

SCHULTERSPRECHSTUNDE

Spezialsprechstunde für akute und chronische
Schulter Schmerzen sowie Schulterverletzungen

Termine nach Vereinbarung

INHALT

	Seite
1. Vorwort.....	3
2. Einleitung.....	4
3. Schultergelenksverrenkung.....	6
4. Rotatorenmanschettenruptur.....	6
5. Schultereckgelenkssprengung.....	7
6. Engpassyndrom und Kalkeinlagerung.....	8
7. Riss der langen Bizepssehne.....	9
8. Krankengymnastik und Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP).....	10

1. Vorwort

In unserer Praxisklinik befassen wir uns seit vielen Jahren schwerpunktmäßig mit den Verletzungen, Verletzungsfolgen und schmerzhaften Verschleißerkrankungen des Schultergelenkes. Intensive Grundlagenforschung sowie die Ergebnisse klinischer Studien haben eine enorme Weiterentwicklung, Verfeinerung und Präzisierung unseres Wissens um die Funktion der Schulter ermöglicht. Immer spezifischere, schonendere operative Verfahren sind der Gewinn für unsere Patienten. Verletzungen, die noch vor wenigen Jahren mit großen operativen Gelenkeröffnungen versorgt werden mussten, können heute mit arthroskopischen, minimal invasiven Techniken, teilweise sogar ambulant oder im Rahmen eines wenige Tage dauernden stationären Aufenthaltes effektiv behandelt werden.

Dieser rasante Fortschritt macht eine kontinuierliche Teilnahme an wissenschaftlichen Kongressen, externen Klinikhospitationen etc. erforderlich. Wir stehen in kontinuierlichem Wissens- und Erfahrungsaustausch mit befreundeten Kliniken sowie der Deutschen Vereinigung für Ellenbogen- und Schulterchirurgie, deren Mitglieder wir sind. So die Versorgung unserer Patienten mit den besten derzeit möglichen Verfahren gesichert.

Im Folgenden werden die häufigsten Verletzungen und Erkrankungen des Schultergelenkes allgemeinverständlich dargestellt und das in unserer Praxis-Klinik jeweils übliche Behandlungs- und Nachsorgeverfahren beschrieben.

2. Einleitung

Die Schulter ist das Gelenk des Menschen mit dem höchsten Grad der Beweglichkeit. Ein kompliziertes System aus Kapsel, Sehnenplatten, Muskelfaserzügen und Bändern verhindert, daß der Oberarmkopf aus der relativ kleinen Pfanne herausgehoben wird.

Dadurch bedingt besteht ein hohes Ausmaß an Verletzungen und verschleißbedingten Beschwerden. Um wirkungsvoll helfen zu können, bedarf es einer besonderen, sorgfältigen Diagnostik. Hier ermöglichen es moderne Untersuchungsverfahren, eine genaue Diagnose zu stellen.

Zum Einsatz kommen folgende Verfahren:

- a) Klinische Untersuchung mit Funktionstests der Schulter
Bewegungsausmaß, Schmerzpunkte, Funktionseinbußen, Stabilität
- b) Ultraschalluntersuchung Domäne: Sehnen und Muskelverletzung
- c) Röntgenaufnahmen einfache Knochendarstellung
- d) Computertomographie ggf. mit Gabe von Kontrastmittel in das Gelenk
- e) Kernspintomographie verfeinerte Darstellung der Weichteile und des Knochens
- f) Operative Gelenkspiegelung – Arthroskopie Therapiemöglichkeit, sehr schonendes Verfahren, ähnlich der Kniegelenkspiegelung

Eine oder mehrere dieser Untersuchungen können erforderlich sein, um bei Ihnen eine genaue Diagnose zu stellen und eine mögliche Behandlung vorzuschlagen. Bei Ihrer Untersuchung werden wir Sie dahingehend beraten.

3. Schultergelenksverrenkung

Ursache: Sturz auf die Schulter oder auf den Arm

Folgen: Dehnung oder Zerreißung der Gelenkkapsel und der Kapselbänder sowie zum Teil auch knöcherner Verletzung von Oberarmkopf oder Gelenkpfannenrand

Behandlung: Sofortiges Einrenken des Gelenkes z.B. in Vollnarkose. Durch Begleitverletzung der Verrenkung, wie z.B. eine Abscherung des Gelenkpfannenrandes oder eine Kapselzerreißung besteht eine große Wahrscheinlichkeit wiederholter Verrenkungen bei Gelegenheitsursachen, also ohne Unfallereignis.

Es sollte durch weitere gezielte Untersuchungen das wahre Ausmaß der Verletzung genau bestimmt werden und die Notwendigkeit einer operativen Behandlung unter Berücksichtigung des Patientenalters geprüft werden.

4. Rotatorenmanschettenruptur



Riss der Sehnenplatte



plastische Naht mit knöcherner Verankerung



Ursache: Sturz auf die Schulter

Abnutzung der Sehne durch Sport oder körperliche Arbeit

Folgen: Schmerzhaftige Bewegungseinschränkung der Schulter, insbesondere ist das seitliche Anheben des Armes nicht oder nur teilweise oder nur mit Scherzen möglich, „schmerzhafter Bogen“, Schnappphänomen

Behandlung: Bei kleinen Rissen kann häufig ohne eine Operation behandelt werden. Unter intensiver physikalischer Therapie und Krankengymnastik zeigt sich in vielen Fällen eine Besserung der Beschwerden. Bei großen Rissen, insbesondere bei frischen Verletzungen, muss der Riss operativ genäht werden.

5. Schulterreckgelenkssprengung

Zerreißung der Bandverbindung zwischen Schlüsselbein und Schulterblatt.



Stabil



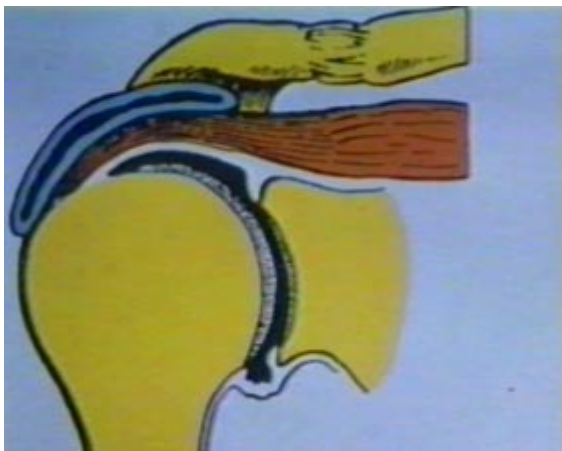
Zerreißung aller drei Bänder
Tossy 3

Ursache: Häufige Sportverletzung durch Sturz auf die Schulter

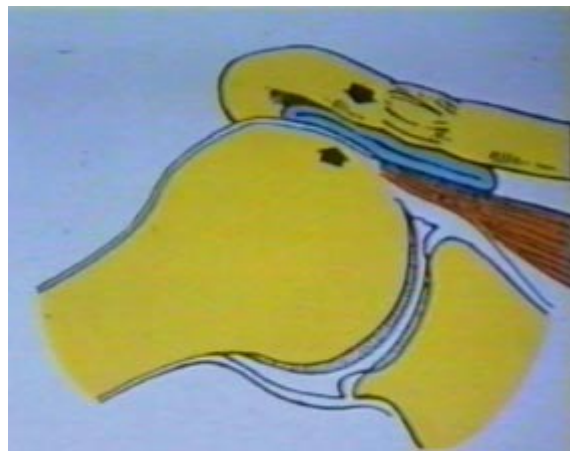
Folgen: Hochstand des seitlichen Schlüsselbeines mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung

Therapie: Bei sportlich aktiven Patienten und bei beruflicher, körperlicher Belastung empfiehlt sich bei aufgehobener Bandstabilität des Schulterergelenkes eine operative Behandlung. Hierbei wird der Bandapparat genäht und zusätzlich mit einer PDS-Kordel (löst sich auf und wird vom Körper abgebaut) verstärkt.

6. Engpassyndrom und Kalkeinlagerung



Normales Gelenk



Engpassyndrom

Ursache: Durch degenerative Veränderungen des Schulterdaches (Acromion) oder der Rotatorenmanschette kommt es zur Einengung des Gleitraumes für die Sehnenmanschette zwischen Schulterdach und Oberarmkopf. Dieser Prozeß kann von einer Kalkeinlagerung in die Sehnenmanschette begleitet sein und ist Maß der Schwere der Ent-

zündung und Degeneration. Diese Kalkeinlagerung tritt aber auch ohne Engpassyndrom auf und ist oft von anfallartigen Schmerzen begleitet.

Folgen: Schmerzhaftes Einsteifen der Schulter

Therapie: Wenn durch unter Umständen mehrwöchige physikalische Therapie und Krankengymnastik die Beschwerden nicht ausreichend gebessert werden können, muss eine Operation durchgeführt werden. Dabei wird ein Teil des knöchernen Schulterdaches sowie eine Bandverbindung entfernt, so dass der Gleitraum für die Sehnenmanschette wieder weit genug ist. Manchmal reicht das alleinige Ausräumen des Kalkherdes und des Schleimbeutels.

7. Riss der langen Bizepssehne

Ursache: Durch Verschleiß / Altern der Sehne selbst, aber auch durch Veränderungen des knöchernen Führungskanals oder Lockerungen des sehnigen Daches (Rotatorenmanschette) dieses Kanals können sich die Sehnenfasern aufbrauchen / entzünden, so daß ein Riss der Sehne resultiert.

Folgen: Schmerzen an der Vorderseite der Schulter und des Oberarmes, der Bizepsmuskel zieht sich überstark zusammen und wölbt sich vor. Es verbleibt eine Beeinträchtigung der Oberarmkraft sowie eine kosmetische Störung des Muskelreliefs.

Therapie: Verankerung der Sehne am Oberarmschaft unmittelbar unterhalb des Schultergelenkes in der Schlüssellochtechnik. Die Operation ermöglicht eine Verbesserung der Kraft des Armes sowie des Muskelreliefs des Oberarmes. Hierbei wird der Sehnenstumpf zu einem Knoten aufgerollt und in einem „Schlüsselloch“, welches zuvor am Oberarmknochen gebildet wird, verankert.

9. Krankengymnastik und Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)

Sowohl bei konservativer als auch bei operativer Behandlung einer Schultergelenkerkrankung kommt der Krankengymnastik und Physikalischen Therapie eine enorme Bedeutung zu. Diese darf sich aber nicht nur auf das isolierte Schultergelenk konzentrieren, sondern muss die benachbarten Körperregionen wie Hals, Wirbelsäule, Schultergürtel, Ellenbogen- und Handgelenk mit einbeziehen. Unter Zuhilfenahme der Wirkung physikalischer Maßnahmen wie Kälte, Wärme, wechselwarme Güsse, Massagen ggf. unter ergänzender medikamentöser Therapie müssen die einzelnen Krankheitsbilder/-zustände gezielt mit krankengymnastischen Techniken wie z.B. Dehnen, Erweitern des Gelenkspiels, Trainieren komplexer Bewegungsabläufe unter Berücksichtigung der Einzelkomponenten, Training der Muskulatur hinsichtlich Ausdauer und Kraft etc. behandelt werden.

Glücklicherweise verfügt unsere Praxis-Klinik über eine sowohl personell als auch apparativ und räumlich hervorragend ausgestattete Abteilung für physikalische Therapie, welche von den Krankenkassen und Berufsgenossenschaften auch für die erweiterte ambulante Physiotherapie anerkannt ist. Hochausgebildete Krankengymnasten/innen sowie Diplomsportlehrer/innen sind mit den Krankheitsbildern der Schulter vertraut und arbeiten gemeinsam mit dem ärztlichen Team. Insbesondere in der Nachbehandlung unserer operierten Patienten ist die Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Operateur von unermesslichem Wert. Hier werden gemeinsam zum Teil individuelle Trainingspläne auf die operierte Schultererkrankung/-verletzung ausgerichtet. Selbstverständlich werden hier die Behandlungsverläufe dokumentiert und ärztlicherseits überwacht bzw. gesteuert.