



Klinik für Orthopädie
und Orthopädische Chirurgie

Erkrankungen des Schulter + Ellbogen

Informationen zu Krankheitsbildern,
Behandlungsmöglichkeiten
und praktische Tipps für den Alltag

INFOS FÜR PATIENTEN UND BESUCHER



KONTAKT

Universitätsklinikum des Saarlandes
Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
Gebäude 37/38, Kirrberger Straße
D - 66421 Homburg

Telefon 0 68 41 - 16 - 2 45 00
Fax 0 68 41 - 16 - 2 45 80
E-Mail orthopaedie.sekretariat@uks.eu
www.uks.eu/orthopaedie



Die Wegbeschreibung zur Anreise
nach Homburg sowie detaillierte
Klinikumspläne und einen Routenplaner
finden Sie unter: www.uks.eu/anfahrt



Sondersprechstunde Schulter + Ellbogen

Mittwoch von 8.00 bis 14.30 Uhr

Termin nur nach Vereinbarung! Notfälle jederzeit ohne
Vor Anmeldung! Terminvereinbarung unter der Rufnummer
0 68 41 - 16 - 2 45 20

Privatsprechstunde

Prof. Dr. med. S. Landgraeber, montags nach Vereinbarung
Terminvereinbarung unter der Rufnummer 0 68 41 - 16 - 2 45 00



Liebe Patientinnen und Patienten,

Bewegungseinschränkungen und Schmerzen im Schulter- und Ellbogenbereich haben einen erheblichen Einfluss auf unseren Alltag. So können einfachste Tätigkeiten, wie das Kämmen der Haare, unmöglich werden. Es gibt eine Vielzahl von Schultererkrankungen, die zu eben dieser Situation führen können. Glücklicherweise gibt es aber auch eine Vielzahl von Behandlungsoptionen, die dem entgegenstehen.

Dieser Flyer soll Ihnen eine Übersicht über die wichtigsten Verfahren verschaffen, die wir in unserer Klinik anbieten. Die Anzahl der Möglichkeiten ist allerdings so groß, dass nicht alle Methoden hier dargestellt werden konnten. Gemeinsam werden wir im Bedarfsfall, die für Sie optimale und individuell zugeschnittene Behandlungsmethode finden.

Univ.-Prof. Dr. Stefan Landgraeber
Direktor der Klinik für Orthopädie
und Orthopädische Chirurgie

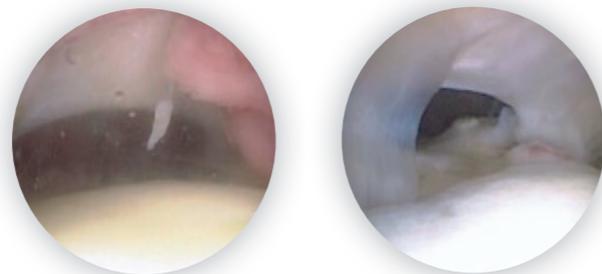
Schulter-Arthroskopien

Dekompression bei Impingement Bei dem sogenannten „subacromialen Impingementsyndrom“ handelt es sich um ein Engpasssyndrom im Bereich des Subacromialraumes zwischen dem knöchernen Schulterdach (Acromion) und dem Oberarmkopf (Humerus).

Die Gründe dafür sind vielfältig und reichen von Läsionen oder entzündlichen Veränderungen der Sehnen der Rotatorenmanschette (funktionell wichtige Muskelgruppe im Bereich des Schultergelenks, „Motor“ des Schultergelenks, befinden sich im Subacromialraum), dort eingelagerte Kalkdepots sowie eines entzündeten Schleimbeutels bis hin zu knöchernen Einengungen des Raumes durch knöcherne Sporne unter dem vorderen oder äußeren Schulterdach bzw. unter dem Schulterreckgelenk oder durch fehlerhafte Knochenbrüche im Bereich des Oberarmkopfes. Auch die knöcherne Form des Schulterdaches kann hierauf einen Einfluss haben.

Weitere Gründe für ein Impingementsyndrom können funktionell bedingt sein durch eine eingeschränkte Schultergelenksbeweglichkeit, durch ein Muskelungleichgewicht oder durch einen gestörten Bewegungsablauf des Schulterblattes. Die Therapie sollte zunächst immer konservativ mit krankengymnastischer Übungsbehandlung, Schmerzmitteleinnahme, Vermeidung von Überkopfarbeiten und ggf. Spritzenserien unter das Schulterdach erfolgen. Nach frustraner konservativer Therapie über mehrere Monate kann bei klinischen Hinweisen für eine mechanische Ursache die Indikation zu einer Schulterarthroskopie (Gelenkspiegelung der Schulter) geprüft werden.

Im Rahmen der Arthroskopie kann dann ein entzündeter Schleimbeutel unter dem Schulterdach entfernt (sogenannte „subacromiale Bursektomie“) und der Raum unter dem Schulterdach erweitert werden (sogenannte „subacromiale Dekompression“).



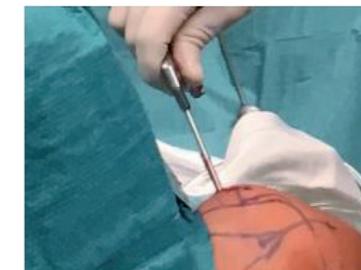
Rissbildung im Bereich der Rotatorenmanschette, arthroskopische Sicht

Rotatorenmanschettenrekonstruktion Die Rotatorenmanschette bezeichnet eine Muskelgruppe im Bereich des Schultergelenks, die eine wichtige Funktion für die Kraftentfaltung und die Beweglichkeit der Schulter hat. Sie ist sozusagen der „Motor“ des Schultergelenks. Treten im Bereich der Sehnen dieser Manschette Risse auf, kann dies zu Schmerzen und einer eingeschränkten Funktion der Schulter führen. Diese Läsionen treten häufig aufgrund einer Degeneration der Sehne, selten traumatisch bedingt auf. Abhängig vom Alter und der Größe des Sehnenrisses sowie dem Ausmaß der Beschwerden des betroffenen Patienten und dessen Funktionsansprüche, kann die operative Rekonstruktion der Rotatorenmanschette erwogen werden.

Diese erfolgt arthroskopisch über mehrere, kleine Hautschnitte im Bereich der Schulter. Um die abgerissene Sehne wieder am Oberarmkopf zu befestigen, werden ein oder mehrere Nahtanker im ursprünglichen Ansatzbereich der Sehne in den Knochen eingebracht. Die im Nahtanker befindlichen Fäden werden in einer speziellen Technik durch den Stumpf der abgerissenen Sehne gelegt und dann gegeneinander verknotet. Dadurch wird die Sehne wieder an ihrem ursprünglichen Ansatzbereich befestigt und kann im weiteren Verlauf dort wieder anheilen. Um diesen Heilungsprozess nicht zu gefährden, wird die operierte Schulter für sechs Wochen nach der Operation in einer Schulterorthese ruhiggestellt und nur passiv bewegt.

Stabilisierung der Schulter Die beiden Gelenkpartner des Schultergelenks, der Oberarmkopf (Humeruskopf) und die Schultergelenkspfanne (Glenoid), können den Kontakt verlieren, so dass es dann zu einem Ausrenken des Schultergelenks (sogenannte „Schulterluxation“) kommt. Dieses Ausrenken erfolgt am häufigsten nach vorne, in seltenen Fällen nach hinten. Mögliche Gründe für eine Schulterluxation können ein Unfall (Sturz auf die Schulter) oder eine ungenügende Führung des Schultergelenks durch eine zu weite Schultergelenkscapsel oder Schwächen der schulterstabilisierenden Muskulatur sein. In manchen Fällen liegt auch eine Kombination aus beidem vor. In der Akutsituation muss zunächst das Schultergelenk wieder eingerenkt werden. Im Rahmen von Schulterluxationen können Begleitverletzungen im Bereich der Schulter auftreten. Vor allem die vordere, untere Schultergelenkscapsel sowie -gelenksslippe (sogenanntes „Labrum“) weisen häufig eine Verletzung auf (sogenannte „Bankart-Läsion“). Bei jungen Patienten mit Instabilitätssymptomen oder gar wiederholten Schulterluxationen rät man zu einer arthroskopischen Schulteroperation an, um die Schulter dadurch wieder zu stabilisieren. Dabei wird der abgerissene Komplex aus Gelenkkapsel und -lippe wieder am vorderen, unteren Pfannenrand mit Nahtankern befestigt. Man spricht von einem sogenannten „Bankart-Repair“ (vordere Schulterstabilisierung). Nach Ausschluß von anderen Begleitverletzungen wie z.B. einer Läsion der Rotatorenmanschette ist die Therapie einer Schulterluxation des älteren Patienten primär eher konservativ. Das Risiko einer erneuten Luxation ist bei älteren Patienten geringer als bei jüngeren Patienten.

Acromioclavikulargelenk Das Schulterreckgelenk (Acromioclavikulargelenk) ist die gelenkige Verbindung zwischen dem Schlüsselbein (Clavikula) und dem Schulterdach (Acromion). Es kann in manchen Fällen für Schmerzen und Funktionseinschränkungen im Bereich der Schulter verantwortlich sein. Dies kann durch einen Verschleiß, also eine Arthrose, oder aber auch durch eine akute Verletzung (Sturz auf die Schulter) des Schulterreckgelenks begründet sein. Nach Versagen der konservativen Therapieoptionen kann bei einer Arthrose des Schulterreckgelenks im Rahmen einer Schulterarthroskopie der Gelenkspalt, der durch den Verschleiß verengt ist, mit einer Knochenfräse erweitert werden (sogenannte „arthroskopische AC-Gelenkresektion“). Bei einem Sturz auf die Schulter kann es zu einer Sprengung des Schulterreckgelenks mit einer anhaltenden Instabilität und Schmerzen kommen. In diesen Fällen kann man unter arthroskopischer Sicht das Schulterreckgelenk in einer speziellen Technik stabilisieren (AC-Gelenkstabilisierung).



Ellbogen-Arthroskopien

Neben Arthroskopien des Schultergelenks können auch arthroskopische Eingriffe am Ellbogen durchgeführt werden. Auch hierbei erfolgt der Zugang zum Gelenk über mehrere, kleine Hautschnitte (sogenannte „Portale“). Neben dem Arthroskop (Kamera mit einer speziellen Optik) können so auch Arbeitsinstrumente in das Gelenk eingebracht werden. Die Gründe für Schmerzen und Limitierungen der Funktion im Bereich des Ellbogens sind vielfältig und zum Teil komplex. In einigen Fällen kann eine arthroskopische Operation sinnvoll sein und erforderlich werden. So können freie Gelenkkörper aus dem Ellbogen entfernt, der Gelenkknorpel geglättet oder entzündete Gelenkinnenhaut reseziert werden. Bei einer stark eingeschränkten Ellbogenbeweglichkeit kann in manchen Fällen das Gelenk unter arthroskopischer Sicht durch Erweiterung der Gelenkkapsel wieder beweglicher gemacht werden (sogenannte „Arthrolyse“).

Endoprothesen an Schulter und Ellbogen

Bei einem fortgeschrittenen Knorpelverschleiß (Arthrose) des Schulter- oder Ellbogengelenks kann es nach Ausschöpfung der konservativen Therapiemöglichkeiten wie krankengymnastischer Übungsbehandlung, Schmerzmitteleinnahme oder Injektionen sinnvoll sein, das Schulter- oder Ellbogengelenk mit einer Endoprothese zu ersetzen. Am Schultergelenk stehen hierfür verschiedene Prothesenmodelle zur Verfügung, die abhängig vom Patientenalter, der Knochenqualität sowie dem Zustand der Rotatorenmanschette gewählt werden.



Schulterhemiprothese