 ◀ a, b Knöcherner Raumforderung am dorsalen Akromionunterrand

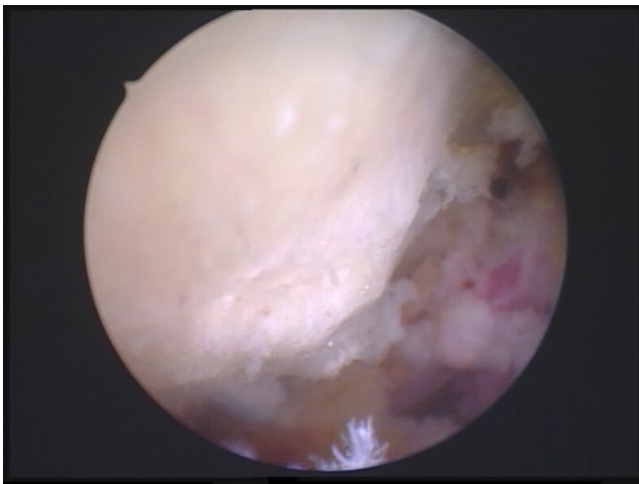


Abb. 4 ◀ Dorsaler Akromionunterrand nach Resektion des Osteochondroms

sitis. Es erfolgte die Teilresektion der Bursa subacromialis über ein laterales Portal bis zur Darstellung der ventralen Anteile des AC-Gelenks. Nach Umsetzen des Arthroskops in den lateralen Zugang wurde über ein zusätzliches ventrolaterales Arbeitsportal entlang des Akromioklavikulargelenks mit dem Coblator nach dorsal präpariert. An der dorsalen Akromionbegrenzung kam die breitbasig gestielte, ovale Raumforderung zur Darstellung

(▣ **Abb. 3a, b**). Nach Skeletierung der Formation mit dem Coblator wurde diese bis zum Skapulaniveau mit dem Akromionizer abgetragen (▣ **Abb. 4**). Eine histologische Untersuchung konnte nicht durchgeführt werden, angesichts des MRT-Befunds und des intraoperativen Aspekts ist von einem Osteochondrom auszugehen.

Eine postoperative Ruhigstellung erfolgte nicht. Ab dem 2. Tag postoperativ

wurden krankengymnastische Übungsbehandlungen und Lymphdrainagen durchgeführt. Der postoperative Verlauf war unauffällig, die Arbeitsunfähigkeitsdauer (Schreibtischtätigkeit) betrug 10 Tage. Bei der letzten Nachuntersuchung 6 Wochen postoperativ war der Patient bei uneingeschränkter Funktion beschwerdefrei.

Diskussion

Osteochondrome treten solitär oder als autosomal dominant vererbte Erkrankung (multiple kartilaginäre Exostosen) auf [10]. Das solitäre Osteochondrom ist mit 45% aller gutartigen Knochenläsionen der häufigste benigne Knochentumor [5, 10] und wird meist im Alter von 10 bis 35 Jahren diagnostiziert. Kartilaginäre Exostosen sitzen dem Knochen entweder breitbasig oder gestielt auf, Prädisloktionsstellen sind die Metaphysen langer Röhrenknochen sowie selten platte Knochen [5, 10]. Die Entartungshäufigkeit solitärer Osteochondrome liegt bei unter 1% [8, 10]. Der Tumor verursacht primär keine Schmerzen, kann aber durch mechani-

sche Irritation der benachbarten Weichteile zu Schmerzen und Funktionseinschränkungen führen [10].

Weniger als 5% aller Osteochondrome kommen an der Skapula vor [1, 8] und sind dort häufiger an der Ventralseite des Corpus als dorsal lokalisiert [1, 2]. Ventralseitige Tumoren führen oft zu einem Skapulaschnappen oder einer Skapula alata, dorsale Raumforderungen sind häufig tastbar bzw. als Thoraxasymmetrie sichtbar [9]. Frost et al. [2] berichten über 8 Osteochondrome der Skapula, von denen lediglich eines subakromial lokalisiert war. Berichte über offene, minimal-invasive bzw. endoskopisch assistierte Resektionen von i. d. R. ventral lokalisierten Skapulaosteochondromen finden sich vereinzelt in der Literatur [2, 3, 4, 6, 9].

Häufigste Ursache subakromialer Impingement-Syndrome sind mechanische Irritationen der Bursa subacromialis und der Rotatorenmanschette im korakoakromialen Bogen [8], z. B. durch Normvarianten des Akromions oder osteophytäre Veränderungen. López-Martín et al. [7] berichteten über ein Rotatorenmanschetten-Impingement auf Grund eines Enchondroms des Akromions, Lu und Abboud [8] über die arthroskopische Resektion eines Osteochondroms an der Akromionunterseite. Da es sich nach Kenntnis dieser Autoren um Erstbeschreibungen handelte und in der Literatur lediglich bei Frost et al. [2] weitere Hinweise zu Osteochondromen als Ursache von bewegungsabhängigen Schulterschmerzen zu finden sind, ist von einem sehr seltenen Auftreten benigner Neoplasmen als Ursache für ein subakromiales Impingement auszugehen.

Fazit für die Praxis

- Benigne Neoplasmen der Akromionunterseite kommen als seltene Ursache eines subakromialen Impingements differenzialdiagnostisch in Betracht.
- Osteochondrome sind röntgenologisch und magnetresonanztomographisch in der Regel gut darstellbar.
- Konservative Therapien sind auf Grund der mechanischen Irritation nicht erfolversprechend.

Korrespondenzadresse



Dr. U. Haasis
Orthopädische Praxisklinik im
Schlossberg-Center
Schmiechastr. 50,
72458 Albstadt
ulf.haasis@t-online.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Blacksins MF, Benevenia J (2000) Neoplasm of the scapula. *Am J Roentgenol* 174:1729–1735
2. Frost NL, Parada SA, Manoso MW et al (2010) Scapular osteochondromas treated with surgical excision. *Orthopedics* 33:804
3. Fukunaga S, Futani H, Yoshiya S (2007) Endoscopically assisted resection of a scapular osteochondroma causing snapping scapula syndrome. *World J Surg Oncol* 22:37
4. Gfrörer W, Seifert J, Matthes G et al (2005) Das solitäre Osteochondrom der Skapula. Eine seltene Differenzialdiagnose bei diffusen Schulterbeschwerden. *Unfallchirurg* 108:684–686
5. Greenspan A (1993) *Skelettradiologie: Orthopädie, Traumatologie, Rheumatologie, Onkologie*, 2. Neubearb. Aufl. VHC, Basel
6. Kwon OS, Kelly J (2012) Delayed presentation of osteochondroma on the ventral surface of the scapula. *Int J Shoulder Surg* 6:61–63
7. López-Martín N, De Miguel I, Calvo E (2005) Rotator cuff impingement due to enchondroma of the acromion. *Acta Orthop Belg* 71:732–735
8. Lu MT, Abboud JA (2011) Subacromial osteochondroma. *Orthopedics* 34:581–583
9. Pérez D, Ramón Cano J, Caballero J, López L (2011) Minimally-invasive resection of a scapular osteochondroma. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 13:468–470
10. Wirth CJ, Mutschler W (Hrsg) (2007) *Praxis der Orthopädie und Unfallchirurgie*. Thieme, Stuttgart

L. Jaeger

Patientenrechtegesetz

Kommentar zu §§ 630a bis 630h BGB
Verlag Versicherungswirtschaft 2013,
1. Auflage, 206 S., (ISBN 978-3899527490),
39.00 EUR

Prima vista mag es überraschen, dass nur wenige Tage nach dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) vom 26.02.2013 bereits ein Kommentar zu diesem Gesetzeswerk erscheint. Der Vorsitzende Richter am OLG i.R. Lothar Jaeger, Köln, hat als einer der Ersten einen Kommentar zu diesen im Bürgerlichen Gesetzbuch aufgenommenen Regelungen vorgelegt.

Beschäftigt man sich mit dem Gesetz näher, überrascht allerdings das von ihm an den Tag gelegte Tempo nicht. Hat doch der Gesetzgeber, wie dies der Autor zutreffend in seiner elf Seiten umfassenden und zu recht sehr kritischen Einleitung darstellt, nichts Neues geschaffen. Letztlich wurde versucht, eine in vielen Jahren durch die Rechtsprechung geschaffene, ausgewogene Materie des Arzthaftungsrechts in wenigen Vorschriften zusammenzufassen, ohne dass inhaltlich irgendetwas Wesentliches neu geregelt worden wäre.

Anhand der einzelnen Vorschriften erläutert der Autor fachkundig und auch für juristische Laien äußerst verständlich überblicksmäßig das Arzthaftungsrecht. Besonders hervorzuheben ist sein erfolgreiches Bemühen, dem neuen Gesetz auch ein aktuelles Gesicht in Form neuerer Rechtsprechung und Literatur zu geben. Die Aufteilung der Kommentierung zu den einzelnen Vorschriften ist sehr übersichtlich und leicht nachzuvollziehen. Der sehr verständlich geschriebene Text stellt prägnant die Grundsätze des Arzthaftungsrechts dar. Praxisnahe Fälle mit entsprechenden Fundstellen runden das Bild ab.

Der Kommentar ist nicht nur wegen seines Formates gleichermaßen für die Taschen in Arztkitteln als auch Juristenroben geeignet und zu empfehlen.

H. Fenger (Münster)