

Arthroskopische Schulterstabilisierung mittels Fadenankern unter besonderer Berücksichtigung des tiefen anterior-inferioren Zugangs (5:30 Uhr)

Arthroscopic Stabilization of the Shoulder with Suture Anchors with Special Reference to the Deep Anterior-Inferior Portal (5.30 o'Clock)

Thomas Tischer, Stephan Vogt, Andreas B. Imhoff¹

Zusammenfassung

Operationsziel

Arthroskopische (Re-)Stabilisierung einer instabilen Schulter durch anatomische Refixation des abgerissenen Kapsel-Labrum-Komplexes mittels Fadenankern bzw. Reduktion eines weiten Kapselvolumens durch eine Kapselraffung.

Indikationen

Alle Formen der Schulterinstabilität (vordere, hintere, untere oder multidirektionale Instabilität). Revisionsstabilisierungen (auch nach primär offener Stabilisierung). Knöchernen Glenoiddefekte < 25% der Glenoidfläche. Läsionen des superioren Bizepssehnenankers (SLAP-Läsion).

Kontraindikationen

Alte knöchernen Glenoiddefekte > 25% der Glenoidfläche. Einhakende („engaging“) Hill-Sachs-Defekte: Knöchernen Defekte des Humeruskopfes, die bei hoher Außenrotation/Abduktion am vorderen Glenoidrand einhaken und dadurch zur Schulterluxation führen können. Knöchernen Ursachen wie z.B. deutlich vermehrte Glenoidretroversion/-anteversion oder Glenoiddysplasien (z.B. inverse Birnenform). Willkürliche Schulterluxation des jungen Patienten bis zum Wachstumsabschluss.

Operationstechnik

Diagnostische Arthroskopie und weiteres Vorgehen nach klinischem und intraoperativem Befund. Bei anterior-inferiorer Instabilität Anlage eines anterior-superioren Zugangs und Mobilisation des Labrums bzw. Anfrischen des Glenoids. Anlage eines tiefen anterior-inferioren Zugangs und Setzen der Anker in 5:30-, 4:30- und 3:00-Uhr-Position. Jeweils Durchziehen der Fäden durch den Kapsel-Labrum-Komplex und arthroskopisches Knoten derselben. Besonders wichtig ist die Rekonstruktion des inferioren glenohumeralen Ligaments. Läsionen des oberen Bizepssehnenankers bzw. hintere Labrumablösungen können in identischer Technik versorgt werden. Bei weitem Rotatorenintervall oder großem Kapselvolumen kann dieses durch eine Kapselraffung mit PDS-Faden verringert

Abstract

Objective

Arthroscopic (re)stabilization of the unstable shoulder by anatomic refixation of the detached capsulolabral complex with suture anchors or reduction of excessive capsule volume by capsule plication.

Indications

Any type of shoulder instability (anterior, posterior, inferior, or multidirectional instability). Revision stabilization (even after primary open stabilization). Bone defects affecting < 25% of the glenoid surface. Lesions of the superior biceps tendon anchor complex (SLAP lesion).

Contraindications

Preexisting bone defects of the glenoid affecting > 25% of the glenoid surface. “Engaging” Hill-Sachs defects: osseous defects of the humeral head that engage with the anterior glenoid rim in extreme external rotation/abduction and consequently lead to shoulder dislocation. Bone-related etiology, e.g., clearly increased glenoid retroversion/anteversion or glenoid dysplasias (e.g., inverse pear shape). Voluntary shoulder dislocation in young patients until the end of the growth period.

Surgical Technique

Diagnostic arthroscopy and additional procedures based on clinical and intraoperative findings. For anterior-inferior instability, an anterior-superior approach is made with mobilization of the labrum and decortication of the glenoid. Creation of deep anterior-inferior portal and insertion of the anchors in 5.30, 4.30 and 3.00 o'clock position. The sutures are pulled through the capsulolabral complex and tied arthroscopically. Reconstruction of the inferior glenohumeral ligament is especially important. Lesions of

Oper Orthop Traumatol 2007;19:133–54

DOI 10.1007/s00064-007-1199-1

¹Abteilung und Poliklinik für Sportorthopädie, Technische Universität München.