

> Krankheitsbilder

Impingement-Syndrom, AC-Arthrose

Unter dem Begriff „Impingement-Syndrom“ werden alle Störungen zusammengefasst, die zu Schmerzen beim Heben des Armes führen. Dies sind neben den bereits erwähnten Rissen der Sehnen und Kalkablagerungen häufig geringere, verschleißbedingte Veränderungen im Schulterdachbereich.



Linkes Bild: Knochensporn unter dem Schulterdach. Rechtes Bild: nach der Operation ist der Sporn entfernt und das Schulterdach erweitert.

In bestimmten Fällen kann durch eine arthroskopische Schulteroperation eine schonende und schnelle Wiederherstellung der Schmerzfreiheit und Beweglichkeit erreicht werden kann.

Schultergelenksarthrose

Bei der sogenannten „Omarthrose“ kommt es zu einem zunehmenden Verschleiß des Schultergelenks, der schließlich zu einem völligen Verbrauch des Gelenkknorpels führt. Diese Verschleißerkrankung ist häufig die Folge von mechanischen Überlastungen, Schäden an der Rotatorenmanschette, Entzündungen oder Unfällen. Durch eine Schultertotalendoprothese kann der verschlissene Knorpel ersetzt werden.



Linkes Bild: Arthrose des Schultergelenkes mit vollständigem Knorpelverlust. Rechtes Bild: Ersatz der Knochenoberfläche mit einer Schulterprothese.

Besteht neben dem Knorpelschaden des Schultergelenks eine ausgedehnte Schädigung der Sehnenmanschette der Schulter, sodass das Abspreizen des Armes nur noch eingeschränkt möglich ist, kann das Einsetzen einer speziellen Schultertotalendoprothese erforderlich sein, die für die Bewegung des Gelenkes nicht auf die Sehnenmanschette der Schulter angewiesen ist. Dieser Prothesentyp wird auch als sogenannte inverse (umgekehrte) Prothese bezeichnet da der Kopf an der Gelenkpfanne verankert wird und somit umgekehrte Verhältnisse im Vergleich zur üblichen Schultertotalendoprothese vorliegen. Die mittlere Haltbarkeit eines künstlichen Schultergelenks wird heute mit über 20 Jahren angegeben.



Darstellung einer modernen inversen Schulterprothese mit modularem Design.

Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln:
Buslinie 6 & 16 bis Haltestelle „König-Ludwig-Haus“,
Buslinie 34 bis Haltestelle „Erthalstraße“



Schulteroperationen



Orthopädische Klinik König-Ludwig-Haus
Lehrstuhl für Orthopädie der Universität
Brettreichstraße 11 | 97074 Würzburg
Tel. 0931 803-0 | info@koenig-ludwig-haus.de

www.koenig-ludwig-haus.de

Titelbild: © Motion Films/shutterstock

10/2019



DIE GANZE WELT DER ORTHOPÄDIE
**Orthopädische Klinik
König-Ludwig-Haus**



› Unser Wissen für Ihre Gesundheit

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie als Gast unserer Klinik herzlich begrüßen und Ihnen einen angenehmen Aufenthalt bei uns wünschen.

Sie haben sich für eine Behandlung im König-Ludwig-Haus entschieden. Wir bedanken uns für dieses Vertrauen.

Mit dieser Patientenbroschüre möchten wir Sie über den Behandlungsschwerpunkt „Schulterchirurgie“ informieren, so dass Sie sich ein erstes Bild machen können.

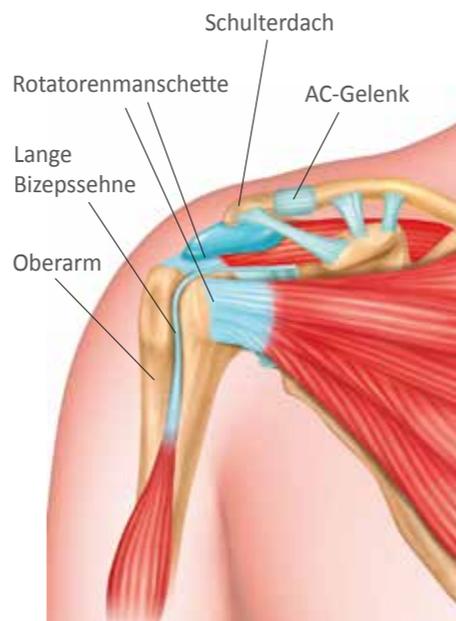


Ultraschalluntersuchung der Schulter.

› Schultergelenk – Anatomie

Das Schultergelenk ermöglicht ein hohes Maß an Beweglichkeit und steht im Zentrum der Funktion des Armes und der Hand. Es wird durch ein komplexes Zusammenspiel von Muskeln und Sehnen geführt und stabilisiert. Durch die täglichen Beanspruchungen kommt es jedoch vielfach zu Überlastungsschäden und Abnutzungserscheinungen. Durch Unfälle können verschiedene Verletzungen der Schulter entstehen.

Die rasante Entwicklung der arthroskopischen Operationstechniken und Weiterentwicklung der Schulterprothesen der vergangenen Jahre erlauben vielfach minimal-invasive Operationen.



Anatomie der Schulter.

› Behandlungsmethoden und Krankheitsbilder

Minimalinvasive Operation

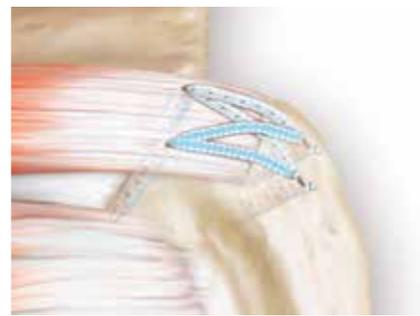
Viele Erkrankungen können heutzutage mit modernen Verfahren wie Arthroskopie oder minimal-invasiven Techniken versorgt werden. Diese „Schlüssellochchirurgie“ bietet Vorteile wie weniger Infektionen, erweiterte Behandlungsmöglichkeiten sowie kleinere Narben. Neue Materialien wie Implantat-freie Fadenanker werden dabei eingesetzt.

Schmerztherapie

In Zusammenarbeit mit unseren Narkoseärzten erhalten Sie nach der Operation eine strukturierte Schmerztherapie. Mit besonderen Leitungsblockaden und „Schmerz-pumpen“ können Sie Ihre individuelle Schmerzmitteldosis selbstständig steuern.

Physiotherapie

Bei Ihrem stationären Aufenthalt wird bereits am ersten Tag die krankengymnastische Übungstherapie begonnen. Um die anschließende Heilungsphase optimal vorzubereiten, erhalten Sie zur Entlassung einen detaillierten Nachbehandlungsplan.



Schematische Zeichnung einer arthroskopischen Sehnennaht mit Fadenankern.

Rotatorenmanschettenriss

Aufgrund eines Unfallereignisses oder durch zunehmenden Verschleiß infolge mechanischer Beanspruchung kann es zu Einrissen von Sehnen der schulterumspannenden Muskulatur kommen. Hierdurch kommt es zu Schmerzen und Bewegungseinschränkungen des Schultergelenkes. Mit Hilfe von Fadenankern kann die Sehne rein arthroskopisch wieder am Oberarmknochen befestigt werden. Nach der Operation ist meistens eine sechswöchige Nachbehandlung mit Lagerung des Armes in einer Armschlinge notwendig, um die Selbstheilungskräfte der Sehne nicht zu stören. Das Führen eines Fahrzeugs ist frühestens nach sechs Wochen möglich. Für Patienten mit schwer körperlichen Tätigkeiten ist eine mehrmonatige Rehabilitationszeit einzuplanen.

Schulterluxation

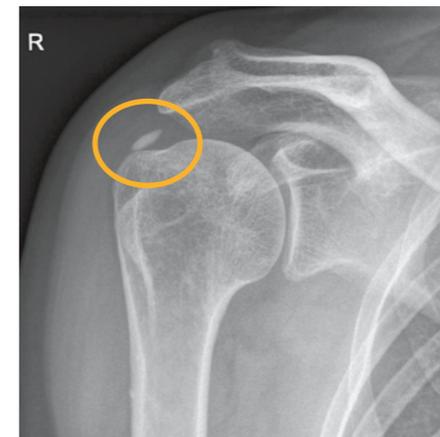
Durch seine gute Beweglichkeit neigt das Schultergelenk zu Verrenkungen. Dies tritt vor allem bei Unfällen und sportlichen Aktivitäten auf. Hierdurch kommt es häufig zu Begleitverletzungen. Bei Patienten mit angeborenem schwachen Bandapparat können Verrenkungen auch spontan und ohne Unfall vorkommen. Eine arthroskopische Stabilisierung der Schulter ist häufig erfolgreich, bedarf jedoch einer individuellen Entscheidung für jeden einzelnen Patienten und wird im Rahmen eines intensiven Arzt-Patient-Gesprächs vor der Operation gemeinsam besprochen.



Arthroskopisches Bild nach Stabilisierung.

Kalkdepot der Sehnen

Hierbei handelt es sich um schmerzhafte Kalkeinlagerung in den Sehnen der Rotatorenmanschette. Typischerweise kommt es zu wechselnden Phasen völliger Schmerzfreiheit und hochakuter Schmerzzustände.



Röntgenbild mit sichtbarem Kalkdepot.

Sollte eine konservative Behandlung nicht zum Erfolg führen, wird der Kalkherd bevorzugt arthroskopisch entfernt. Hierbei wird unter Sicht mit der Kamera das Kalkdepot aufgesucht und entfernt. Eine schnelle Wiedereingliederung in den Alltag ist durch die minimal-invasive Operationstechnik in der Regel möglich.

Schultersteife

Die Schultersteife kann ohne erkennbare Ursache oder „sekundär“ nach Operationen oder Unfällen auftreten. Die primäre Schultersteife tritt insbesondere bei Frauen in den Wechseljahren und bei Patienten mit Diabetes auf. Operativ lässt sich durch eine Lösung der Verwachsungen und eine gezielte Durchtrennung der Gelenkkapsel eine schnelle Verbesserung der Beweglichkeit wiederherstellen. Durch die Anlage eines Schmerzkatheters kann im Anschluss eine intensive Schmerzbehandlung und Physiotherapie gewährleistet werden. Hierdurch lässt sich vielfach eine frühe Wiedereingliederung in den Alltag erzielen.



Physiotherapeutische Behandlung.