

Offener posterior-inferiorer Kapselshift zur Behandlung der atraumatischen hinteren Schulterinstabilität

Open Posterior-Inferior Capsule Shift for the Treatment of Atraumatic Posterior Shoulder Instability

Thomas Ambacher¹, Ulrich Holz²

Zusammenfassung

Operationsziel

Wiederherstellung einer stabilen Schultergelenkfunktion ohne Bewegungseinschränkung.

Indikationen

Atraumatische, rezidivierende hintere Luxationen oder Subluxationen bei ausgedehntem Volumen der hinteren Gelenkkapsel ohne wesentliche knöcherne Glenoiddestruktion oder -dysplasie.

Zusätzliche Maßnahme bei traumatischer hinterer Instabilität nach Labrumrefixation oder Verschraubung eines hinteren Pfannenfragments.

Kontraindikationen

Kein Kapselshift als alleinige Maßnahme bei Glenoidhypoplasie und/oder Glenoidretroversion $> 15^\circ$ (relativ).

Multidirektionale Instabilität (relativ).

Ausschließlich willkürliche (psychogene) hintere Instabilität (relativ).

Operationstechnik

Seitenlagerung, Zugang nach Rockwood. Präparation der dorsalen Gelenkkapsel nach Spaltung der Außenrotatoren zwischen der Sehne des Musculus infraspinatus und des Musculus teres minor. T-förmige Inzision der Gelenkkapsel mit medialer Basis ca. 0,5–1 cm lateral des dorsalen Glenoidrandes. Anschlingen des kaudalen und kranialen Kapsellappens. Inspektion des dorsalen Labrums. Im Fall einer Labrumablösung anatomische Refixation des Labrums mit Fadenankern. Anschließend in Adduktion und ca. 20° Außenrotation Verschiebung des kaudalen Kapsellappens nach kranial und medial. Danach Verschiebung des kranialen Lappens nach kaudal und medial. Naht mit engmaschigen Vicryl-Nähten. Dadurch entstehen eine zentrale Doppelung und Raffung der dorsalen Kapsel mit Reduktion des pathologisch erhöhten Kapselvolumens. Nach schichtweisem Wundverschluss und sterilem Verband Anlage des präoperativ angefertigten Antirotationsgipsverbandes, der für 6 Wochen getragen werden sollte.

Abstract

Objective

Restoration of functional stability and full range of shoulder mobility.

Indications

Atraumatic, recurrent posterior dislocation or subluxation in cases of excessive posterior joint capsular volume without clinically relevant destruction of the glenoid or dysplasia.

Additional procedure for traumatic posterior instability after reattachment of the labrum or screw fixation of the posterior glenoid fragment.

Contraindications

Capsular shift should not be an isolated procedure in glenoid hypoplasia and/or glenoid retroversion $> 15^\circ$ (relative).

Multidirectional instability (relative).

Deliberate (psychogenic) posterior instability (relative).

Surgical Technique

Lateral decubitus position, Rockwood approach. Dissection of the posterior joint capsule after split of the external rotator muscles between the infraspinatus and teres minor. T-shaped incision of the posterior capsule with a medial base of about 0.5–1 cm lateral to the posterior glenoid rim. Retraction of the caudal and cranial capsular flaps. Inspection of the posterior labrum. If the labrum is detached, anatomic refixation of the labrum with suture anchors. The caudal flap is shifted cranially and medially in adduction and about 20° external rotation. The cranial flap is then shifted caudally and medially. Suture with close-meshed Vicryl sutures. This creates double-contouring centrally and plication of the posterior capsule with

Oper Orthop Traumatol 2007;19:170–84

DOI 10.1007/s00064-007-1201-y

¹Schulterchirurgie, Arcus Sportklinik Pforzheim,

²Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Katharinenhospital Stuttgart.