

Patienteninformation Schultererkrankungen und -verletzungen



Prof. Dr. Johannes Holz, Dr. Stefan Schneider,
Dr. Ansgar Ilg, Prof. Dr. Nils Hansen-Algenstaedt

Orthopädie
Endoprothetik
Sporttraumatologie
Kompetenzzentrum Knorpelchirurgie
Wirbelsäulenchirurgie

Die Schulter

Das Schultergelenk besitzt im Vergleich zu anderen Gelenken des Bewegungsapparates den größten Bewegungsumfang. Es besitzt keine knöcherne Führung, sondern wird in erster Linie durch Kapseln, Bänder, Sehnen und Muskeln geführt. Seine Stabilität erhält es durch ein kompliziertes Zusammenspiel dieser Strukturen. Dies macht die Schulter zum einen frei beweglich, zum anderen aber auch besonders verletzungsanfällig.



Die gesunde Schulter



Die arthrotische Schulter



Prof. Dr. Holz



Dr. Schneider

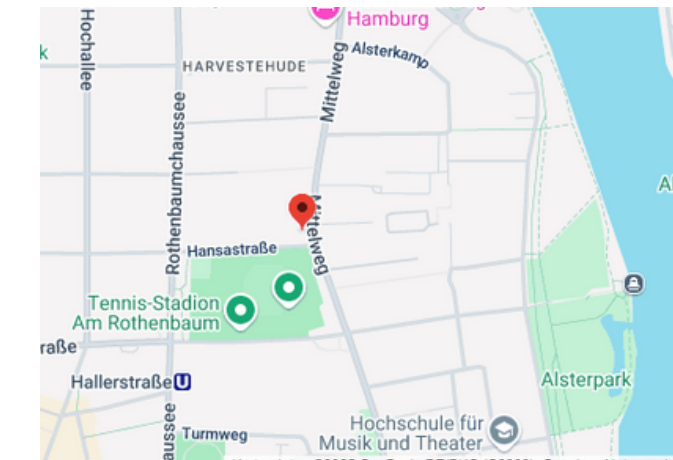


Dr. Ilg



Prof. Dr. Hansen-
Algenstaedt

Hier finden Sie uns



Öffentliche Verkehrsmittel:

U-Bahn: U1 Hallerstraße

Bus: 115 Hallerstraße, 109 Sophienterrasse

OrthoCentrum Hamburg

Prof. Dr. Johannes Holz,
Dr. Stefan Schneider, Ansgar Ilg,
Prof. Dr. Nils Hansen-Algenstaedt
Hansastraße 1-3, 20149 Hamburg
Tel.: 040 - 44 36 39,
E-Mail: info@oc-h.de

Termine über Doctolib



Paracelsusklinik Henstedt-Ulzburg
Wilstedter Straße 134
24558 Henstedt-Ulzburg

Weitere Informationen erhalten Sie unter:
www.orthocentrum-hamburg.de

Nachbehandlung

Durch die von uns durchgeführten arthroskopischen, also minimalinvasiven, Schultereingriffe können die Patienten früher als nach offenen Schulteroperationen rehabilitiert werden.

Bei nicht-rekonstruktiven Eingriffen wie der subakromialen Dekompression oder der Kalkentfernung werden die Patienten unmittelbar nach dem kurzstationären Aufenthalt von einem Tag ambulant frühfunktionell krankengymnastisch behandelt.

Werden Sehnen oder Bänder rekonstruiert oder refixiert, ist eine vorübergehende Ruhigstellung in einer Schiene erforderlich mit begleitender krankengymnastischer Beübung. Die Patienten können die Klinik in der Regel nach 1-2 Tagen wieder verlassen.

Arthroskopische Verfahren (Gelenkspiegelung) bei der Behandlung von Schultererkrankungen und Verletzungen



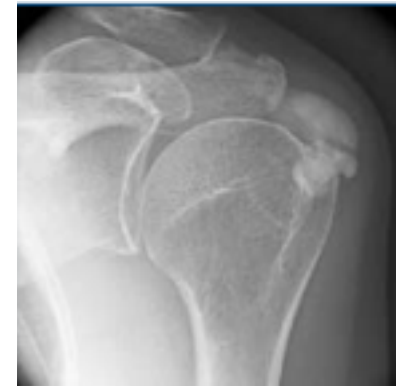
Engpass-Syndrom

Aufgrund ihrer Häufigkeit sind folgende verschleißbedingte und verletzungsbedingte Erkrankungen als Ursache für Schulterschmerzen zu nennen:

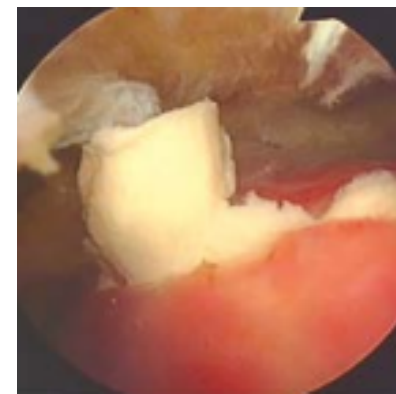
- Schulter-Engpass-Syndrom mit akuten und chronischen Schleimbeutelreizungen (=Impingement-Syndrom)
- Verschleiß (Arthrose) und Entzündung des Schulterreckgelenkes (ACG-Arthrose)
- Kalkablagerungen in der Sehnenmanschette (=Tendinosis calcarea, sog. „Kalkschulter“)
- Einrisse der Sehnenmanschette (=Rotatorenmanschetten-defekt)
- Schulterinstabilität und Schulterluxation (Ausrenkung)

1. Erweiterung des Schulterdaches und Schulterreckgelenkentfernung (Arthroskopische subakromiale Dekompression und/oder Entfernung des äußeren Schlüsselbeinendes)

Bei einer Enge im Bereich Ihres Schulterdaches führt dies zu bewegungsabhängigen Beschwerden. Meist besteht eine Schleimbeutelentzündung unter dem knöchernen Schulterdach und ein zusätzlicher knöcherner Sporn wirkt bewegungseinschränkend. Dieses Krankheitsbild nennt man Engpass-Syndrom. Auch eine Arthrose des Schulterreckgelenkes kann ein solches verursachen. Besteht ein Engpass-Syndrom über längere Zeit hinweg, kann dies zu einem Riss in der Sehnenmanschette (sog. Rotatorenmanschette) des Schultergelenkes führen. Führt eine konservative Therapie innerhalb von 3 Monaten nicht zum Erfolg, kann eine Gelenkspiegelung Linderung bringen. Dabei wird die knöcherne Einengung mit einer kleinen Motorfräse beseitigt und der Schleimbeutel entfernt. Liegt eine begleitende Schultergelenk-arthrose vor, wird zusätzlich das äußere Schlüsselbeinende arthroskopisch entfernt. In über 90% der Fälle führt diese arthroskopische Operation zu einer wesentlichen Linderung der Beschwerden.



Röntgenbild der Kalkschulter



Arthroskopische Entfernung des Kalkdepots

2.Arthroskopische Kalkentfernung bei der sog. „Kalkschulter“

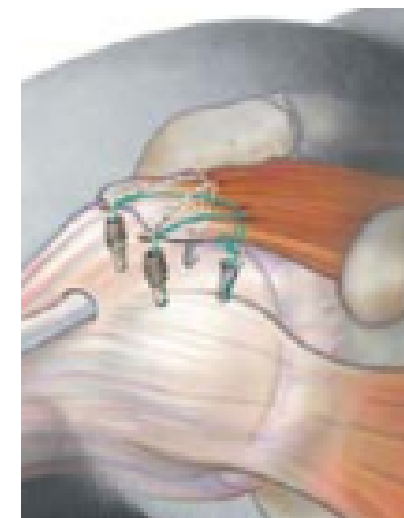
Aus noch ungeklärter Ursache kommt es zur Einlagerung von kalkartigen Substanzen in die Sehnen der Rotatorenmanschette. Bleibt der Kalk in der Sehne jedoch bestehen, verursacht er typischerweise phasenhaft Schmerzen. Kommt es trotz konservativer Therapiemaßnahmen, wobei auch in Einzelfällen eine Kalkzertrümmerung erfolgreich sein kann (sog. „Stoßwellentherapie“), zu keiner Beschwerdebesserung, kann eine Operation helfen. Dabei wird das Kalkdepot durch eine arthroskopische Operation aufgesucht und vorsichtig aus der betroffenen Sehne entfernt. Dazu muss häufig auch der Schleimbeutel mitentfernt werden.

3.Arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette

Die Sehnen und die dazugehörigen Muskeln der sog. Rotatorenmanschette sind wichtige Voraussetzungen für die Beweglichkeit der Schulter. Der natürliche Alterungsprozess der Sehnen als auch mechanische Faktoren wie beim „Engpass-Syndrom“ stellen wesentliche Ursachen eines Sehnenrisses an der Schulter dar. Auch ein Sturzereignis kann zum Sehnenriss führen. Die Heilung einer gerissenen Sehne ist nicht zu erwarten, eine Operation mit Naht und Rekonstruktion der Sehne ist erforderlich. Bei der Abwägung einer OP-Notwendigkeit sind dabei weniger das Alter, als der Funktionsanspruch des Patienten entscheidend. Die Operation wird als Arthroskopische Sehnennaht mit gleichzeitiger Erweiterung des Schulterdaches durchgeführt. Die gerissenen Sehnen werden mit Hilfe von kleinen Faden-Nahtankern wieder am Knochen fixiert.



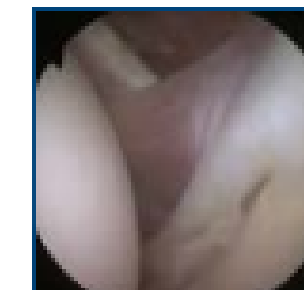
Rotatorenmanschettenruptur



Rotatorenmanschettenrefixation

4.Arthroskopische Rekonstruktion des Kapsel-Bandapparates

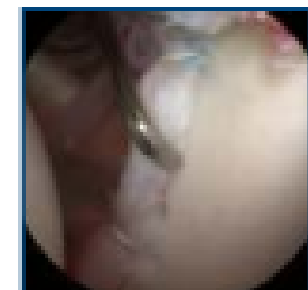
Die Ursachen einer Schulterinstabilität können zum einen verletzungsbedingt (traumatisch) durch eine Schulterauskugelung, andererseits anlagebedingt (atraumatisch) in Form einer Kapselschwäche und Kapselausweitung sein. Insbesondere bei Überkopfsportlern können durch wiederholte Mikroverletzungen und Überdehnungen der vorderen Kapselstrukturen diese Form der Schulterinstabilität auftreten. Bei der verletzungsbedingten Schulterinstabilität kommt es zum Abriss der Gelenkklippe (Labrum) sowie des Kapsel-Bandapparates von der Gelenkpfanne. Diese traumatischen Formen werden, insbesondere bei jüngeren Patienten, in der Regel operativ behandelt. Versagt eine konservative Therapie bei den atraumatischen Schulterinstabilitäten, sollten auch bei diesen Patienten eine Operation in Betracht gezogen werden. Meist wird der operative Eingriff arthroskopisch durchgeführt, in seltenen Fällen als offene Operation. Dabei wird der abgerissene Kapsel-Labrum-Bandkomplex mit kleinen Knochenankern an der Gelenkpfanne fixiert (sog. Bankart-OP) und die Kapselerweiterung durch Kapselraffnähte (Kapsel-Shift-Operation) versorgt.



Intaktes Labrum



Rukturiertes Labrum



Rekonstruktion

5. Schulterreckgelenkrekonstruktion (Tossy III)

Die Schulterreckgelenkinstabilität reslutiert häufig nach einem direkten Aufprall der Schulter. Es können langanhaltende Beschwerden besonders der Überkopftätigkeit resultieren. Zur operativen Behandlung kommt in den meisten Fällen ein sog. Tight-Rope-System in arthroskopischer Technik zum Einsatz.