Obere Extremität 2020 · 15:159
<https://doi.org/10.1007/s11678-020-00596-8>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2020

Markus Scheibel^{1,2}

¹ Schulter- und Ellenbogenchirurgie, Schulthess Klinik Zürich, Zürich, Schweiz

² Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie (CMSC), Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Inverse Schulterendoprothetik – Stand 2020

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit der Einführung des Grammont-Konzepts hat die inverse Schulterendoprothetik national und international einen überwältigenden Siegeszug angetreten. Eine aktuelle Datenerhebung von Prof. Dr. med. Ulrich Brunner hat gezeigt, dass 2014 in Deutschland erstmalig mehr inverse als anatomische Schulterendoprothesen implantiert wurden – Tendenz weiterhin steigend! Viele von Ihnen erinnern sich bestimmt noch an die teils lautstarken Diskussionen vor gut 20 Jahren, als man fast schon öffentlich gesteinigt wurde, wenn man auf Kongressen über die Verwendung dieses Endoprothesentypen bei Humeruskopffrakturen referiert hat oder es wagte, eine inverse Endoprothese bei Patienten unter dem 75. Lebensjahr zu implantieren. Eine gewisse Skepsis und Zurückhaltung ist bei neuen und insbesondere extraanatomischen Therapieformen natürlich immer richtig und im Sinne der Qualitätssicherung erforderlich. Dennoch ist es dem Mut und der Überzeugung einiger Pioniere der europäischen Schulterchirurgie zu verdanken, dass wir heutzutage die Indikationen der inversen Endoprothese relativ klar definieren, unsere Patienten über Langzeitergebnisse informieren und die möglicherweise auftretenden Komplikationen auch zielführend behandeln können.

Obwohl die Ergebnisse der anatomischen Endoprothesen bei korrekter Indikationsstellung exzellent sind, stellt die Glenoidlockerung von zementierten Polyethylenkomponenten im Langzeitverlauf ein weiterhin ungelöstes Problem dar. Das Grammont-Konzept der inversen Schulterendoprothetik mit Me-

dialisierung und Kaudalisierung des Drehzentrums erzielt in Abhängigkeit der Diagnose erstaunliche 10-Jahres-Überlebensraten von um die 90 %. Müssen wir heutzutage davon ausgehen, dass inverse Endoprothesen längere Standzeiten aufweisen als anatomische Endoprothesen? Eine Überlegung, die auf den zweiten Blick gar nicht mehr so abwegig erscheint. Ich finde diese Beobachtungen auch deshalb so erstaunlich, weil in den erwähnten Langzeitstudien natürlich auch die Lernkurven verschiedener Operateure und die bekannten Nachteile einer Medialisierung und Kaudalisierung des Drehzentrums der inversen Endoprothese einfließen.

Die Zukunft wird zeigen, ob wir mit den neuen Technologien und modernen Implantaten bzw. Konzepten die klinischen und radiologischen Ergebnisse nachhaltig verbessern und zugleich die Standzeit verlängern können. Die Messlatte liegt hoch!

Es ist mir eine besondere Freude, mit vielen von Ihnen die zukünftige Entwicklung in der inversen Endoprothetik klinisch und akademisch weiter voranzutreiben und das Outcome für unsere Patienten nachhaltig in den kommenden Jahrzehnten zu optimieren.

In diesem Sinne möchte ich mich ganz herzlich bei den Autoren des vorliegenden Themenhefts für die exzellenten Beiträge bedanken und wünsche ich Ihnen viel Freude bei der Durchsicht.

Ihr

Prof. Dr. med. Markus Scheibel

Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. med.
Markus Scheibel**
Centrum für Muskuloskeletale
Chirurgie (CMSC), Charité-
Universitätsmedizin Berlin
Augustenburgerplatz 1,
13353 Berlin, Deutschland
markus.scheibel@charite.de

Interessenkonflikt. M. Scheibel gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.