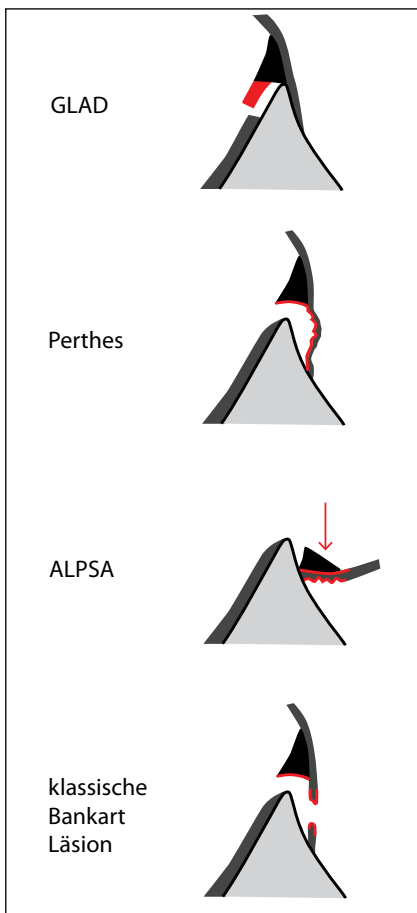


## Labrumläsionen



Der Begriff **„Bankart-Läsion“** ist eine allgemeine Bezeichnung für Verletzungen der anteroinferioren Labrumpartie mit Riß der ventralen Kapsel im Rahmen einer vorderen Schulterluxation. Sie erfolgt eventuell mit knöchernem Anteil (Abb. 2.155 bis 2.157).

Die häufigsten Labrumverletzungen sind anteroinferior lokalisiert. Für die Sonderformen werden einige Akronyme angeboten, die sich im Ausmaß und Schweregrad der Schädigung und den daraus resultierenden klinischen Konsequenzen unterscheiden:

- **GLAD-Läsion:** „glenoid-labral articular disruption“ = Abriß des Labrums zusammen mit einem Knorpelfragment, ohne Dislokation (Abb. 2.158, 2.159). Die Kapsel bleibt intakt und somit ist die Stabilität erhalten!
- **Perthes-Läsion:** Abriß des Labrums mit Abhebung des Periosts am Skapulahals, jedoch ohne Riß der Kapsel (Abb. 2.160 bis 2.163). Es besteht eine taschenartige Ausweitung der Gelenkkapsel. Da das Labrum in normaler Position liegen kann, ist die Untersuchung in ABER-Position mit Provokation einer Abhebung des Labrums hier äußerst hilfreich.
- **ALPSA-Läsion:** „anterior labroligamentous periosteal sleeve avulsion“ = Abriß des Labrums sowie des Periosts am Skapulahals mit Dislokation des Labrum entlang des Skapulahals nach medial. Kapsel intakt (Abb. 2.164).

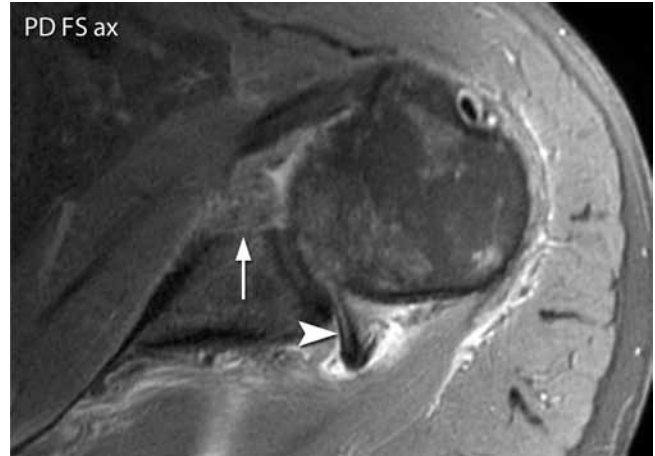
Manche Autoren heben noch den „extensiven anterioren Labrumriss“ als eigene Entität hervor. Es handelt sich hier um einen Riss vom Bizepsanker bis zum Ursprung des unteren glenohumeralen Ligaments. Somit Abriß aller drei anterioren glenohumeralen Bänder (Abb. 2.165). Die Läsion entspricht somit einer SLAP Variante.

Als Folge von Labrumläsionen können sich später **paralabrale Zysten** ausbilden (Abb. 2.166). Diese sind meist asymptomatisch, sofern sie nicht zu einer Druckschädigung benachbarter Nerven führen.

Posteriore Dislokationen führen zum entsprechenden Spektrum an posterioren Labrumläsionen (**„reverse Bankart“**) und zu einem **„reverse“ Hill-Sachs Defekt** (Abb. 2.167 bis 2.170). Als **POLPSA-Läsion** wurde die posteriore Variante der ALPSA-Läsion bezeichnet (**„posterior labrocapsular periosteal sleeve avulsion“**, Abb. 2.170). Diese seltene Läsion wird bei Sportlern mit hinterer Instabilität beobachtet. Die Kapsel bleibt intakt, das Labrum ist lediglich abgeschert.



**Abb. 2.155** Knöcherner Bankart-Läsionen mit schmalen knöchernem Defekt am Glenoid (Pfeil) und Dislokation des abgerissenen Fragments nach medial (Pfeilspitze).



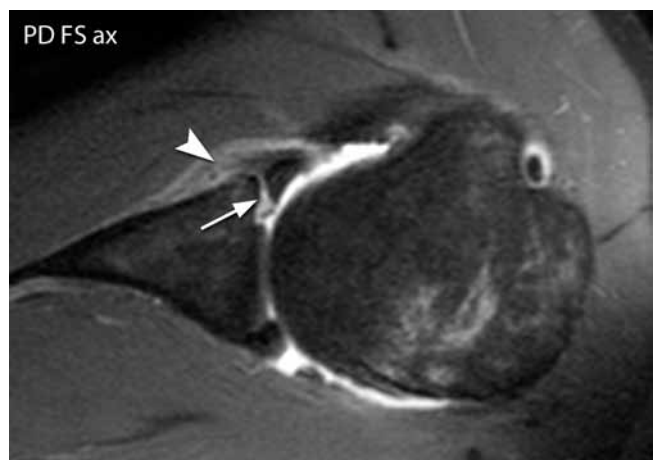
**Abb. 2.156** Knöcherner Bankart Läsion mit breitem Defekt (Pfeil) und Diskokation des Fragmentes nach dorsal (Pfeilspitze).



**Abb. 2.157** Klassische Bankart-Läsion mit Abriss des anteroinferioren Glenoidrandes (Pfeile). Die hier deutliche knöcherner Komponente ist am einfachsten in der CT erkennbar. Daher wäre der Nachweis kleiner knöcherner Komponenten, die der MR-Diagnostik leicht entgehen können, eine Indikation zur Durchführung einer CT. Allerdings wird die Relevanz dieser Befunde von klinischer Seite unterschiedlich angesehen.

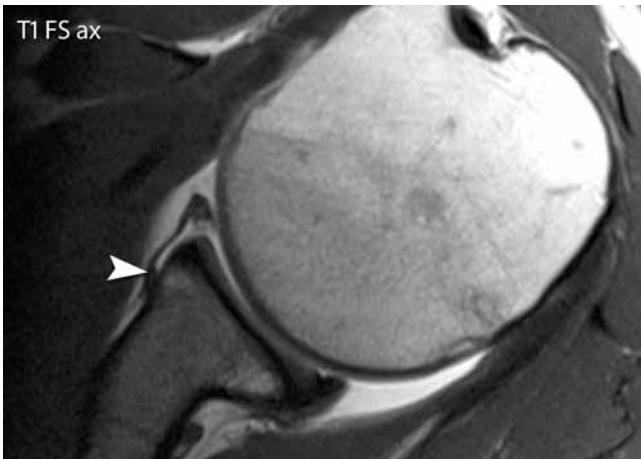


**Abb. 2.158** 16-jähriger Junge mit einer GLAD Läsion (Pfeil). Beachte die intakte Insertion der anterioren Gelenkkapsel (Pfeilspitze).



**Abb. 2.159** Auch hier findet sich ein Abriss des Labrums in Kombination mit einer Knorpelläsion (Pfeil). Der Befund entspricht dennoch nicht einer typischen GLAD Läsion, da zusätzlich das Periost gerissen ist (Pfeilspitze). Exakt wäre die Situation also als knorpelige Bankart Läsion mit angrenzender Knorpelfraktur zu beschreiben.

!

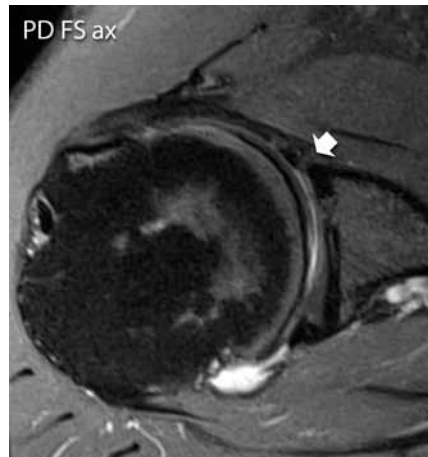


**Abb. 2.160** Bei der typischen Perthesläsion findet sich nur ein Labrumriss an dessen Basis. Keine Diskokation und vor allem keine Ruptur des Periosts (Pfeilspitze). Daher können Perthesläsionen ohne Arthrographie leicht übersehen werden.

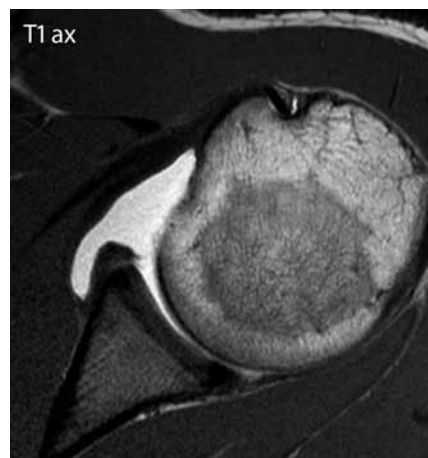


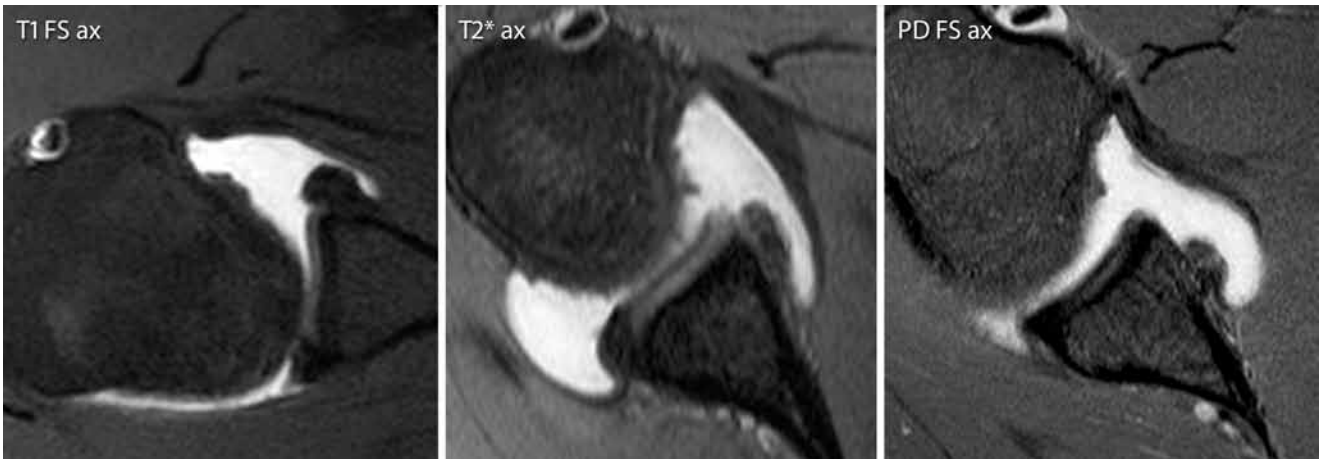
**Abb. 2.161** 28-jähriger Mann mit rezidivierenden Schulterluxationen und Perthes-Läsion. Die MR Arthrographie zeigt einen Kontrastmitteleintritt (Pfeil) bei intaktem Labrum und intaktem Periost (Pfeilspitze).

**Abb. 2.162** Die Erstuntersuchung (links) zeigt lediglich eine Signalinhomogenität an der Basis des anteroinferioren Labrums (kurzer Pfeil). In der MR Arthrographie 3 Wochen später Nachweis einer Kombination aus Perthes Läsion (Pfeil) mit Abriss des anterioren Labrums bei intaktem Periost (Pfeil) und zusätzlich angrenzender Knorpelläsion (Pfeilspitze) wie bei einer GLAD Läsion (Pfeilspitze).



**Abb. 2.163** Die Perthes Läsion ist trotz MR Arthrographie in Standardposition kaum erkennbar. In der ABER Position deutliche Verbreiterung des Spaltes an der Labrumbasis mit offensichtlichem Kontrastmitteleintritt (Pfeil)





**Abb. 2.164** Drei Beispiele von ALPSA Läsionen mit unterschiedlich deutlicher Labrumdislokation nach medial. Das Periost ist stets intakt, nur abgeschert und nach medial verschoben.



**Abb. 2.165** Langstreckiger Labrumabriss nach Schulterluxation. Die Pfeile zeigen den Labrumabriss über nahezu die gesamte Zirkumferenz, anteroinferior mit knöcherner Beteiligung.

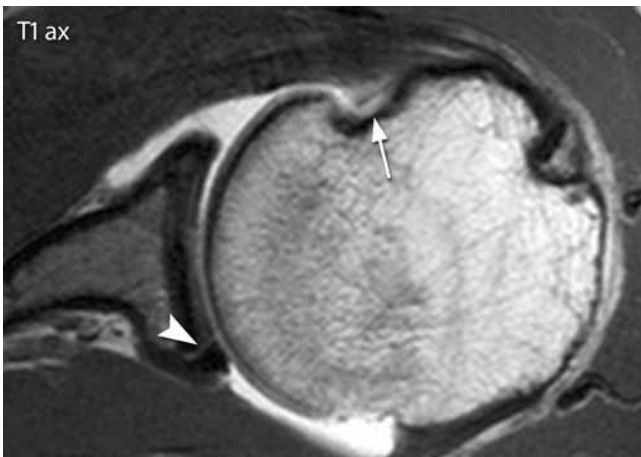
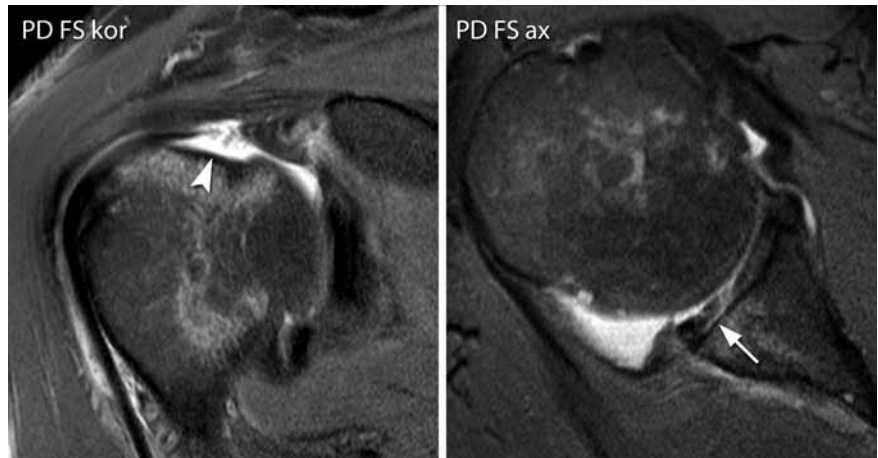


**Abb. 2.166** Asymptomatische paralabrale Zystenbildung angrenzend an einen umschriebenen Riss des posterioren Labrums (Pfeilspitze).

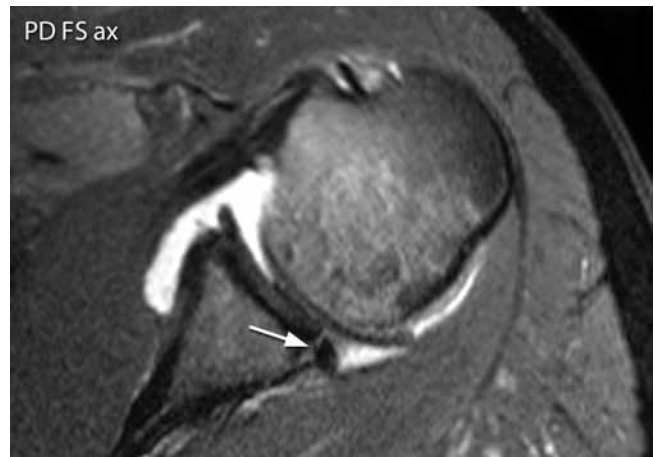
**Abb. 2.167** Posteriore Bankart-Läsion 2 Monate nach der Verletzung (links, Pfeil) und 3 Monate nach der Verletzung als direkte Arthrographie (rechts, Pfeilspitze).



**Abb. 2.168** 39-jähriger Mann 1 Woche nach hinterer Luxation mit posteriorer GLAD Läsion (Pfeil) und umgekehrtem Hill-Sachs Defekt (Pfeilspitze).



**Abb. 2.169** Langer, tiefer umgekehrter Hill Sachs Defekt (Pfeil) und posteriore Perthes Läsion mit sehr schmalen Flüssigkeitseintritt.



**Abb. 2.170** Posteriore Avulsion des Labrums mit Verschiebung nach medial („POLPSA“, Pfeil).

## Instabilität

Unter einer Schulterinstabilität versteht man in der Regel die Neigung zu Luxationen

- aufgrund einer habituellen Schwäche der Kapselstrukturen oder einer Dysplasie oder
- aufgrund einer vorangegangenen Verletzung des Labrums oder Glenoids.

Es gibt verschiedene Klassifikationssysteme der Instabilitätsformen. Relativ verbreitet ist die Unterscheidung zweier Typen (nach Matsen):<sup>87</sup>

- **atraumatische Instabilität:** konstitutionell aufgrund einer Kapsellaxizität oder Glenoidhypoplasie, multidirektional und oft bilateral (Abb. 2.198, 2.232),

**AMBRI:** atraumatic, multidirectional, bilateral, rehabilitation, inferior capsular shift

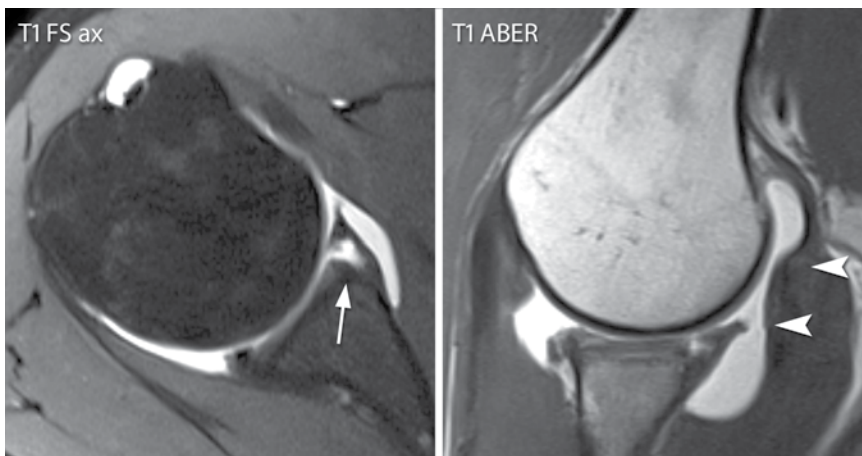
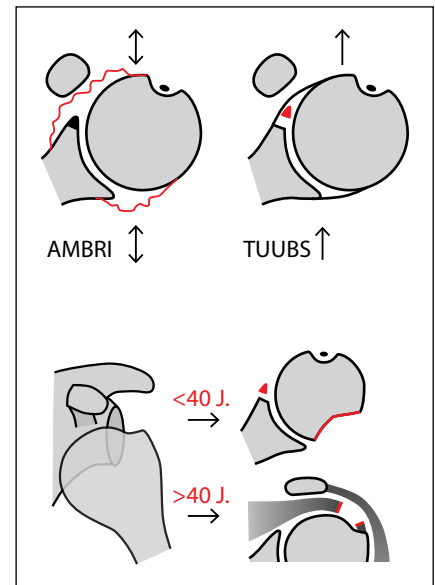
- **traumatisch bedingte Instabilität:** meist nach Luxation, Folge einer Verletzung von Glenoid und/oder Labrum und/oder glenohumeralen Ligamenten, unidirektional.

**TUUBS:** traumatic, unidirectional, unilateral, Bankart, surgery.

Bei einer Erstschulterluxation ist das typische Verletzungsmuster altersabhängig:

- bei < 40-jährigen: Bankart-Läsion und evtl. Hill-Sachs-Defekt,
- bei > 40-jährigen: RM-Ruptur bzw. Avulsionsfrakturen von Tuberculum majus oder minus.

Insbesondere rupturiert bei 1/3 der älteren Patienten bei anteriorer Dislokation die Subskapularissehne.



**Abb. 2.171** Habituelle Luxationen mit Perthesläsion anteroinferior (Pfeil). Beachte die fehlende Anspannung der anterioren Gelenkkapsel in der ABER-Position (Pfeilspitzen).



**Abb. 2.172** Chronischen Subluxationen nach dorsal führten hier zur Labrumdegeneration (Pfeil), Deformierung des Glenoids und Chondropathie. Zudem besteht eine Tendinopathie der Subskapularissehne (Pfeilspitze).