Unfallchirurg 2018 · 121:90
<https://doi.org/10.1007/s00113-017-0440-0>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2017

B. Ockert

Sektion Schulter- und Ellenbogenchirurgie, Klinik für Allgemeine, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Klinikum der Universität München, Ludwig-Maximilians-Universität, München, Deutschland

Instabilität Schultergelenk

Das Schultergelenk ist anfällig für Luxationen und Instabilitäten. Der in der Evolution vollzogene aufrechte Gang des Menschen erlaubte es, neben anderen Faktoren, die Artikulationsfläche der knöchernen Gelenkanteile an der Schulter zugunsten einer großen Bewegungsfreiheit klein auszugestalten [1]. Bei strukturellen Schäden am Knochen, wie auch an Weichteilen, führt dies aber zu einem Stabilitätsverlust, der symptomatisch werden kann. In Abgrenzung zur Laxizität bzw. Hyperlaxizität, die in der Regel ohne eine traumatische Anamnese besteht, liegt der posttraumatischen Instabilität immer eine Verletzung zugrunde. Das aktuelle Leitthema befasst sich mit der posttraumatischen Instabilität und ihrer Therapie.

Eine wegweisende Bedeutung hat der strukturelle Schaden der Erstluxation, da dessen Ausmaß häufig die langfristige Krankheitsgeschichte prägt [2]. Die Unterscheidung zwischen isoliertem Weichteilschaden (Labrum, Kapsel, glenohumerale Bänder) und knöchernem Schaden des Humeruskopfes, des Glenoids oder der Kombination beider Pathologien ist für die Therapieentscheidung wichtig, sowohl bei der akuten als auch bei der chronischen Instabilität [3]. Die Verletzung der dynamischen Stabilisatoren (Rotatorenmanschette) hat beim älteren Patienten einen besonderen Stellenwert. Neben morphologischem Schaden und Alter ist der Patient außerdem hinsichtlich der individuellen Erwartung an die eigene Schulterfunktion bzw. der Wahrscheinlichkeit einer Rezidivluxation zu evaluieren.

Auf wenigen Gebieten haben sich in den letzten 30 Jahren das Verständnis und die Therapie so entfaltet wie auf dem Gebiet der Schulterinstabilität. Dazu trugen

maßgeblich auch deutschsprachige Unfallchirurgen und Orthopäden bei, von deren Erfahrung wir heute profitieren. Prinzipien wurden postuliert und manche wieder verworfen, andere wie das des „glenoid track“ kamen hinzu [4]. Von den daraus resultierenden Therapieverfahren haben sich einige bewährt, andere wurden optimiert oder wieder verlassen. Auch wenn Langzeitergebnisse andeuten, dass noch nicht alle Pathologien richtig adressiert werden, können doch heutzutage viele verschiedene Formen der Schulterinstabilität dank moderner Entwicklungen erfolgreich therapiert werden [5].

Moderne Entwicklungen basieren auf den Lehren der Vergangenheit. Aus diesem Grund beginnt das Heft mit den Grundlagen der Instabilität und der Entstehung der Instabilitätstherapie im historischen Kontext. Anschließend werden die konservativen und operativen Behandlungsoptionen nach ventraler Erstluxation dargestellt und dem Leser Entscheidungskriterien an die Hand gegeben. Neben den Techniken der arthroskopischen Weichteilstabilisierung und der knöchernen Rekonstruktion werden als separate Themen die dorsale Instabilität und die Instabilität des älteren Patienten beleuchtet. Eine Arbeit zu Behandlungsoptionen bei Rezidivinstabilität und Instabilitätsarthropathie rundet das Heft ab.

Es freut mich sehr, dass für das vorliegende Leitthema ausgewiesene Experten auf dem Gebiet der Schulterinstabilität und deren Behandlung gewonnen werden konnten. Ich danke den Autoren herzlich für ihre prägnanten Beiträge und wünsche Ihnen, sehr geehrte Leserinnen und Leser, viel Freude bei der Lektüre

des Themenhefts „Instabilität Schultergelenk“.

PD Dr. B. Ockert

Korrespondenzadresse

PD Dr. B. Ockert

Sektion Schulter- und Ellenbogenchirurgie, Klinik für Allgemeine, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Klinikum der Universität München, Ludwig-Maximilians-Universität Nußbaumstraße 20, 80336 München, Deutschland
 Ben.Ockert@med.uni-muenchen.de

Interessenkonflikt. B. Ockert gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Oxnard CE (1969) Evolution of the human shoulder. *Am J Phys Anthropol* 30(3):319–331. <https://doi.org/10.1002/ajpa.1330300302>
2. Wasserstein DN et al (2016) The true recurrence rate and factors predicting recurrent instability after nonsurgical management of traumatic primary anterior shoulder dislocation: a systematic review. *Arthroscopy* 32(12):2616–2625
3. Provencher MT et al (2010) Recurrent shoulder instability: current concepts for evaluation and management of glenoid bone loss. *J Bone Joint Surg Am* 92(Suppl 2):133–151. <https://doi.org/10.2106/JBJS.J.00906>
4. Yamamoto N et al (2007) Contact between the glenoid and the humeral head in abduction, external rotation, and horizontal extension: a new concept of glenoid track. *J Shoulder Elbow Surg* 16(5):649–656
5. Aboalata M et al (2017) Results of arthroscopic Bankart repair for anterior-inferior shoulder instability at 13-year follow-up. *Am J Sports Med* 45(4):782–787