

signifikanten Unterschiede hinsichtlich eines Schultergürtelabsinkens detektiert werden konnten ($p = 0,40$).

Im Rahmen von hochgradigen AC-Gelenk-Verrenkungen zeigt sich insbesondere ein Höherentreten der Klavikula, während ein Absinken des Schultergürtels kaum zur Separation des AC-Gelenkes beiträgt.

Schlüsselwörter: Klavikula, Klavikulahochstand, Schultertieftand, ACG-Sprengung, Schulterreckgelenksprengung

<http://dx.doi.org/10.1016/j.orthtr.2019.04.016>

SY03-25

Outcome nach operativer Versorgung von instabilen lateralen Klavikulafrakturen – Gibt es einen Goldstandard?

R.-O. Dey Hazra¹, A. Ellwein²,
E. Dey Hazra¹, J. Imrecke¹, H. Lill¹,
G. Jensen¹

¹Diakovere Friederikenstift,
Hannover, Germany

²DIAKOVERE Annastift, Hannover,
Germany

E-Mail: Ronny.Dey@gmail.com

Fragestellung: 18% aller Klavikulafrakturen betreffen das laterale Segment. In der Vergangenheit wurde über die Vielzahl der verschiedenen Operationstechniken kontrovers diskutiert, ohne dass sich ein Verfahren als Goldstandard etabliert hat. Retrospektive Erfassung und Bewertung der klinischen und bildgebenden Ergebnisse des Hybridverfahrens im Vergleich zu der Versorgung mittels isolierter winkelstabiler Plattenosteosynthese.

Methodik: Im Rahmen der Studie wurden im Zeitraum von 2014-

2017 40 Patienten mit operativ behandelte instabiler lateraler Klavikulafraktur (Jäger Breitner 2A/2B) mit isolierter winkelstabiler Plattenosteosynthese (WP) oder einem arthroskopisch-assistierten Hybridverfahren (HV) mittels Plattenosteosynthese und Augmentation der korakoklavikulären Bänder einmalig nachuntersucht. Hierbei wurde neben einer klinischen Evaluation mit aktiv-assistivem Bewegungsausmaß, SSV, alters- und geschlechtskorrigiertem Constant-Murley-Score, Taft-Score, ASES Score, dem Nottingham clavicle score und der Visuellen analogen Schmerzskala eine radiologische Auswertung erhoben.

Ergebnisse und Schlussfolgerung:

Im WP-Patientenkollektiv konnten von 17 Patienten 13 (7 männlich/6 weiblich) nachuntersucht werden (76,47%) bei einem mittleren Follow up von 27,85 Monaten und einem durchschnittlichen Patientenalter von 43,8 ($\pm 15,96$) Jahren. Die OP-Zeit bei der isolierten winkelstabilen Plattenosteosynthese betrug im Schnitt 92 Minuten.

Im HV-Patientenkollektiv konnten von 23 Patienten 17 (9 männlich/8 weiblich) nachuntersucht werden (73,91%) bei einem mittleren Follow up von 18,36 Monaten und einem durchschnittlichen Patientenalter von 45,71 ($\pm 16,62$) Jahren. Die OP-Zeit betrug im arthroskopisch-assistierten Hybridverfahren durchschnittlich 94 Minuten. Die klinischen Untersuchungs-Scores zeigten in absoluten Werten dezent bessere Werte für das HV Patientenkollektiv ohne einen statistisch signifikanten Unterschied. Dabei zeigte sich in der HV-Gruppe ein relativer CS 95,24 zu 91,80 in der WP-Gruppe. Die HV-Gruppe zeigte im Nottingham-Clavicle-Score einen Wert von 86,43, im ASES-Score von 93,30, SSV von 90,14 und in der VAS-Skala im Durchschnitt 0,79. Im Gegensatz hierzu in der

WP-Gruppe ein Nottingham-Clavicle Score von 80,08, ein ASES-Score von 93,03, SSV von 86,92 und ein VAS von 0,92. Der Taft-Score war im HV-Verfahren mit 11,21 ebenfalls leicht besser als im WV-Patientenkollektiv mit 11. Bezüglich der Begleitpathologien konnte im HV-Verfahren im Rahmen der diagnostischen Arthroskopie in 35% der Fälle Begleitpathologien an der Rotatorenmanschette sowie im Kapsel-Labrum-Komplex gesehen werden.

Insgesamt zeigen sowohl das arthroskopisch-assistierte Hybridverfahren (HV) als auch das operative Vorgehen mit einer isolierten winkelstabilen Plattenosteosynthese gute Ergebnisse. Neben den in den klinischen Scores leicht überlegenen Werten überzeugt das arthroskopisch-assistierte Hybridverfahren mit der Detektion von etwaigen Begleitpathologien, bei nahezu identischer OP Zeit.

Schlüsselwörter: Laterale Klavikulafraktur, Arthroskopisch unterstützt, winkelstabile Plattenosteosynthese, Begleitpathologien

<http://dx.doi.org/10.1016/j.orthtr.2019.04.017>

SY03-55

Die Sportfähigkeit nach intramedullärer Schienung von dislozierten Klavikulaschaftfrakturen

N. Reimers¹, A. Kilper¹,
S. Bushuven², A. Probst²,
R. Langenhan²

¹Klinikum Chemnitz, Orthopädie,
Unfall- und Handchirurgie,
Chemnitz, Germany

²GLKN Klinikum Singen, Singen,
Germany

E-Mail: n.reimers@skc.de