

Schulterchirurgie

Informationsbroschüre
für Patienten



**ORTHOPÄDISCHE
FACHKLINIK
SCHWARZACH**

Informationsbroschüre für Patienten mit Schmerzen oder Instabilität im Schultergelenk

Inhalt

Einleitung.....	3
Operationsvorbereitung und Nachbehandlung .	4
Aufbau des Schultergelenkes	5
Gelenkspiegelung (Arthroskopie)	6
Enge unter dem Schulterdach (Impingementsyndrom)	6
Kalkherd in der Sehne (Tendinosis calcarea)...	8
Sehnenriss im Schultergelenk	10
Instabilität des Schultergelenkes	12
Verschleiß des Schultergelenkes (Arthrose)....	14

Orthopädische Fachklinik Schwarzach

Dekan-Graf-Straße 2-6 · 94374 Schwarzach

Tel: 09962 209-0 · Fax: 09962 209-525

E-Mail: orthopaedie@ofks.de

Internet: www.klinik-schwarzach.de

Träger: Pfarrer-Michael-Graf-Stiftung, Schwarzach

Chefarzt: Dr. med. Karl Traimer

Abteilung Arthroskopie und Schulterchirurgie

Stiftungsvorstandsvorsitzender/Geschäftsführender

Verwaltungsleiter: Dipl.-Kfm.(Univ.) Michael Trotz

Einleitung

Zahlreiche Menschen leiden unter Schulterschmerzen oder einer eingeschränkten Schulterbeweglichkeit. Manche Patienten wiederum klagen über eine Instabilität des Schultergelenkes bis hin zum regelmäßigen Auskugeln des Gelenkes.

Ziel dieser Broschüre ist es, Ihnen die Ursachen und Operationstechniken der häufigsten Schultererkrankungen zu erläutern.

In unserem Haus bieten wir nahezu das gesamte Spektrum der Schulterchirurgie und somit auch die im folgenden aufgeführten Techniken an. Für eine individuelle Beratung stehen wir Ihnen im Rahmen unserer Schultersprechstunde gerne zur Verfügung.



Dr. med. Karl Traimer
Chefarzt der Orthopädischen Fachklinik

Operationsvorbereitung und Nachbehandlung

Wenn Sie einen Operationstermin oder eine ambulante Vorstellung zur Festlegung des notwendigen Operationsverfahrens wünschen, so nehmen Sie bitte Kontakt mit unserem Sekretariat auf. (Telefon: 09962/209-571)

Vor der Operation sollte Ihre Narkose- und Operationsfähigkeit überprüft werden.

Hierzu werden in der Regel durch uns oder Ihren Hausarzt ein EKG und Blutuntersuchungen durchgeführt. Blutverdünnende Medikamente (ASS, Marcumar) müssen häufig, ebenso wie manche Diabetesmedikamente (Metformin) einige Tage vor der Operation ausgetauscht oder abgesetzt werden – dies erfolgt in Absprache mit Ihrem Hausarzt.

Bei Zweifeln an der Narkosefähigkeit besteht die Möglichkeit, einen Vorstellungstermin bei unseren Narkoseärzten zu vereinbaren, um mit diesen anhand der Unterlagen des Hausarztes das Operationsrisiko zu besprechen.

Einfache Schultergelenksspiegelungen werden in der Regel ambulant durchgeführt, größere arthroskopische Operationen und offene Schultereingriffe erfordern mitunter aber auch einen Krankenhausaufenthalt von einigen Tagen.

Nach der Operation dürfen Sie je nach Narkoseverfahren und operativem Eingriff noch am Op-Tag, spätestens jedoch am ersten Tag nach der Operation aufstehen. Die Entlassung erfolgt bei reizlosen Wundverhältnissen und ausreichender Mobilität.

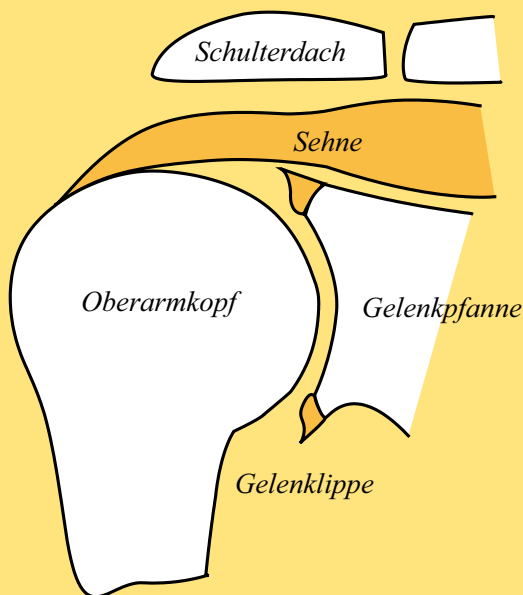
Ihr Hausarzt, der niedergelassene Orthopäde oder (Unfall-) Chirurg übernehmen in der Regel die Weiterbehandlung. Kontrolluntersuchungen in unserer Schulterprechstunde sind nach Rücksprache jederzeit möglich.

Aufbau des Schultergelenkes

Schultergelenkspfanne, Oberarmkopf und Schulterdach bilden den knöchernen Anteil des Schultergelenkes. Eine knorpelige Gelenkklippe sowie ein Mantel aus Muskeln, Sehnen und Bändern umgeben das knöcherne Schultergelenk, führen und stabilisieren es. Ein Teil dieser Sehnen gleitet bei jeder Bewegung des Gelenkes unter das Schulterdach.

Nur ein optimales Zusammenspiel aller Anteile des Schultergelenkes ermöglicht eine schmerzfreie und stabile Beweglichkeit des Gelenkes und somit auch des Armes in allen Richtungen.

Wird dieses Zusammenspiel durch Verschleiß oder durch eine Verletzung gestört, führt dies zu Schultergelenksschmerzen, einer Bewegungseinschränkung des Armes oder zu einer Schultergelenksinstabilität.



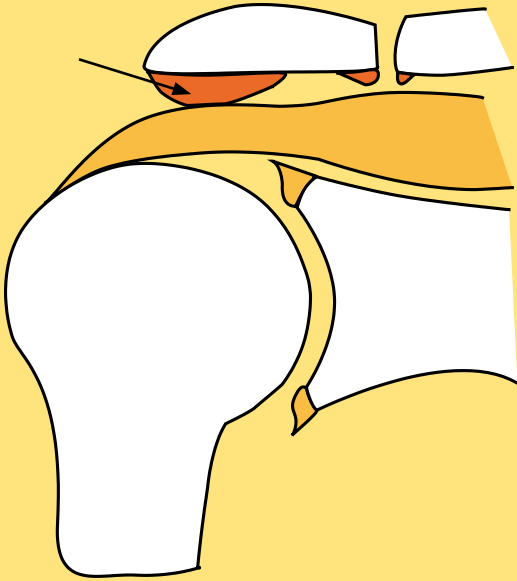
Gelenkspiegelung (Arthroskopie)

Bei einer Arthroskopie wird in Narkose über einen 1 cm langen Hautschnitt eine kleine Staboptik in das Schultergelenk eingeführt. An diese ist eine Kamera angeschlossen. Mit dieser Kamera können kleinste Verletzungen oder Veränderungen aufgrund einer starken Vergrößerung erkannt und über einen oder mehrere weitere 1 cm lange Hautschnitte mit winzigen Instrumenten behandelt werden. Da Muskeln, Sehnen und Bänder kaum verletzt werden, heilen die Wunden schnell und der Operationsschmerz klingt rasch ab.

Leider können nicht alle Erkrankungen des Schultergelenkes rein arthroskopisch behandelt werden. So kann vereinzelt die Öffnung des Gelenkes durch einen langen Hautschnitt mit Durchtrennung der Muskeln, Sehnen und Bänder erforderlich werden.

Enge unter dem Schulterdach (Impingementsyndrom)

Das Impingementsyndrom entsteht meist durch eine Enge unter dem Schulterdach. Diese kann durch knöchernen Anbauten des Schulterdaches selbst, aber auch durch eine Veränderung der Sehnenstruktur im Rahmen eines Verschleißprozesses entstehen. Letztlich entsteht durch Reiben der Sehne unter dem Schulterdach eine chronische Entzündung. Ein Verschleiß der Sehne bis hin zum Riss der Sehne wird begünstigt. Die chronische Entzündung führt zu Bewegungsschmerzen im Schultergelenk, oft auch zu nächtlichen Schmerzen.



Operationstechnik

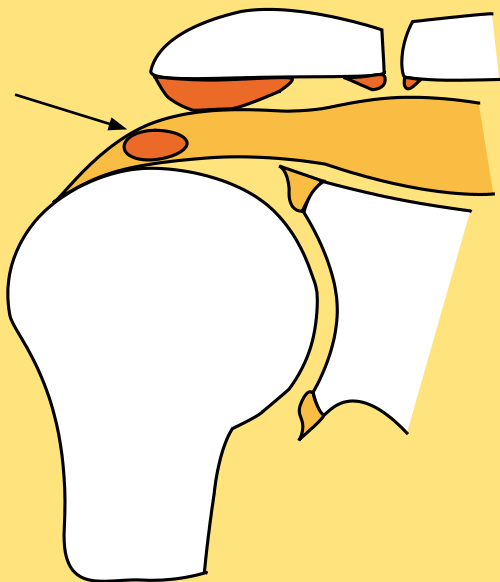
Nach arthroskopischer Beurteilung des Gelenkes wird das entzündete Gewebe unter dem Schulterdach entfernt, knöcherne Anbauten des Schulterdaches werden abgeschliffen und die Sehne wird, sofern erforderlich, geglättet.

Nachbehandlung

Bereits am Tag nach der Operation kann das Schultergelenk und damit der Arm je nach Wundschmerz bewegt werden. In der Regel ist das Schultergelenk mit Hilfe krankengymnastischer Übungsbehandlung nach 2-3 Wochen wieder voll beweglich und schmerzfrei.

Kalkherd in der Sehne (Tendinosis calcarea)

Mitunter sieht man auf dem Röntgenbild der Schulter einen so genannten Kalkherd. Dieser entsteht durch Umbauprozesse im Sehngewebe und kann beachtliche Größen erreichen. Häufig verursacht ein solcher Kalkherd keine wesentlichen Beschwerden und löst sich nach Monaten bis Jahren selbst wieder auf. Zuweilen führt er aber auch zu einer Entzündung oder zu einer Enge unter dem Schulterdach mit entsprechenden starken Bewegungsschmerzen im Schultergelenk sowie starken nächtlichen Schmerzen.



Operationstechnik

Nach arthroskopischer Beurteilung des Gelenkes wird das entzündete Gewebe unter dem Schulterdach entfernt und knöcherne Anbauten des Schulterdaches werden abgeschliffen. Ein kleiner Kalkherd, welcher sich bereits im Stadium der Auflösung befindet, wird mehrfach mit einer Nadel eingestochen. Dadurch wird die Auflösung des Herdes beschleunigt. Ein großer Kalkherd wird arthroskopisch oder durch einen ca. 3 – 4 cm langen Schnitt möglichst vollständig aus der Sehne entfernt.

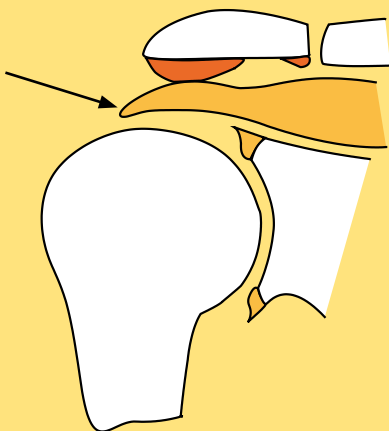
Nachbehandlung

Bereits am Tag nach der Operation kann das Schultergelenk und somit der Arm je nach Wundschmerz bewegt werden. In der Regel ist das Schultergelenk mit Hilfe krankengymnastischer Übungsbehandlung nach einigen Wochen wieder voll beweglich und schmerzfrei.

Sehnenriss im Schultergelenk

Ein Sehnenriss im Schultergelenk entsteht meist durch einen jahrelangen Verschleiß des Sehnengewebes am knöchernen Sehnenansatz. Der Riss selbst wird häufig nicht bemerkt, die Beweglichkeit der Schulter und des Armes ist nicht wesentlich eingeschränkt. Erst nach Monaten treten zunehmende Schmerzen im Schultergelenk auf.

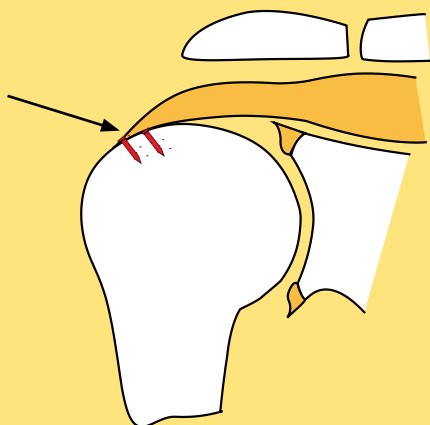
Wird das Sehnengewebe hingegen durch einen Sturz oder eine Verrenkung der Schulter verletzt, kann der Arm aufgrund der Schmerzen und der Sehnenverletzung zunächst nicht mehr angehoben werden. Die Beweglichkeit des Armes bessert sich meist innerhalb einiger Wochen, mitunter bleiben aber Schulterschmerzen zurück.



Operationstechnik

Die meisten Sehnenverletzungen können arthroskopisch behandelt werden. Nach arthroskopischer Beurteilung des Gelenkes wird das entzündete Gewebe unter dem Schulterdach entfernt und knöchernen Anbauten des Schulterdaches werden abgeschliffen. Dann wird die Sehne mit Fadenankern wieder am Knochen befestigt.

Ausgedehnte Sehnenverletzungen lassen sich in der Regel nur unzureichend arthroskopisch versorgen.



Aus diesem Grund wird das Schultergelenk nach arthroskopischer Beurteilung, Entfernung des entzündeten Gewebes unter dem Schulterdach und nach Abtragen

der knöchernen Anbauten am Schulterdach mit einem ca. 4 bis 6 cm langen Hautschnitt eröffnet. Die gerissenen Sehnen werden dann mit Nähten oder Fadenankern wieder am Knochen befestigt.

Nachbehandlung

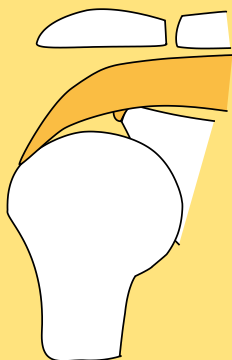
Die Schulter und der Arm werden für 6 Wochen ruhiggestellt. In dieser Zeit darf nur der Krankengymnast das Schultergelenk und den Arm in bestimmte Richtungen bewegen. Unterstützend kommt eine passive Mobilisation auf einer Motorschiene zum Einsatz. Erst nach 6 Wochen kann, nach Heilung der Sehne, mit der selbstständigen Beübung der Schulter und des Armes begonnen werden.

Durch Rehabilitationsmaßnahmen kann die Wiedererlangung der normalen Schulterfunktion beschleunigt werden. Nach 3 bis 4 Monaten ist die Schulter und somit der Arm in der Regel wieder vollständig beweglich.

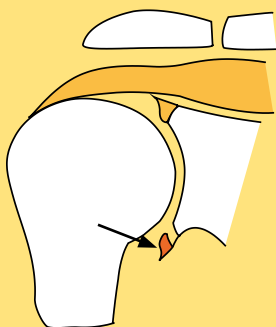
Instabilität des Schultergelenkes

Die Instabilität des Schultergelenkes bis hin zu regelmäßigen Verrenkungen des Gelenkes kann angeboren oder durch einen Unfall entstanden sein. Ist sie angeboren sind die Bänder des Schultergelenkes derart dehnbar, dass sie dem Oberarmkopf keinen ausreichenden Halt geben.

Der Oberarmkopf gleitet auf der Schultergelenkpfanne in alle Richtungen und kann die Gelenkpfanne bei bestimmten Bewegungen vollständig verlassen. Das Schultergelenk ist dann „ausgekugelt“, kann aber meist selbstständig wieder eingerenkt werden. Gewebe wird hierbei selten verletzt. Eine Operation ist meist nicht Erfolg versprechend.



Bei einem unfallbedingten Auskugeln des Gelenkes wird in der Regel die knorpelige Gelenkklippe vom Knochen abgetrennt, teilweise wird auch der Knochen selbst verletzt.

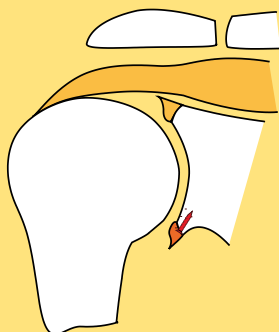


Das Gelenk muss in der Regel durch einen Arzt, evtl. in Narkose, eingerenkt werden. Diese Schultergelenksverletzungen können wiederholte Verrenkungen der Schulter auch nach Jahren verursachen.

Je jünger der Patient ist, desto eher sollten diese Verletzungen operativ behandelt werden.

Operationstechnik

Nach arthroskopischer Beurteilung des Gelenkes wird die abgerissene Gelenkklippe mit Fadenankern wieder am Knochen befestigt. Die überdehnte Gelenkkapsel wird falls erforderlich



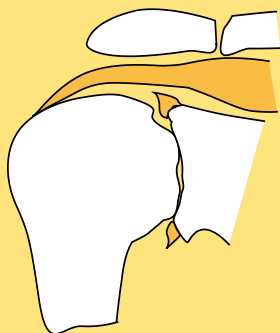
gerafft oder gedoppelt. Nur selten ist bei sehr alten Verletzungen mit seit Jahren auftretenden Verrenkungen der Schulter die Eröffnung des Schultergelenkes über einen ca. 6 cm langen Hautschnitt erforderlich.

Nachbehandlung

Die Schulter und der Arm werden für 2 – 4 Wochen mit Hilfe einer Bandage ruhig gestellt. Nur der Krankengymnast darf das Schultergelenk und den Arm in bestimmte Richtungen bewegen. Erst nach 6 Wochen kann, nach Heilung der Gelenkklippe, mit der selbstständigen Beübung der Schulter und des Armes in sämtlichen Richtungen begonnen werden. Nach 12 Wochen ist die Schulter und somit der Arm in der Regel wieder vollständig beweglich.

Verschleiß des Schultergelenkes (Arthrose)

Im Laufe des Lebens entwickelt sich eine zunehmende Abnutzung des Schultergelenkes. Die den Knochen bedeckende Knorpelschicht dünnt aus, der Knochen verändert seine Struktur, das Sehngewebe wird mürbe und reißt. Die langsam fortschreitende Gelenkzerstörung führt über Jahre zu zunehmenden Bewegungsschmerzen und nächtlichen Schmerzen im Schultergelenk.

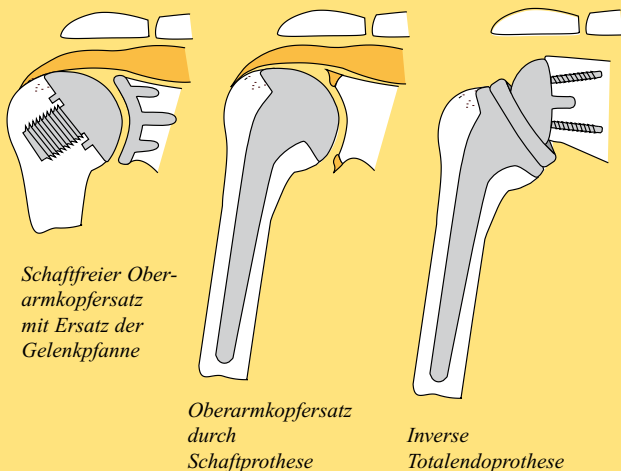


Operationstechnik

Bei fortgeschrittener Gelenkzerstörung bleibt letztlich nur die Möglichkeit das Gelenk „zu ersetzen“. Hierzu stehen unterschiedliche Prothesenmodelle zur Verfügung, je nach dem Ausmaß der Zerstörung von Oberarmkopf, Schultergelenkpfanne und Sehnenplatte (sog. Rotatorenmanschette).

Das Schultergelenk wird über einen 10 bis 12 cm langen Hautschnitt eröffnet. Noch vorhandenes Sehngewebe wird hierbei soweit möglich erhalten. Die zerstörten Knochenoberflächen werden entfernt und durch im Knochen verankerte Prothesenkomponenten ersetzt. Hierzu kommen in der Regel Kombinationen aus Metall und Kunststoff zum Einsatz.

Sowohl der Oberarmkopf als auch die Gelenkpfanne können so „ersetzt“ werden. Die genaue Art der Prothesenversorgung hängt von verschiedenen individuellen Faktoren ab (Patientenalter, Knochenqualität, Zustand der Sehnen und Bänder, Erwartungshaltung des Patienten) und wird im Vorfeld der Operation in unserer Schulter-Sprechstunde mit den Patienten ausführlich besprochen.



Nachbehandlung

Die Schulter und der Arm werden ruhiggestellt. Zunächst darf nur der Krankengymnast das Schultergelenk und den Arm in bestimmte Richtungen bewegen. Nach und nach kann mit der selbstständigen Beübung der Schulter und des Armes begonnen werden. Durch zusätzliche Rehabilitationsmaßnahmen kann das Behandlungsergebnis optimiert werden. In der Regel kann durch den endoprothetischen Gelenkersatz eine deutliche Schmerzlinderung und häufig sogar eine Schmerzfreiheit erreicht werden bei deutlich verbesserter oder sogar freier Schulterbeweglichkeit.



... und so finden Sie uns

