

# Schulterinstabilität



## Update Fachwissen

Abt. Orthopädie und Sporttraumatologie

Eine Schulterinstabilität liegt bereits nach der ersten Schulterluxation vor. Diese kann traumatisch oder habituell sein. Nach Reposition und radiologischer Kontrolle sollte zeitnah eine MRT Diagnostik erfolgen, um das Ausmaß der weichteiligen Verletzungen festzustellen. Der posttraumatische Gelenkerguß ermöglicht eine bessere Befundung und bedarf bei kleineren Schäden keiner Kontrastmittelgabe.

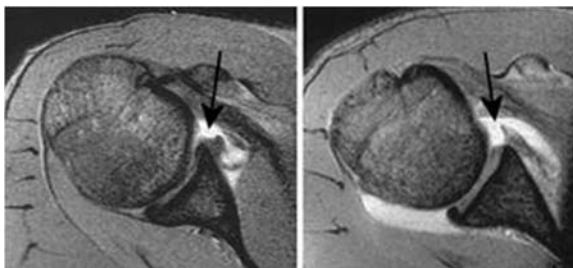


Abb 1: weichteilige Bankartläsion ohne Hill-Sachs Delle



Abb 2: knöcherne Bankartläsion mit kleiner Hill – Sachs Delle.

Ist im Röntgenbild (a.p.) die Hill-Sachs Delle sichtbar, oder bei Verdacht einer knöchernen Bankart – Läsion sollte ggf. mittels CT kontrolliert werden. Nach Erstluxationen sollte grundsätzlich eine anatomische Rekonstruktion der verletzten Strukturen im Vordergrund des

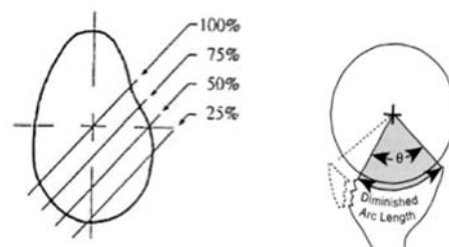
operativen Focus stehen. Die Größe der Hill Sachs-Delle und knöcherner Bankart-Läsionen können allerdings den Operateur vor nicht zu lösende Problematiken stellen, da es sich um ein Fehlen von Knochensubstanz handelt.

Bei chronischen Instabilitäten mit spontanen Luxationen sind zwei relevante radiologische Meßmethoden zu berücksichtigen.

1) Ab 25% ventralem Glenoidsubstanzverlust besteht die Indikation zur knöchernen Augmentation. Zur exakten Evaluation sollte eine 3D Rekonstruktion der Gelenkfläche mit Subtraktion des Humeruskopfes durchgeführt werden.



Abb 3: alte teils resorbierte knöcherne Bankart-Läsion



Itoi et al. JBJS Am 200 Jan;82(1):35-46

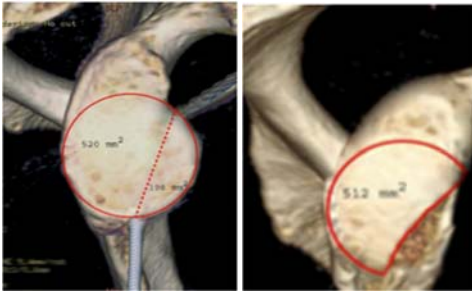


Abb 4: Hantes et al: Arthroscopy 2010: 3D Rekonstruktion der Gelenkfläche.

2) Ein weiterer Faktor der Instabilität aufgrund der knöchernen Substanzdefekte ist das „Engaging“, Einhaken des Oberarmkopfes in Aussenrotation und Abduktion am ventralen Gelenkrand durch die Größe und Lokalisation der Hill-Sachs Delle in Relation zum Durchmesser der Glenoidfläche.  
(> 84% -> Engaging)

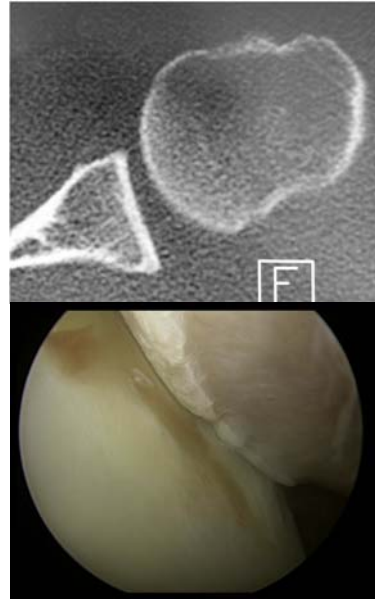
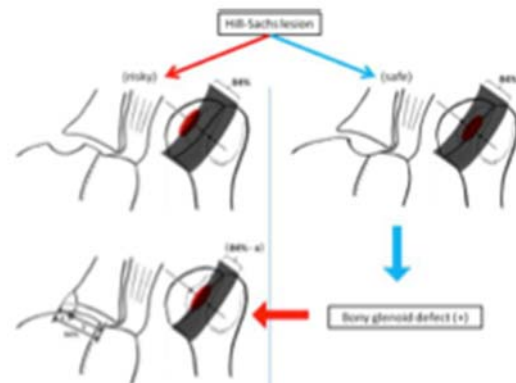


Abb 5,6: CT mit intaktem Glenoid, großer Hill-Sachs Delle. Die Arthroskopie zeigt in Aussenrotation und Abduktion das „Engaging“.



Um eine potentielle Fehlerquelle der Untersucher (aufgrund der Komplexität der Einteilungen n. Gerber oder der Stanmore Klassifikation) zu minimieren, bietet sich der „**Instability Severity Index Score**“ (**ISIS**) als effektive Hilfestellung in der Operationstechnikauswahl an. (Balg F, Boileau P:2007;89-B:1470-1477)  
Hierbei wird ein Punktesystem verwendet, welches sich durch die Befragung, klinische Untersuchung und Röntgendiagnostik auf die zu wählende Operationstechnik auswirkt.

**ISIS (Balg F, Boileau P:2007)**

Prognostische Faktoren	Punktezahl
Alter	
<20 Jahre	2
> 20 Jahre	0
Grad der Sporttätigkeit	
Wettkampfsport	2
Freizeit /kein Sport	0
Sportart	
Kontaktsport oder Überkopfsport	1
Andere	0
Schulter – Hyperlaxizität	
Schulterhyperlaxizität (ant. oder inf.)	1
Normal	0
Hill-Sachs auf a.p. Röntgen sichtbar	
Sichtbar in Aussenrotation	2
Nicht sichtbar in Aussenrotation	0
Glenoidsubstanzverlust a.p. Röntgen	
Konturunregelmäßigkeit	2
unauffällig	0
<b>Gesamtpunkte</b>	<b>10</b>

**≤ 6 Punkte → Arthroskopische Bankart – Operation (Kapselraffung)**

**≥ 7 Punkte → Arthroskopische Operation n. Latarjet**