

Komplexer chirurgischer Eingriff verhilft zu neuer „alter“ Beweglichkeit

In den vergangenen 15 Jahren sind rasante Fortschritte in der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Schultergelenkes erzielt worden. Vielen Patienten kann heute durch schonende „Schlüssellochoperationen“ geholfen werden, die das Gelenk erhalten.

Mit diesen Techniken sind auch anspruchsvolle „Reparaturen“ am Schultergelenk möglich. Bei manchen Erkrankungen ist bereits eine Zerstörung der Gelenkflächen des Oberarmkopfes und der Gelenkpfanne eingetreten. Sind die konservativen Maßnahmen und die gelenkerhaltenden, operativen Möglichkeiten ausgereizt, dann ist ein Ersatz des Gelenkes erforderlich.

In Deutschland werden pro Jahr knapp 20.000 Schulter-Endoprothesen eingebaut (Hüftgelenke: 230.000, Kniegelenke: 160.000). Im Vergleich zu Hüft- und Kniegelenken ist das Spektrum von Erkrankungen, die zu einer Endoprothese an der Schulter führen, vielfältiger und komplizierter. Die Schäden der umgebenden Sehnen, die sogenannte Rotatorenmanschette, gibt es in dieser Form an anderen Gelenken nicht. Aufgrund der Differenziertheit der Erkrankungen am Schultergelenk liegt der Schlüssel zum Erfolg in der richtigen Diagnose und der Auswahl des geeigneten Operationsverfahrens. Daher ist der Einbau der „Hardware“, also der Endoprothese, nur die „halbe Miete“. Die korrekte Behandlung der Weichteile wie Gelenkkapsel und Sehnenhaube ist mindestens genauso wichtig für den Behandlungserfolg.

Heutzutage steht uns eine Vielzahl von unterschiedlichen Prothesentypen zur Verfügung, um für jede Situation eine gute Lösung zu finden. Die meisten Schulterendoprothesen funktionieren mittlerweile länger als 20 Jahre, viele müssen nie gewechselt werden. Für ein bestmögliches Ergebnis ist viel Erfahrung auf Seiten des Operateurs und des gesamten Behandlungsteams er-

forderlich. Aus diesem Grund sind in den vergangenen Jahren entsprechende Spezialabteilungen für Schulterchirurgie entstanden – so auch am Agaplesion Ev. Klinikum Schaumburg in Rinteln und in Vehlern.

## Primäre Arthrose des Schultergelenkes

Die primäre Arthrose des Schultergelenkes ist vergleichbar mit der Arthrose an Hüft- und Kniegelenken. Es handelt sich um einen Verschleiß und

die Zerstörung der Knorpeloberfläche der Gelenkflächen, die mit einem entzündlichen und schmerzhaften Reizzustand einhergehen. Das Gelenk wird mit der Zeit unter Schmerzen immer steifer. In diesen Fällen wird der Oberarmkopf durch ein Metallimplantat, mit oder ohne Stiel, und die Gelenkpfanne durch eine Kunststoffpfanne ersetzt. Die Gelenkkapsel muss gelöst und verkürzte Sehnen müssen verlängert werden, um dem Patienten eine möglichst große Bewegungsfreiheit ohne Schmerzen im Gelenk wiederzugeben.

Als eines von acht Pilot-

Zentren in Deutschland setzen wir die neueste Weiterentwicklung einer stielfreien Oberarmkopfprothese ein.

## Arthrose infolge eines Sehnenschadens

Normalerweise liegt der Oberarmkopf der flachen Gelenkpfanne nur auf und wird nicht, wie beim Hüftgelenk, von ihr umfasst und gehalten. Jedes Gelenk benötigt aber ein

festes Drehzentrum, das auch unter Belastung stabil bleibt. Am Schultergelenk wird diese Funktion von der Rotatorenmanschette übernommen, die den Oberarmkopf in der Gelenkpfanne zentriert. Sie führt ihn wie an Zügeln. Andernfalls müsste der Oberarmkopf aus der Pfanne gleiten, sobald wir den Arm belasten. Bei älteren Patienten ist die Sehnenhaube manchmal irreparabel zerstört.

## ZERSTÖRTE KNORPELOBERFLÄCHE

Bei der primären Arthrose wird die glatte Knorpeloberfläche des Gelenkes zerstört (unten links). Das Röntgenbild zeigt das Schultergelenk direkt nach dem Ersatz des Oberarmkopfes und der Gelenkpfanne (unten rechts). Hier wurde eine neue knochen sparende Endoprothese ohne Stiel eingesetzt.

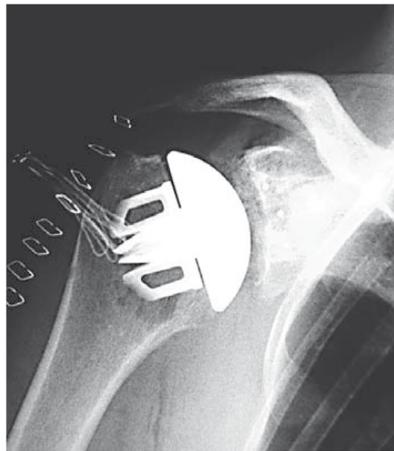
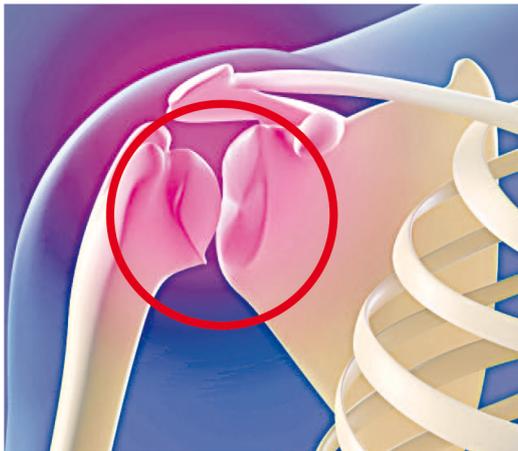


Illustration: ag visuell, fotolia.com (1) | Fotos: Fa. ZIMMER (2)

## Rheumatische Erkrankungen

Rheuma-Patienten werden nach den gleichen Prinzipien versorgt. Die bedeutenden Fortschritte in der medikamentösen Therapie haben dazu geführt, dass die Gelenkzerstörungen durch das Rheuma glücklicherweise seltener geworden sind. In frühen Stadien entfernen wir durch eine Arthroskopie in einer „Schlüssellochoperation“ die entzündete Gelenkinnenhaut. Sind jedoch die Gelenkflächen schon zerstört, ist ein Gelenkersatz erforderlich. Dieser sollte nicht zu spät erfolgen, da sonst die Rotatorenmanschette schon zerstört sein kann. Auch Rheumapatienten profitieren in der Regel sehr vom Gelenkersatz.

## Brüche des Oberarmkopfes

Nach Brüchen des Oberarmkopfes kann es zum teilweisen Absterben des Knochens mit Einbruch der Gelenkfläche und schmerzhafter Steife kommen. Manchmal funktioniert auch die Rotatorenmanschette nicht mehr. Selbst bei einem frischen Bruch kann der Oberarmkopf manchmal nicht gerettet werden. In all diesen Fällen ist ein Ersatz sinnvoll.

## Arthrose nach Ausrenkungen

Jede Ausrenkung des Schultergelenkes hinterlässt Schaden an Kapsel und Knorpel. Daher operieren wir heute frühzeitig, meist arthroskopisch. Vor 20 bis 30 Jahren wurde oft nach anderen Verfahren operiert, die heute nicht mehr durchgeführt werden. Diese Patienten können mit der Zeit eine Arthrose entwickeln. Oft sind sie dann erst 40 bis 50 Jahre alt, stehen mitten im Berufsleben und benötigen ebenfalls eine Schulterendoprothese.

## Fazit

Heutzutage stehen uns vielfältige Behandlungsmöglichkeiten durch Endoprothesen für das Schultergelenk zur Verfügung. Die primäre Arthrose lässt sich zuverlässig behandeln, wie wir es auch von künstlichen Hüft- und Kniegelenken her kennen. Für Patienten mit Arthrose durch Sehnenschaden steht mit der inversen Prothese eine Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung, die Schmerzen lindert und die Funktion verbessert. Damit können wir heute Patienten helfen, deren Beschwerden wir früher nur ungenügend lindern konnten. In jedem Fall sind ein gutes Team und Erfahrung Voraussetzung für den Behandlungserfolg.



## Sprechstunde



Dr. med. Stefan Bartsch  
Leitender Arzt Abteilung  
Schulter- & Gelenkchirurgie,  
AGAPLESION EV. KLINIKUM  
SCHAUMBURG

### Ich habe eine Arthrose am Schultergelenk. Wann ist der richtige Zeitpunkt für die Operation?

Bei der „normalen“ Arthrose sollten zunächst die alternativen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft werden. Doch oft wird gerade in solchen Fällen zu lange gewartet. Die langfristig besten Ergebnisse erzielen wir, wenn die Operation erfolgt bevor gravierende Schäden an den Sehnen und der Gelenkpfanne eingetreten sind. Es ist daher sinnvoll, dies frühzeitig mit einem Schulterchirurgen zu besprechen. Manche Patienten kontrollieren wir über Jahre, ohne dass die Operation dringlich wird, andere gehören früh operiert.

### Wie viel Zeit nehmen Operation und Nachbehandlung in Anspruch?

Für den Einbau einer Schulterendoprothese dauert der Krankenhausauf-

enthalt etwa eine Woche. Im Anschluss empfehlen wir eine dreiwöchige ambulante oder stationäre Rehabilitation in einer der Reha-Kliniken der Umgebung. Danach erfolgt in jedem Fall eine persönliche Nachuntersuchung durch Ihren Operateur. Die langfristige Weiterbetreuung übernimmt Ihr Orthopäde oder Chirurg.

### Wie lange dauert es, bis ich meinen Arm wieder voll einsetzen kann?

Nach Einbau einer inversen Endoprothese steht Ihnen der Arm nach der Operation für Alltagsverrichtungen gleich zur Verfügung. Sie tragen ihn nicht in einer Schlinge und üben gleich den aktiven Einsatz. Bei einer anatomischen Endoprothese nach primärer Arthrose ist eine vierwöchige Schonungsphase erforderlich, in welcher die Physiotherapeuten bereits mit Ihnen arbeiten. Danach beginnt der Belastungs-

aufbau. Nach drei Monaten sind leichte und nach sechs Monaten volle Belastung erlaubt.

### Lohnt sich solch ein Eingriff auch noch im höheren Alter?

Gerade im höheren Alter leiden die Patienten sehr unter Schmerzen und Bewegungseinschränkung des Armes. Bei Älteren handelt es sich überwiegend um eine Arthrose mit großem Sehnenschaden. Dann implantieren wir eine inverse Endoprothese, mit welcher Sie den Arm gleich bewegen dürfen. Die Operation dauert nur etwa 40 bis 60 Minuten, der Schnitt ist relativ klein und die modernen Narkosen werden heute auch von alten Menschen in der Regel gut vertragen. Schmerzlinderung und gute Funktion des Armes im Alltag sind gerade für Ältere wichtig.

Die Folgen sind Schmerzen, oft auch nachts, und Schwäche bei der Armhebung. Über die Jahre nimmt schließlich das gesamte Gelenk Schaden und entwickelt eine Arthrose. In solchen Fällen implantieren wir eine sogenannte „inverse“ Schulterprothese. Die Prothese gibt dem instabilen Gelenk wieder einen festen Drehpunkt. Doch es gibt noch einen zweiten positiven Effekt. Wenn Sie in den nächsten Tagen die Wettkämpfe bei den olympischen Spielen anschauen, dann achten Sie einmal auf den „Deltamuskel“, den V-förmigen, kräftigen Muskel an der Schulter der Schwimmer oder Turner. Auch wenn die Rotatorenmanschette unserer Patienten zerstört ist, der Deltamuskel ist immer noch da. Die inverse Prothese vergrößert nun den Hebel und damit das Drehmoment des Muskels. Stabiler Drehpunkt und größeres Drehmoment: Damit ist der Patient in der Lage, den Arm zu heben und im Alltag wieder aktiv einzusetzen.

## Gelenkzentrum Schaumburg

Stükenstraße 3  
31737 Rinteln

Telefon: (05751) 95 15 - 0

Telefax: (05751) 95 15 - 30

praxis@gelenkzentrum-schaumburg.de

www.gelenkzentrum-schaumburg.de