

OPERATIVE BEHANDLUNG DER SCHULTER

EIN JUNGES GEBIET DER CHIRURGIE

Dr. med. Jan Leuzinger

Facharzt FMH Chirurgie

Viele Menschen leiden an Schmerzen, die vom Schultergürtel ausgehen seien es unfallbedingte Probleme bei jungen Patienten, seien es Schmerzen bei älteren Leuten, die durch Abnutzung oder degenerative Erkrankungen auftreten können. Früher wurden letztere oft in den Bereich der rheumatischen Erkrankungen eingeordnet und entsprechend behandelt. Es zeigt sich aber immer wieder, dass die Schmerzen und Funktionsstörungen der Schulter eher mechanisch bedingt sind und mit operativen Behandlungen verbessert werden können. Dank einem vertieften Verständnis von Anatomie und Funktion der Schulter ist es heute möglich, durch minimal invasive Eingriffe die Ursache dieser Erkrankungen zu behandeln und eine schmerzfreie Funktion der Schulter zu erreichen.

Unter der Voraussetzung einer guten präoperativen Diagnostik kann mittels minimal-invasiver Eingriffe (wie z.B. der Arthroskopie, bei welcher eine Kamera und benötigte Operationsinstrumente über 5–10 mm kleine Schnitte in die Schulter eingeführt werden) die körperliche Belastung des Patienten im Vergleich zu einer

offenen Operation – deutlich vermindert werden. Eine schmerz- und komplikationsarme Behandlung mit modernster Technik sowie kurze Hospitalisationszeiten stehen im Vordergrund, ist die Schulter doch kein lebenswichtiges Organ. Entsprechend muss auch die postoperative Rehabilitation so gestaltet werden, dass der Patient in seinem täglichen Leben möglichst wenig eingeschränkt wird.

Im Folgenden finden sind einige Beispiele von Schultererkrankungen und deren Behandlung kurz beschrieben.

Die Schulterinstabilität

Eine typische Verletzung im jugendlichen Alter ist die Ausrenkung (lat. Luxation) der Schulter, die früher konservativ behandelt wurde. Genaue Analysen der Langzeitauswirkungen zeigen jedoch, dass ein Grossteil der Fälle operativ behandelt werden sollte. Nach heutigem Stand ist arthroskopisch durchgeführten Operationen der Vorzug zu geben, da im Vergleich zur offenen Operation die Prognose bezüglich der Entwicklung von späteren Folgeschäden deutlich besser ist.

Eine Kamera wird dabei ins Gelenk eingebracht, anschliessend werden die beschädigten Strukturen der Kapsel mittels kleiner, sich selbst auflösender Anker fixiert, so dass in der Folge die normale Anatomie wiederhergestellt ist. Eine intensive physiotherapeutische Nachbehandlung ist meistens nicht nötig. Die Schulter wird während ca. 3 Wochen ruhig gestellt und der Patient erreicht die Sportfähigkeit in der Regel nach etwa 3 Monaten.

Rotatorenmanschetten-Verletzungen

Einer der häufigsten Eingriffe der Schulterchirurgie ist die Behandlung der Rotatorenmanschette, jenes Muskelgürtels also, der die Schulter in der Tiefe umschliesst und zur Stabilisierung des Gelenkes beim Ausführen von Bewegungen notwendig ist. Verletzungen können einerseits durch einen Unfall (direkter Schlag oder Sturz), andererseits durch degenerative Erkrankungen auftreten. Ist die Rotatorenmanschette gerissen, leidet der Patient vor allem unter Nachtschmer-



4

Abb. 1
Die abgerissene Sehne der Rotatorenmanschette (RM) wird mittels kleiner Knochenanker am vorbereiteten Knochen refixiert.

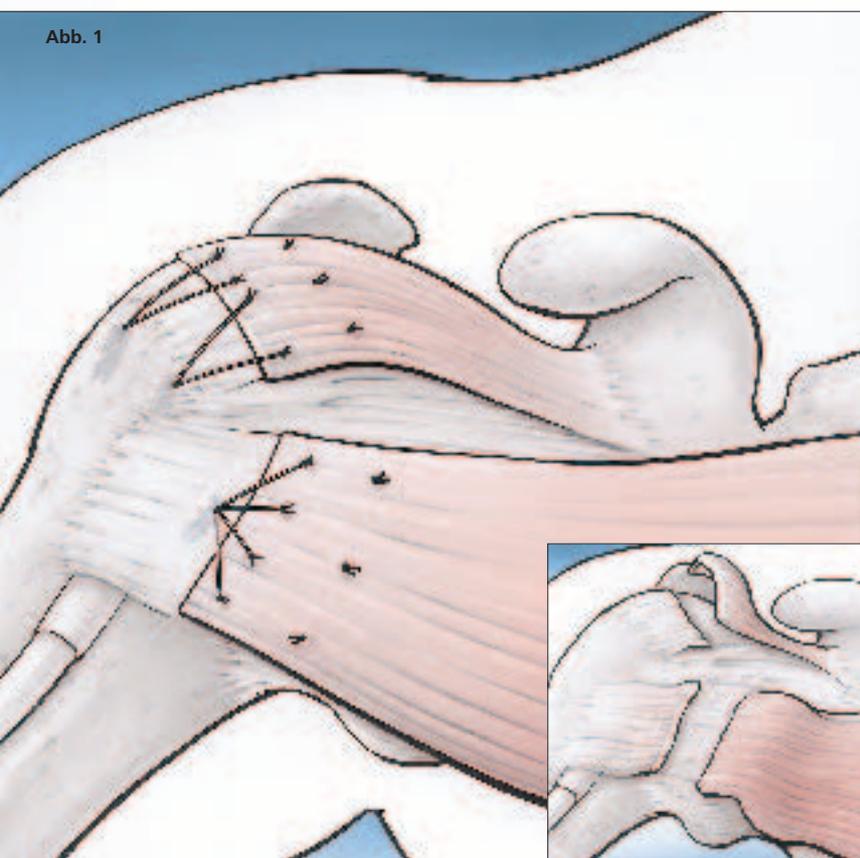


Abb. 1

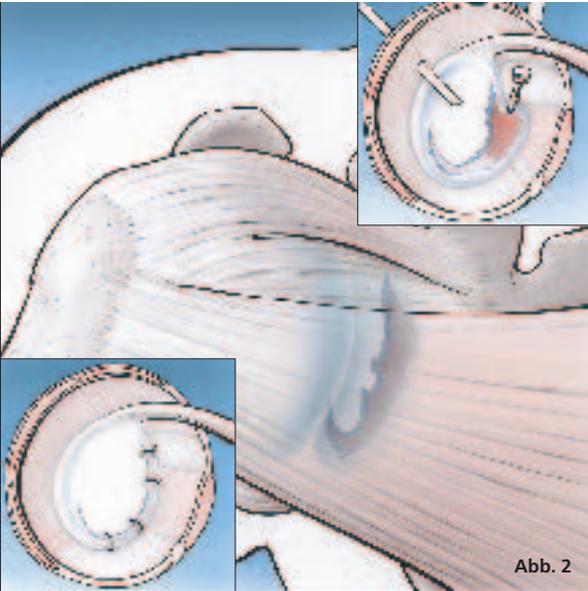


Abb. 2

zen und einer eingeschränkten Beweglichkeit beim Heben des Armes über die Schulterhöhe. Heute können Rotatorenmanschetten fast in jedem Fall arthroskopisch unter Einführen einer Kamera in die Schulter behandelt werden. Dabei wird die abgerissene Manschette durch kleine Arbeitskanäle wieder im Bereich des Oberarmkopfes angesetzt. Nur in den seltensten Fällen ist es notwendig, die Sehne durch ein Implantat zu ersetzen. Während der Nachbehandlung muss der Patient zunächst für 4–6 Wochen ein kleines Abduktionskissen tragen und anschliessend eine oft mehrmonatige Rehabilitation durchlaufen, um wieder volle Beweglichkeit und Kraft zu erreichen.

Schulterarthrose

Genau wie im Bereich der Hüfte oder des Knies kann eine Arthrose auch an der Schulter auftreten. In solchen Fällen muss die Gelenkfläche durch eine Prothese ersetzt werden. Bis vor kurzem wurden ähnliche Prothesen wie im Bereich der Hüfte eingesetzt. Bei der Schulter ist die Problematik allerdings etwas anders gelagert, tritt ein Grossteil der Arthrosen doch wegen unbenutzt gebliebener ausgedehnter Verletzungen der Rotatorenmanschette auf. Wird in einem solchen Fall eine normale Prothese eingebaut, führt dies unweigerlich zu einer schlechten Führung der Prothese und damit mittelfristig wieder zu Schmerzen. Aus diesem Grund sind Umkehrprothesen entwickelt worden, die dieses Problem durch Verlagerung des Drehpunktes elegant lösen. Die Patienten sind so sehr schnell wieder beweglich und schmerzfrei.

Falls der Patient aber bei unverletzter Rotatorenmanschette an einer Arthrose leidet, kann heute im Gegensatz zur Hüfte allein die Gelenkfläche durch eine Titanschale ersetzt

werden. Dies ist ein sehr schneller, schmerzärmer Eingriff, der zu einer deutlichen Verbesserung der Bewegung und zu Schmerzfreiheit führt. Ca. sechs bis acht Wochen nach Einheilen der abgelösten Muskeln ist die Funktion der Schulter wiederhergestellt.

Nerveneinklemmung

Lange Zeit kaum beachtet und oft übersehen waren Schmerzen aufgrund lokaler Einklemmungen der zuleitenden Nerven, welche die Muskeln der Schulter versorgen. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben jedoch gezeigt, dass ein beträchtlicher Anteil von Schulterbeschwerden oder Funktionsstörungen im Bereich der Rotatorenmanschette genau darauf zurückzuführen sind. Diese Beschwerden können – ähnlich wie im Bereich der Hand – durch einfache Entlastungsoperationen der Nerven behoben werden.

Lang dauernde Schulterschmerzen müssen nicht mehr sein

Viele Schmerzen, die früher wegen der hohen Komplikationsraten der operativen Eingriffe in Kauf genommen wurden, können heute dank minimalinvasiven Techniken und der zu einem eigentlichen Spezialgebiet gewordenen Schulterchirurgie erfolgreich behandelt werden. Komplikationen sind selten geworden und im Normalfall dauert eine Hospitalisation nur ein bis drei Tage. Eine äusserst sorgfältige Planung sowie ein differenziertes Abwägen der dem Patienten dienlichsten Behandlungsmöglichkeiten sind aber auf jeden Fall unabdingbar.

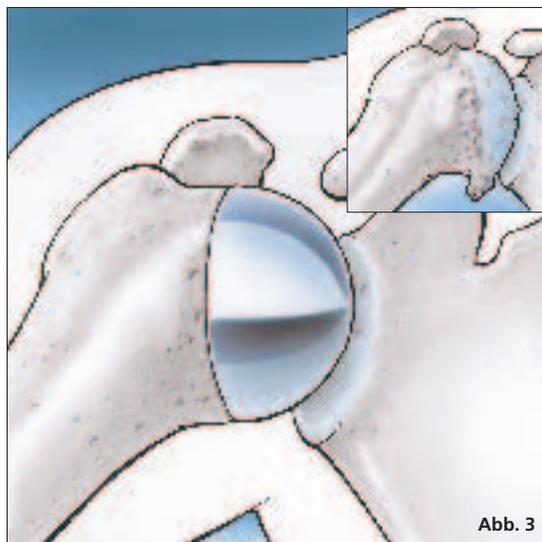


Abb. 3

Abb. 2
Der beschädigte Kapselbandkomplex kann arthroskopisch wieder am Pfannenrand in anatomischer Lage adaptiert werden.

Dr. med. Jan Leuzinger
Facharzt FMH für Chirurgie

Churerstrasse 43
CH-8808 Pfäffikon
T 055 415 80 20
F 055 415 80 29
citypraxis@citypraxis.ch
www.citypraxis.ch
www.hirslanden.ch

Abb. 3
Die durch die Arthrose zerstörte Gelenkfläche des Oberarmkopfes wird durch eine Titanhaube ersetzt.