Arthroskopie 2015 · 28:253
DOI 10.1007/s00142-015-0038-x
Online publiziert: 20. Oktober 2015
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

M. Flury¹ · P.R. Heuberger²

¹ Schulthess Klinik, Zürich, Schweiz

² Abteilung für Orthopädie, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Wien, Österreich

Schulterinstabilität

Eine ewig junge Diagnose

Die Schulterluxation ist eines der ältesten bekannten orthopädischen Krankheitsbilder überhaupt. Schon seit Hippokrates wird über die Therapie dieses Beschwerdebilds debattiert. Ein Blick in das Internet und in Medline zeigt, dass mit über 10.000 Treffern unter den Begriffen „Schulterinstabilität“ und „Schulterluxation“ die vor nahezu 2000 Jahren begonnene Erforschung dieser Pathologie noch lange nicht beendet ist. Viele neue Erkenntnisse wurden gewonnen und alte Gültigkeiten verworfen – und trotzdem gibt es immer wieder Rezidive und Therapieversager. Dies zeigt, dass wir noch bei weitem nicht alle Aspekte der instabilen Schulter verstehen, geschweige denn korrekt behandeln können.

» Noch sind bei weitem nicht alle Aspekte der instabilen Schulter bekannt

Diese Ausgabe der *Arthroskopie* soll den neuesten Stand von Diagnostik und Therapie verschiedener Formen der Schulterinstabilität aufzeigen. Der Behandlungsalgorithmus der vorderen Instabilität hat sich erweitert, das diagnostische Vorgehen ist differenzierter und spezifischer geworden, die Therapieindikationen zeigen sich immer vielschichtiger. Es hat ein Wandel stattgefunden, von einer isolierten Fixation einer Labrumläsion hin zu einer differenzierten Behandlung von Schäden an Knorpel, Kapsel, knöchernem Glenoid und Humerus. Dazu fließen individuelle anatomische Faktoren wie die Glenoidgröße und die Glenoidkonkavität in die Überlegungen mit ein, zusammen mit subjektiven Faktoren wie Akti-

vitätslevel und individuelle Erwartungen des Patienten. Die multidirektionale Instabilität stellt nach wie vor eine besondere Aufgabe in der Diagnostik und v. a. in der Behandlung dar. Gerade in der Ursachenforschung hat sich einiges bewegt. Die Wichtigkeit nicht nur der Glenoidausdehnung sondern auch der Konkavität für viele Formen der Schulterinstabilität konnte kürzlich nachgewiesen werden. Dorsale Instabilitäten, insbesondere Teiltraktionen des Labrums, ist nach wie vor eine Herausforderung, die manchmal auch für erfahrene Schulterchirurgen schwierig zu diagnostizieren sein kann. Das Aktivitätslevel und Durchschnittsalter im Breitensport sind eindeutig gestiegen, und auch der Spitzensport wird immer kompetitiver, was die Häufigkeit von Mehrfachverletzungen zunehmend bei jungen Patienten steigen lässt und postoperative Reluxationen auch bei älteren Sportlern begünstigt. Um all diesen Faktoren gerecht zu werden, sollte der moderne Chirurg eine große Bandbreite von Möglichkeiten in seinem Köcher tragen, um sowohl primäre als auch Rezidivinstabilitäten mit all deren Tragweite und Begleitverletzungen adäquat therapieren zu können.

Je tiefer man in das Thema Schulterinstabilität eintaucht, desto weiter entfernt man sich vom allgemeingültigen *Therapie-Kochbuch*, und umso mehr gilt es, auf dem Boden adäquater Untersuchungen eine korrekte Diagnose zu stellen, die alle Facetten der Instabilität berücksichtigt. Basierend auf der Evidenz sollte dann eine individuelle, für den einzelnen Patienten maßgeschneiderte Therapielösung gefunden werden.

Wir wünschen unseren Lesern viel Vergnügen bei der Lektüre dieses spannenden und auch nach 2000 Jahren noch hochaktuellen Themas!

Dr. Matthias Flury

Dr. Philipp R. Heuberger

Korrespondenzadresse

Dr. M. Flury
Schulthess Klinik
Lengghalde 2, 8008 Zürich,
Schweiz
matthias.flury@kws.ch

Dr. P. Heuberger
Abteilung für Orthopädie,
Krankenhaus der
Barmherzigen Schwestern
Stumpergasse 13, 1060 Wien,
Österreich
philipp.heuberger@bhs.at

Interessenskonflikt. M. Flury gibt an, dass er einen Beratervertrag hat und Royalties bezieht von Arthrex GmbH München. P.R. Heuberger gibt an, dass er einen Beratervertrag bei Arthrex GmbH München hat.