



*Kompetenz Schulter*  
**Schulterinstabilität**



**KLINIKUM  
WELS-GRIESKIRCHEN**

Eine Einrichtung der  
Kreuzschwestern und Franziskanerinnen

**Akademisches Lehrkrankenhaus** der medizinischen Universitäten Wien und Innsbruck sowie der Paracelsus  
medizinische Privatuniversität Salzburg

Grundsätzlich ist eine traumatische Instabilität von einer atraumatischen Instabilität zu unterscheiden.

## **Traumatische** (= unfallbedingte) Schulterluxation

In 95% der Fälle handelt es sich um eine vordere Luxation (Bild 1), in nur 5% um eine hintere Luxation. Hintere Luxationen treten vor allem nach einem cerebralen Krampfanfall, im Rahmen von Stromunfällen und auch im Rahmen von Hochrasanztraumen (Verkehrsunfälle) auf. Im Rahmen der traumatischen Schultererstluxation entstehen Begleitschäden, welche das Wiederauftreten von Luxationen begünstigen (sog. Rezidivluxationen).

Dazu zählt man folgende Schäden:

- Hill Sachs Läsion oder Hill Sachs Delle (=Impression am dorsolateralen Oberarmkopf)
- sog. Bankartläsion = knöcherne Knochenabsprengung am vorderen unteren Schulterpfannenrand oder Abriss der Schultergelenkklippe (= Labrumläsion) am vorderen unteren Pfannenrand
- Kapselüberdehnung
- Riss der glenohumeralen Bänder wie z.B. die sogenannte HAGL Läsion (humerusseitiger Riss des unteren glenohumeralen Bandes).
- Bei hinteren Luxationen die sog. reverse Hill Sachs Läsion, eine dorsokaudale Labrumläsion oder auch ein dorsokaudaler Pfannenrandbruch.

## **Therapie**

Im Rahmen der Erstversorgung erfolgt die Reposition nach Arlt, anschließend Ruhigstellung im Verband. Nach neueren Untersuchungen hat sich eine Verbandanordnung in leichter Außenrotation bewährt – Ultrasling ER Verband für 3 Wochen.

Eine Operation ist notwendig bei

- Rezidivluxationen
- Schultererstluxation bei Patienten jünger als 20 Jahre
- Relative OP Indikation bei Patienten zwischen 20 und 30 Jahren

Bei Patienten, die älter als 30 Jahre alt sind und traumatischer Schultererstluxation wird primär eine konservative Behandlung mittels Ruhigstellung im Verband für 3 Wochen und anschließender Physiotherapie ( stabilisierende Übungen) durchgeführt. Im Falle einer notwendigen Operation wird diese in den meisten Fällen arthroskopisch in minimal invasiver Technik durchgeführt (Bild 2). In komplexen Fällen wie bei Rezidivverrenkungen bei voroperierten Patienten werden offene Stabilisierungsoperationen wie z.B. J-Spanplastik,

Operation nach Latarjet und Glenoidaufbau mittels eines Knochenspanes durchgeführt (Bild 3).

Bei Patienten, die älter als 40 sind stellt die Subscapularissehnenruptur eine wichtige Begleitverletzung der Schulterluxation dar und muss ausgeschlossen werden (Sonographie). Bei Vorliegen einer Subscapularissehnenruptur ist die Operation angezeigt.

### **Multidirektionale Instabilität - atraumatische Luxation**

Es handelt sich dabei um Patienten mit einer generalisierten Gelenk laxizität. Diese Patienten zeigen häufig auch eine Überstreckbarkeit von Fingergelenken, Ellbogen und Knie. Es findet sich eine Instabilität in mehr als einer Richtung, also nicht nur nach vorne, sondern auch nach hinten und unten. Multidirektionale Instabilitäten sind häufig bilateral, d.h. auch auf der Gegenseite findet sich eine Instabilität.

### **Klinische Untersuchung**

- positiver Load and Shift Test nach ventral und dorsal
- positives Sulcus Sign

### **Therapie**

#### **Konservativ!**

- Physiotherapie (oberarmkopf- und scapulastabilisierende Übungen)

Nur in seltenen Fällen ist nach fehlgeschlagener konservativer Therapie eine Operation notwendig.



Bild 1: Röntgen einer vorderen Schulterverrenkung

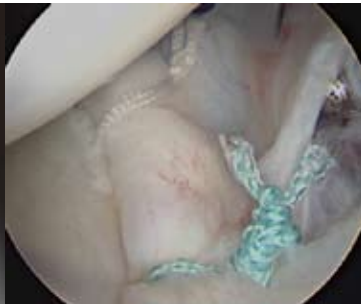


Bild 2: arthroskopische Refixation der abgerissenen Schultergelenkklippe



Bild 3: offene Bankartoperation und Glenoidaufbau mittels eines Knochenspanes vom Beckenkamm

## **Interdisziplinäre Kompetenzambulanz Schulter**

Abteilung für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie

Abteilung für Unfallchirurgie

Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH

**Bettentrakt 3 (blaue Markierung) 2. Stock**

Grieskirchner Straße 42

4600 Wels

[www.schulterkompetenz.at](http://www.schulterkompetenz.at)

Termine gegen Anmeldung unter: 07242/415-3602

Die Kompetenzambulanz Schulter ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von:

- Orthopädie
- Physikalische Medizin
- Unfallchirurgie

### **Ihre Ansprechpartner:**



**OA Dr. Franz Unger**  
Unfallchirurgie



**OA Dr. Harald Göttel**  
Orthopädie

### **Leistungsspektrum:**

- Konservative Therapie
- Arthroskopische Schulterchirurgie
  - o Arthroskopische subacromiale Dekompression
  - o Arthroskopische Kapsellösung
  - o Arthroskopische laterale Clavicularesektion
  - o Arthroskopisch assistierte Osteosynthese von Frakturen
  - o Arthroskopische Rekonstruktionen (arthr. Slap, Bankart und RM Repair)
- Offene Schulterchirurgie
  - o Offene Rotatorenmanschettenrekonstruktion inkl. Muskeltransfers (Latissimus dorsi Transfer, Pectoralis major Transfer)
  - o Offene Stabilisierungsoperationen (Bankart OP, OP nach Bristow, OP nach McLaughlin)
  - o Osteosynthesen am Oberarm, Oberarmkopf, Schlüsselbein und Schulterblatt
  - o Stabilisierungsoperationen am Schultergelenk (OP nach Weaver Dunn)
- Künstlicher Schultergelenkersatz
  - o Oberflächenersatz
  - o Schulterhemiprothese
  - o Schultertotalendoprothese
  - o Inverse Delta III Prothese
  - o Revisionsendoprothetik