

## **SCHULTERINSTABILITÄT – WELCHE THERAPIE UND WANN?**

**PD Dr. med. Matthias Zumstein**

Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Inselspital Bern

Glenohumerale Schulterinstabilitäten kommen sowohl als akute Luxation und chronische Instabilität, als auch als „épaule douloureuse et instable (=instabile schmerzvolle Schulter) vor.

Nach erstmaliger akuter Schulterluxation treten zusätzliche Begleitverletzungen in bis zu 90% auf. Da ein grosser Teil der erstluxierten Schultern nie mehr luxiert, wird eine Erstluxation in den meisten Fällen konservativ behandelt. Das ändert sich nach Zweitluxation: Prinzipiell ist zur Bilanzierung einer ossären Begleitursache das Arthro-CT die Untersuchung der Wahl, welche auch eine Beurteilung der kapsulo-labro-ligamentären Verletzung sowie einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion ermöglicht. Letztere sind jedoch besser, und insbesondere beim Patienten über 45 Jahre, mittels Arthro-MRI zu beurteilen. Eine signifikante frische, meist grössere oder massive, Rotatorenmanschettenläsion sollte rasch operativ angegangen werden.

Patienten mit chronischen Instabilitäten, welche nur in einer, als auch in mehreren Richtungen manifest sein können, ohne Hyperlaxizität, ohne knöcherne Läsionen und bei niedrigem sportlichem Risikoprofil können mittels Weichteilverfahren (zB Bankart Repair) erfolgreich stabilisiert werden. Der Grossteil der Patienten weist jedoch bereits erwähnte ossäre Begleitverletzungen und ein erhöhtes Risikoprofil auf.

Bestehen ossär glenoidale, ossär-humerale oder kombinierte Verletzungen, sollten sie wenn notwendig gemäss Stabilitätskriterien versorgt werden. Dies kann umgehend, nach manifester Dezentrierung oder Instabilität entweder mittels Osteosynthese oder als glenohumerale Stabilisation im Verlauf erfolgen.

Medial reichende „Off-Track“ Hill Sachs Läsionen können mittels einer Hill-Sachs Remplissage und anteriore und posteriore glenoidale Defekte, mittels einer Kochen Augmentation (z.B. Latarjet-Verfahren) versorgt werden.

Langzeitresultate des von uns favorisierten und modifizierten Latarjet-Verfahrens bei der antero-inferioren Instabilität zeigen 25 Jahre nach dem Eingriff die niedrigste Reluxationsrate 5-8%, eine gute Aussenrotation und eine sehr hohe Patientenzufriedenheit. Degenerative Veränderungen mit dem Latarjet-Verfahren sind nahezu vergleichbar mit der natürlichen Entwicklung nach erstmaliger Schulterluxation ohne Rezidiv, sicher aber gleich hoch wie arthroskopische Weichteilverfahren.