

Die KKRN GmbH ist Akademisches
Lehrkrankenhaus der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster

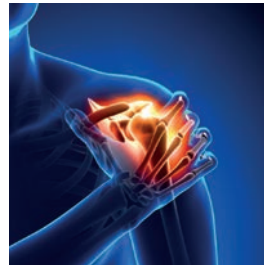


BEWEGLICHKEIT erhalten

OPERATIVE THERAPIE des
SCHULTERGELENKES in der Klinik für Chirurgie,
Fachbereich Orthopädie, Unfallchirurgie
und Sporttraumatologie



Die OPERATIVE THERAPIE des SCHULTERGELENKES



Die Schulter ist unser beweglichstes Gelenk und deshalb auch sehr anfällig für Verletzungen und Verschleiß. Probleme mit ihr sollte man daher niemals „auf die leichte Schulter“ nehmen. Denn je früher der Grund für die Beschwerden gefunden ist, umso besser greift die Therapie.

© iStock.com / decade3d

Es gibt eine Vielzahl von Ursachen, die Probleme mit dem Schultergelenk auslösen: Verletzungen oder Abnutzungen können Weichteile, Sehnen oder Bänder, aber auch Knochen oder die Gelenke selbst schädigen. Das löst nicht nur heftige Schmerzen aus, sondern schränkt die Beweglichkeit ganz erheblich ein.

Die Behandlung des Schultergelenkes erfordert ein fundiertes Verständnis davon, wie die komplizierten anatomischen Strukturen ineinandergreifen, wann eine konservative Therapie geboten ist und wann es besser ist, die Schulterbeschwerden operativ zu beheben. Der Leiter unserer Klinik, Privatdozent Dr. Mike H. Baums, ist nicht nur zertifizierter Chirurg der „Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie e. V.“ (DVSE), sondern auch Mitglied der Fachkommission Schulter für die „Internationale Vereinigung für Arthroskopie und Sporttraumatologie“ (ISAKOS).

Wir haben Ihnen in diesem Flyer zusammengestellt, was wir operativ für Sie tun können, wenn die Schulter schmerzhaft Probleme bereitet, wie wir dabei vorgehen und was uns bei unserer Arbeit wichtig ist. Einige der häufigsten Beschwerdebilder stellen wir Ihnen außerdem etwas genauer vor.



© underdogstudios / fotolia.com

Die SCHULTER: Unser beweglichstes Gelenk

Die Schulter ist ein Kugelgelenk: Dadurch können wir unsere Arme in alle Richtungen bewegen – nach oben und unten, vor und zurück sowie nach innen und außen. Unser Schultergelenk besteht aus verschiedenen knöchernen Strukturen: dem Gelenkkopf am Ende des Oberarms und der Gelenkpfanne des Schulterblatts. Darüber liegt das so genannte Schulterdach. Weil der Gelenkkopf nur sehr locker in der Gelenkpfanne liegt, erhält er seine Stabilität in erster Linie durch Kapsel-Band-Strukturen und die Muskel-Sehnen-Manschette (Rotatorenmanschette). Sie umfasst das Gelenk und verläuft in einem schmalen Kanal zwischen Oberarmkopf und Schulterdach. Wenn sich dieser Gleitraum verengt, kommt es zur häufigsten Erkrankung der Schulter: dem Impingement-Syndrom. Aber auch Verschleißerscheinungen der Schultersehnen oder des Gelenkknorpels, Kalkeinlagerungen in den Schultersehnen und Entzündungen der Gelenkkapsel können sehr schmerzhaft sein und die Beweglichkeit einschränken.



Unser OPERATIVES Spektrum:

- Risse der Rotatorenmanschette
- Impingement-Syndrom
- Instabilität
- Schultersteife
- Kalkschulter und Schleimbeutelentfernung
- Schulter-Endoprothese
- Schulterreckgelenkarthrose
- Schultergelenkverrenkungen
- SLAP-Läsionen und Verletzungen der Bizepssehne
- Verletzungen des Schulterreckgelenkes

Sorgfältige DIAGNOSTIK

Am Anfang jeder Behandlung steht zunächst eine Anamnese, in der wir Sie ausführlich nach Beschwerden und Vorerkrankungen befragen. Daran schließt sich eine klinische Untersuchung an. Für eine weitergehende apparative Diagnostik stehen uns neben der Röntgenuntersuchung, dem Ultraschall (Sonografie) auch Kernspin- (MRT) und/oder Computertomografie (CT) zur Verfügung. Bei einigen Krankheitsbildern können auch Messungen der Nervenfunktionen erforderlich sein.



INDIVIDUELLE Therapie

Wenn alle Befunde vorliegen, besprechen wir mit Ihnen die weitere Vorgehensweise und legen einen konservativen oder operativen Therapieweg fest. Wie er aussehen wird, hängt für uns ganz entscheidend davon ab, welche Ansprüche und Wünsche Sie an Ihre Beweglichkeit und damit an Ihre Lebensqualität haben.

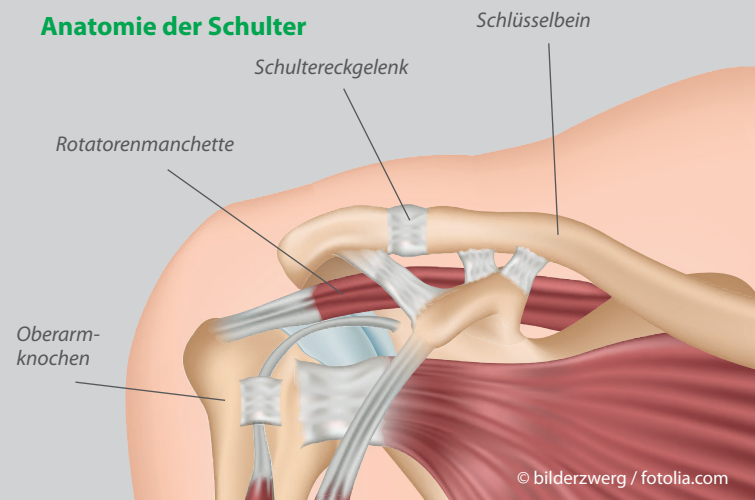
Haben Sie sich für eine Operation entschieden, erläutern wir Ihnen ausführlich, wie wir dabei vorgehen und wie die Nachbehandlung aussieht. Denn je mehr Sie über den Eingriff wissen, umso besser können Sie die Operation und vor allem die Zeit danach planen.



Möglichst MINIMALINVASIV operieren

Wenn die Beweglichkeit sich nur durch eine OP wieder herstellen lässt, dann führen wir den Eingriff nach Möglichkeit minimalinvasiv durch, um Gewebe zu schonen. Minimalinvasive Operationen belasten darüber hinaus den Organismus nur gering, und auch die Gefahr von gesundheitlichen Komplikationen wird bei diesen Verfahren deutlich minimiert. Und noch etwas ist uns wichtig: Bei jedem Eingriff die anatomischen Besonderheiten der Patienten zu berücksichtigen, denn nur so erreichen wir ein Höchstmaß an Beweglichkeit.

Anatomie der Schulter



Wenn die MUSKEL-SEHNEN-Manschette reißt: Rotatorenmanschettenruptur

Die Muskel-Sehnen-Manschette des Schultergelenkes stabilisiert zum einen unseren Arm am Oberkörper und sorgt zum anderen dafür, dass wir ihn in sämtliche Richtungen heben und drehen können. An der Rotatorenmanschette gibt es jedoch Bereiche, die schlecht durchblutet sind. Dies kann schon früh zu einer verschleißbedingten Ausdünnung einer oder mehrerer Sehnen führen.

Die Folge: Die Sehnen können durch einen Unfall oder eine körperliche Überbelastung reißen. Diese Risse verursachen Schulterschmerzen – auch beim Liegen – und können bis in den Arm ausstrahlen. Häufig ist außerdem die Beweglichkeit des Schultergelenkes eingeschränkt. Wenn Medikamente und eine spezielle Krankengymnastik die Beschwerden nicht lindern, kann eine operative Therapie helfen, den Bewegungsspielraum wieder zu vergrößern. Bei dem Eingriff, den wir minimalinvasiv oder über einen kleinen Hautschnitt durchführen, befestigen wir einen oder mehrere abgerissene Ansätze der Sehnen wieder am Knochen. Dazu verwenden wir hochreißfeste Fäden und spezielles – zum Teil auch selbstauf-

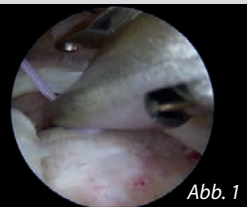


Abb. 1

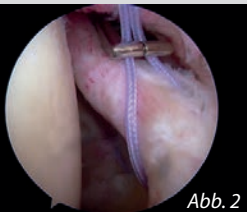


Abb. 2

lösendes – Schraubenmaterial, das im Körper verbleiben kann. Sind die Patienten noch jung oder ist der Abriss erst kürzlich entstanden, empfehlen wir grundsätzlich die operative Wiederherstellung des Sehnenansatzes.

Abb. 1: Naht der Sehnenmanschette in Schlüsselochtechnik

Abb. 2: Fixierung des Bizepssehnenansatzes in Schlüsselochtechnik

Wenn es eng wird unterm Schulterdach: IMPINGEMENT-SYNDROM



Gesundes Schultergelenk



Schultergelenk mit Arthrose

Wenn die Muskel-Sehnen-Manschette unter dem Schulterdach nicht frei gleiten kann, spricht man von einem Impingement-Syndrom. Diese Enge kann viele Ursachen haben: Angeborene oder erworbene Veränderungen des Schulterdachs, Knochenausziehungen am Schulterreckgelenk und Ablagerungen (Kalkschulter) und vor allem eine Arthrose können ein freies Gleiten der Sehnen behindern. Meistens schmerzt dann die Schulter beim Liegen. Aber auch das Heben oder Abspreizen des Arms verursacht heftige Beschwerden.

In frühen Phasen der Erkrankung lindern abschwellende und schmerzstillende Medikamente sowie lokale Eispackungen die Beschwerden. Ein gezieltes Training kann anschließend sogar dazu führen, wieder beschwerdefrei zu werden. Nur wenn diese konservativen Maßnahmen nicht greifen, kommt eine operative Therapie in Betracht. Ziel des minimalinvasiven Vorgehens ist es, den Gleitraum unter dem Schulterdach wieder zu erweitern. Dazu entfernen wir den entzündlich verdickten und vernarbten Schleimbeutel und die knöchernen Veränderungen des

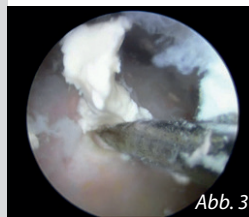


Abb. 3

Schulterdachs. Sollte eine der Sehnen bereits geschädigt sein, können wir sie bei diesem Eingriff direkt wieder an ihrem Ansatz befestigen.

Abb. 3: arthroskopische Kalkentfernung aus der Schulter

Wenn das Schultergelenk herauspringt: INSTABILITÄT

Bei einer Instabilität des Schultergelenkes unterscheiden wir zwischen der angeborenen und der erworbenen Form. Grund für eine angeborene Instabilität ist in der Regel ein schwaches Stützgewebe und ein schwacher Kapsel-Bandapparat. Die Therapie der Wahl besteht in diesem Fall aus einem intensiven physiotherapeutischen Übungs- und Trainingsprogramm über mehrere Monate.

Anders sieht es aus, wenn das Schultergelenk durch einen Unfall ausgekugelt (Luxation) und dadurch der Kapsel-Bandapparat geschädigt wurde. Dies kann zu einer chronischen Instabilität des Schultergelenkes führen – mit der Gefahr, dass das Gelenk auch ohne erneuten Unfall erneut spontan herauspringt. Meistens reißt dabei auch die Gelenkklippe ab, die an der Gelenkpfanne befestigt ist. Nach einer Luxation muss der Oberarmkopf wieder in die Gelenkpfanne eingerenkt werden. Dies ist oft nur in Narkose möglich. Anschließend wird der Arm über mehrere Tage in einer Schlinge ruhiggestellt, damit das Kapsel-Bandgewebe heilen kann. Eine anschließende intensive Physiotherapie dient dazu, das Gelenk wieder muskulär zu stabilisieren. Bleibt trotzdem eine Instabilität zurück oder besteht ein hohes Risiko für eine erneute Ausrenkung





Abb. 4

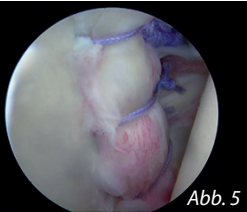


Abb. 5

– vor allem bei sportlich sehr aktiven Menschen –, sollte eine operative Stabilisierung des Gelenkes erfolgen. Dabei wird die abgelöste Gelenkklippe mit dem Kapselbandapparat in ihre ursprüngliche Position gebracht und mit Fadenankersystemen sowie mit Nähten befestigt. Diesen Eingriff führen wir in der Regel minimalinvasiv durch.

Abb. 4: akute Schultergelenkverrenkung nach vorne (Schulterluxation)

Abb. 5: Befund nach arthroskopischer Stabilisierungsoperation nach Schultergelenkluxation (Schlüssellochtechnik)

Einige Tipps, die Sie im Vorfeld einer Schulter-Operation bedenken sollten:

- Wenn der Termin für Ihren Eingriff feststeht, dann sollten Sie sich rechtzeitig um die anschließende ambulante physiotherapeutische und/oder ergotherapeutische Behandlung bemühen. Denn ein zügiger Übergang in die ambulante Nachbehandlungsphase ist wichtig, um schnell die volle Beweglichkeit zurückzugewinnen.
- Lassen Sie vor dem Eingriff bei Ihrem Hausarzt eine allgemeine Untersuchung durchführen. So wissen wir rechtzeitig, ob es Begleiterkrankungen gibt, die den Eingriff oder den Heilungsprozess beeinflussen können.
- Begutachten Sie Ihre Garderobe auf „Tauglichkeit“ für die Zeit nach dem operativen Eingriff. Denn die zunächst erforderlichen Verbände und Bandagen am Schultergelenk erschweren das Anziehen und benötigen mehr Platz.
- Sport kann Ihnen helfen, schneller wieder fit zu werden. Je besser Sie vor dem Eingriff in Form sind, desto rascher wird Ihr Körper die Belastung durch die Operation überstehen.
- Haben Sie Geduld: Heilungsverläufe am Schultergelenk sind aufgrund der komplexen Anatomie oft langwierig.

- Rauchen kann die Einheilung einer Sehne enorm verzögern oder gar verhindern. Mit dem Rauchen aufzuhören, ist eigentlich immer eine gute Idee. Ganz besonders aber im Zusammenhang mit einer Operation. Sie minimieren dadurch gewisse Risiken, insbesondere die Gefahr einer Wundheilungsstörung.

Haben Sie **FRAGEN?**
Wir beantworten Sie gerne.



Leitung und Kontakt

Privatdozent Dr. Mike H. Baums

Chefarzt der Klinik für Chirurgie,
Fachbereich Orthopädie, Unfallchirurgie
und Sporttraumatologie
Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie
und Orthopädische Rheumatologie



Sekretariat

Monika Saborrosch

Telefon 02362 29-53202
Telefax 02362 92-17017
ou.dorsten@kkrn.de



Das **TEAM** der Klinik für Chirurgie,
Fachbereich Orthopädie, Unfallchirurgie
und Sporttraumatologie



Das St. Elisabeth-Krankenhaus Dorsten gehört zum Klinikverbund KKRN Katholisches Klinikum Ruhrgebiet Nord GmbH, der größten Klinikgesellschaft im nördlichen Ruhrgebiet. Das Dorstener Krankenhaus verfügt über neun medizinische Fachabteilungen, eine Palliativstation sowie ein angeschlossenes Bildungsinstitut für Gesundheits- und Pflegeberufe. Knapp 12.100 Patienten im Jahr finden im St. Elisabeth-Krankenhaus bei 720 Mitarbeitern eine hochqualifizierte Beratung und vertrauensvolle Behandlung. Daher lautet der Leitsatz des Klinikverbundes „Medizin mit Menschlichkeit“. Zusätzlich ist die KKRN GmbH Akademisches Lehrkrankenhaus der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Weitere Informationen finden Interessierte unter www.kkrn.de.

Bildnachweis: Titelbild © Wavebreak Media / fotolia.com



St. Elisabeth-Krankenhaus Dorsten

Pfarrer-Wilhelm-Schmitz-Straße 1

46282 Dorsten

Telefon 02362 29-0

Telefax 02362 29-51215

dorsten@kkrn.de · www.kkrn.de

20706 · Stand 11/2019