

KLINIK FÜR ORTHOPÄDIE,
UNFALL- UND
WIRBELSÄULENCHIRURGIE
in der Euromed**Clinic**

Patientenleitfaden
ERKRANKUNGEN DES SCHULTERGELENKS



EuromedClinic[®]
Kompetent. Individuell. Privat.



*„Ob konservative Behandlung oder gelenkersetzende Operation –
wir halten Sie in Bewegung“*

*Dr. med. Astrid R. M. Krückhans, Chefärztin der Klinik für
Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie in der EuromedClinic*

DIE KLINIK FÜR ORTHOPÄDIE, UNFALL- UND WIRBELSÄULENCHIRURGIE IN DER EUROMEDCLINIC: IHR FIXPUNKT FÜR ORTHOPÄDISCHE KOMPETENZ!



Liebe Patientin, lieber Patient,

Knochen, Muskeln, Sehnen und Gelenke: Was uns im Innersten zusammenhält, ist das größte Organsystem des menschlichen Körpers. Über- und Fehlbelastungen, Verletzungen, Bewegungsmangel, Stoffwechselstörungen oder einfach „Verschleiß“ führen zu den unterschiedlichsten Funktionsstörungen oder schmerzhaften Folgeverletzungen an unserem Stütz- und Bewegungsapparat.

Die Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie der EuromedClinic deckt in ihrer Funktion als Kompetenzzentrum das komplette Spektrum konservativer und operativer Behandlungen am gesamten Bewegungsapparat ab. Ein hoher Wissens- und Leistungsstand bilden die Basis, auf der wir Ihnen die für Sie sinnvollste und schonendste Therapie anbieten können.

Neben der gesamten Palette moderner Operationsverfahren machen wir uns Ihre intensive und individuelle Betreuung zur Maxime. Wir glauben, dass erst die Verbindung von hoher fachlicher Kompetenz mit individuellem persönlichem Kontakt es ermöglicht, Sie so zu versorgen, wie Sie es von einem hervorragenden orthopädischen Fachzentrum erwarten.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Krückhans'.

Dr. med. Astrid R. M. Krückhans

Chefärztin der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie

ERKRANKUNGEN DES SCHULTERGELENKS

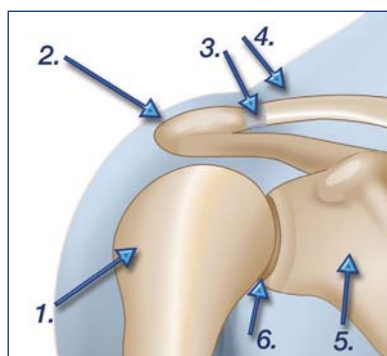


Die Schulter – ein hochkomplexes Gelenk

Die Schulter ist eines der komplexesten Gelenke des menschlichen Körpers. **Das „System Schulter“ umfasst das eigentliche Schultergelenk, das Schulterblatt, das Schulterergelenk (Gelenk zwischen Schulterblatt und Schlüsselbein) und die umgebenden Weichteile.** Um den weiten Bewegungsspielraum unserer Hände zu ermöglichen, ist die Schulter die beweglichste Gelenkverbindung des Körpers mit einer relativ kleinen knöchernen Führung.

Stabilität gewinnt die Schulter durch das Labrum (Schulterlippe, Knorpelring um die knöcherne Gelenkpfanne), **verschiedene Bänder und das fein abgestimmte Zusammenspiel der Rotatorenmanschette**, der umgebenden Muskelgruppe mit ihren Sehnen und den Reibung reduzierenden Schleimbeuteln, die den Oberarm im Gelenk zentriert.

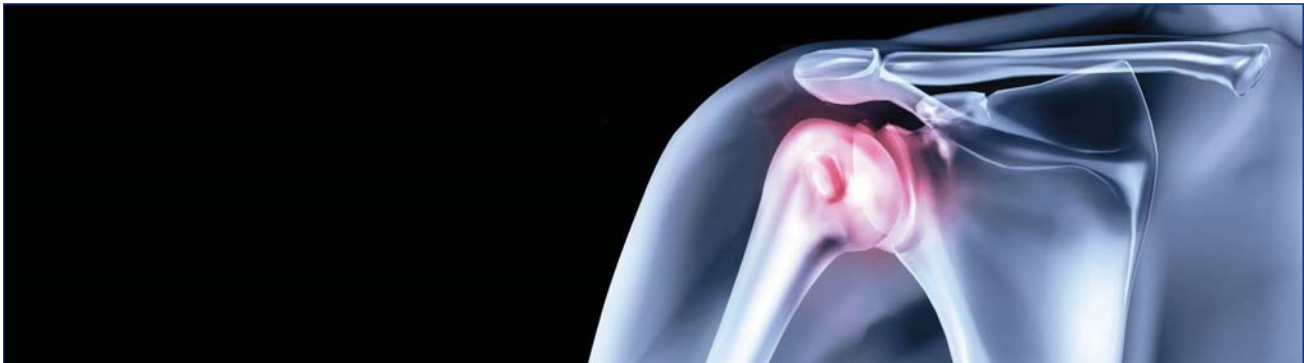
Ist auch nur eine dieser Strukturen verletzt oder erkrankt, wird das gesamte „System Schulter“ in Mitleidenschaft gezogen. Allerdings können Schmerzen, die der Patient in der Schulter verspürt, auch von anderen Organen wie Halswirbelsäule, Herz oder sogar Gallenblase herrühren. Schmerzen in der Schulter beeinträchtigen das tägliche Leben erheblich. Schulterschmerz wird oft heftiger als Zahnschmerz empfunden – umso wichtiger, den eigentlichen Auslöser zu ermitteln, um die Erkrankung rasch und richtig behandeln zu können.



1. Oberarmkopf = Humerus
2. Schulterhöhe = Acromion
3. Schulterergelenk
4. Schlüsselbein = Clavicula
5. Schulterblatt mit
6. Pfanne = Scapula + Glenoid

Anatomie der Schulter

URSACHEN FÜR DEN SCHULTERSCHMERZ



SCHMERZEN IM SCHULTERDACH

Einer der häufigsten Orte von Schulterschmerz ist der subacromiale Raum (Bereich unter der Schulterhöhe), unter dem die Rotatorenmanchette mit ihren Sehnen zum Oberarmkopf läuft. Der Schleimbeutel über der Muskulatur ist gleichzeitig Puffer und Gleitschicht. Schmerzen an dieser Stelle können auf folgende Erkrankungen hinweisen:

Impingement (Engpass) Syndrom

Bei einer gestörten Gelenkmechanik kommt es zu einer Einengung des subacromialen Raumes beim (vor allem seitlichen) Heben des Arms, so dass die Rotatorenmanchette gequetscht wird und der Schleimbeutel unter dem Acromion sich entzündet. Oft wird dies durch Knochenspornbildung noch verstärkt. Durch den Druck entstehen viele kleine Muskeleinrisse.

Tendinitis Calcarea (Kalkschulter)

Durch eine chronische Reizung der Sehnen und die dadurch verschlechterte Durchblutung kann es, vor allem bei jüngeren Patienten, zu einer herdförmigen Einlagerung von Kalk kommen. Wenn das Kalkdepot in den Schleimbeutel einbricht, führt dies zu erheblichen akuten Schmerzen. Die Schulter wird kaum noch bewegt, die Gelenkkapsel verklebt, es kommt zur Schultersteife.

Ruptur (Riss) der Rotatorenmanchette

Bei chronischem Impingement Syndrom entstehen viele kleine Einrisse in der Rotatorenmanchette, die sich zu einem kompletten Riss vergrößern können. Insbesondere bei Vorschädigung kann dies auch plötzlich bei einem Sturz auf den Arm geschehen. Der Oberarmkopf tritt nun stetig höher unter das Schulterdach. Mittelfristig entsteht eine Omarthrose (Verschleiß des Schultergelenks).



Schmerzen im Schulterdach



Impingement durch Knochensporn



Entlastung eines Kalkdepots bei einer arthroskopischen OP



Hochstand des Oberarmkopfs bei defekter Rotatorenmanchette



SCHMERZEN IM SCHULTERGELENK

Auch im eigentlichen Schultergelenk können Schmerzen auftreten. Typische Ursachen der Beschwerden sind z. B. angeborene oder durch einen Unfall erworbene Instabilitäten, Verletzungen wie Knochenbrüche oder Sehnenrisse und die Omarthrose (Verschleißkrankung im Schultergelenk oder Schulterreckgelenk).

Schulterinstabilität und Schulterluxation

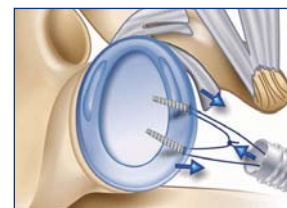
Der Oberarmkopf kann durch eine Extrembewegung oder durch Einwirkung von außen aus der Schulterpfanne luxieren (auskugeln). Die Schulterluxation ist die häufigste Gelenkverrenkung beim Menschen. Der Oberarmkopf kann nach vorn unten, nach hinten und in seltenen Fällen nach oben aus der Pfanne auskugeln. Nur ein Arzt sollte das Gelenk wieder „einrenken“! Bei unsachgemäßer Behandlung können schwere Band-, Muskel- und Sehnen- oder Nervenverletzungen entstehen.



Schulterluxation im Röntgenbild

Abriss des Labrums

Wie der hochgewölbte Rand eines Suppentellers liegt um die knöchernen Pfanne des Schultergelenks das Labrum, das die Pfanne vertieft und dem Auskugeln des Oberarmkopfs entgegenwirkt. Löst sich dieses bei einer Luxation vom Pfannenrand ab, ist eine erneute Luxation bei eigentlich harmlosen Alltagsbewegungen vorprogrammiert. Daher sollte es bei einer Arthroskopie der Schulter wieder am Pfannenrand befestigt werden.



Arthroskopische Naht mit Titan-Ankern

Knochenbrüche

Alle knöchernen Anteile der Schulter, besonders häufig aber der Oberarmkopf können bei einem Unfall brechen. Osteoporose (Knochenentkalkung) ist dabei ein besonderer Risikofaktor. In Abhängigkeit vom betroffenen Knochen, vom Bruchverlauf und von der Verschiebung der Knochenanteile zueinander ist eine konservative (nicht operative) Behandlung möglich, meist aber eine Operation erforderlich.



Verplattung eines Oberarmkopfbrechens

ARTHROSE DER SCHULTER (GELENKVERSCHLEIß)

Das Krankheitsbild

Eine Arthrose kann in der Schulter als Omarthrose (im eigentlichen Schultergelenk) und/oder als AC-Gelenkarthrose (Acromioclaviculargelenk = Schulterreckgelenk zwischen Schulterblatt und Schlüsselbein) auftreten. **Der Gelenkverschleiß beginnt mit der Zerstörung des Gelenkknorpels** (hartelastischer, glatter Überzug des Knochens im Bereich der Gelenkflächen). **Im weiteren Verlauf werden dann auch Weichteile** (z. B. Gelenkkapsel, Bänder) **und der Knochen in Mitleidenschaft gezogen.** Zu Beginn macht sich die Omarthrose meistens wenig bemerkbar. Sie kann aber schnell voranschreiten und im täglichen Leben zu starken Schmerzen und einer erheblichen Beeinträchtigung der Beweglichkeit führen.

ENTSTEHUNG EINER SCHULTERARTHROSE

Mangelernährung des Gelenks

Unser Knorpelgewebe besitzt keine ernährenden Blutgefäße, sondern es wird von der Gelenkflüssigkeit versorgt. Diese wird beim Belasten des Gelenks – ähnlich wie bei einem Schwamm – aus dem Knorpelgewebe herausgedrückt und beim Entlasten wieder eingesogen.

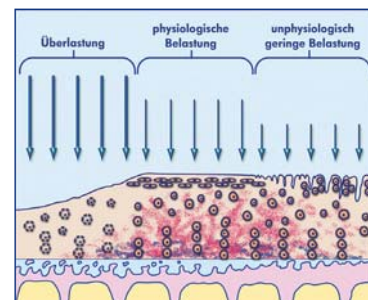
Ist unser Knorpel jedoch überbelastet, d. h. zu hohen Druckkräften ausgesetzt, wird seine ursprünglich glatte Oberfläche mechanisch zerstört. Der Knorpel fasert auf und geht zunehmend zu Grunde.

Die wichtigsten Ursachen sind:

- **Hochstand des Oberarmkopfs bei gerissener Rotatorenmanschette**
- **Unfälle**

Aber auch eine Unterbelastung stört die Knorpelernährung. Entzündliche Gelenkerkrankungen („Rheuma“) verschlechtern die Zusammensetzung der Gelenkflüssigkeit.

Schwere körperliche Arbeit oder sich wiederholende Bewegungsabläufe sind nie die auslösende Ursache, beschleunigen aber den Krankheitsverlauf.



Knorpelveränderung bei Fehlbelastung



DER KRANKHEITSVERLAUF



Mit Fortschreiten der Schulterarthrose werden Veränderungen im Röntgenbild sichtbar.

- **Als Erstes wird der Gelenkknorpel abgenutzt.** Er ist im Röntgenbild nicht direkt zu erkennen, stellt sich aber als Saum zwischen den hellen knöchernen Gelenkpartnern als sogenannter Gelenkspalt (= durchlässig für Röntgenstrahlen) dar. Entsprechend dem Knorpelabbau wird dieser „Gelenkspalt“ daher immer schmaler, bis beide Knochen einander schließlich berühren.
- **Mit ansteigender Belastung reagiert auch das Knochengewebe.** Es verstärkt sich im Bereich der Überlastung. Am Röntgenbild ist dann eine Sklerose (Verdichtung) als helles Band (= undurchlässig für Röntgenstrahlen) zu erkennen. Im unterbelasteten Anteil sieht der Knochen eher transparenter aus als normal.
- **An den Gelenkkanten bilden sich zunehmend Osteophyten (Knochenwülste).**
- **Im überbelasteten Bereich kommt es zu punktuellen Durchblutungsstörungen, der Knochen stirbt ab und es entwickeln sich kleine Zysten (Hohlräume).** Häufig treten sie an den benachbarten Knochenteilen paarweise einander gegenüberliegend auf.

ERSTE WARNSIGNALE

Die nachfolgenden Beschwerden sollten für Sie Anlass sein, zusammen mit Ihrem Arzt über Ihre täglichen Bewegungsabläufe nachzudenken und eventuell vorbeugende Maßnahmen zu treffen oder eine Therapie in Anspruch zu nehmen.

- Ein erstes Anzeichen ist ein Müdigkeitsgefühl vor allem nach einem Überkopparbeiten mit den Armen. Sie verspüren noch keine Schmerzen, aber der Wunsch nach einer Pause wird immer häufiger.
- Mit fortschreitendem Gelenkverschleiß folgen dann ein Ziehen, ein Druckgefühl oder leichte Schmerzen in der Schulter mit Ausstrahlung in den Oberarm.
- Relativ bald treten nächtliche Schmerzen nach dem Liegen auf der Schulter auf.
- Je anhaltender die Schmerzen auftreten, desto mehr werden Sie versuchen, jede schmerzhafte Bewegung zu vermeiden. Infolgedessen verspannt und verkürzt sich die Muskulatur, Sie nehmen eine Schonhaltung ein, Gelenkkapsel und Bänder schrumpfen. Das Bewegungsausmaß Ihres Schultergelenks nimmt ab, das Ende der Bewegung ist schmerzhaft.

ERSTER SCHRITT ZUR BESSERUNG: DIE EXAKTE DIAGNOSE!



Am Anfang steht die Anamnese, eine systematische Erhebung Ihrer Krankheitsgeschichte. Dabei werden Ihre aktuellen Beschwerden, Ihre Lebensumstände (z. B. berufliche Belastungen), Ihre gesundheitliche Vorgeschichte, besondere Risikofaktoren, und Ihr genetisches (erbliches) Risiko erfasst. **Folgende Fragen sind typisch:**

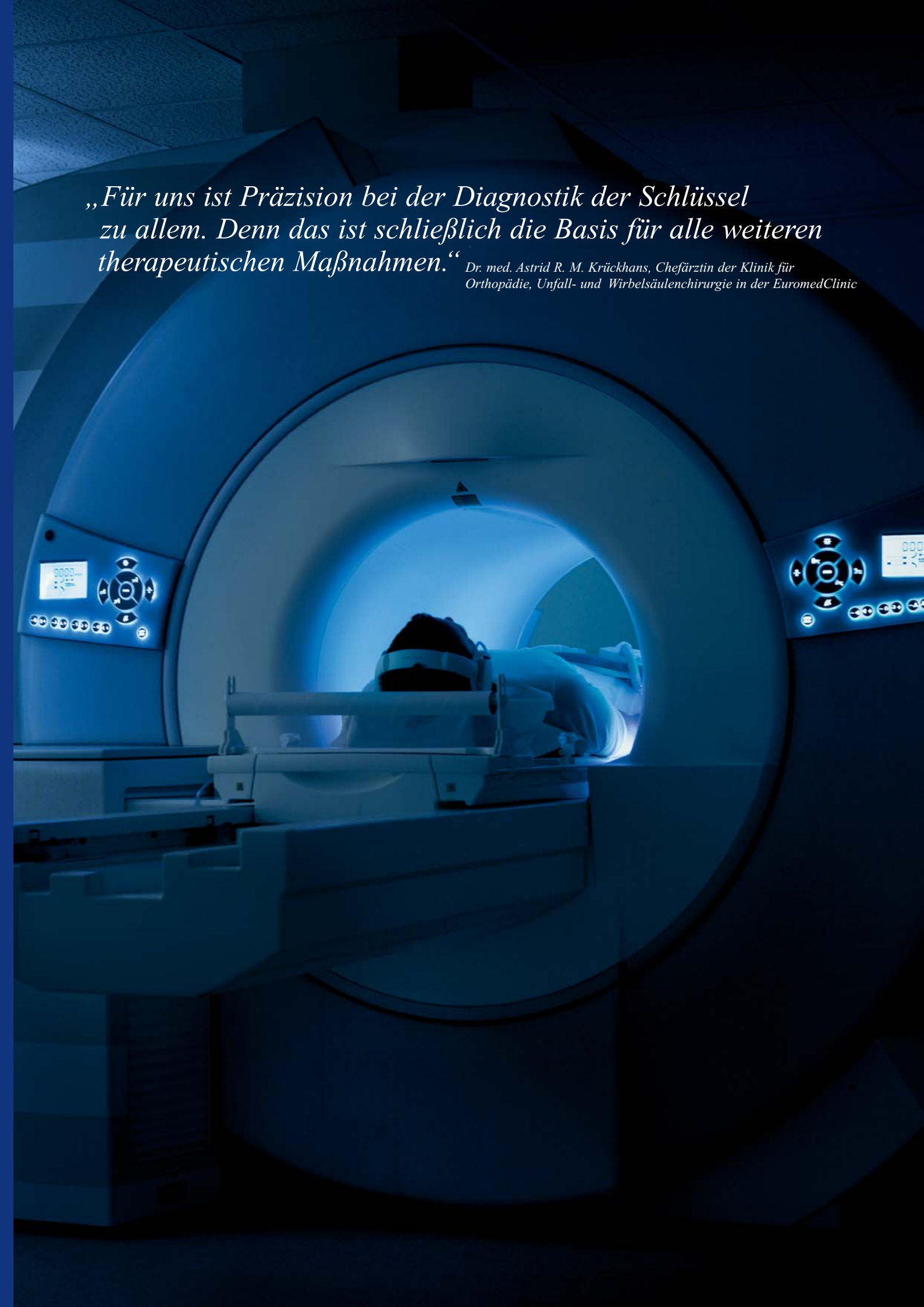
- **Seit wann und wie oft treten welche Beschwerden auf?**
- **Wohin strahlt der Schmerz aus?**
- **Sind Teile der Schulter oder des Armes pelzig oder taub? Schläft der Arm ein?**
- **Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst (Belastungen, Sport)?
Wie lassen sie sich lindern?**
- **Haben Sie sich schon selbst behandelt (Hausmittel)?
Was hat Ihr Arzt verordnet (Medikamente, Krankengymnastik)?**
- **Haben Sie weitere, auch nicht orthopädische Krankheiten?
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

Nun folgt die gründliche körperliche Untersuchung, bei der wir neben Gelenkschwellungen, Beweglichkeit, Stabilität, Druck- und Bewegungsschmerz des betroffenen Gelenks und seiner Nachbargelenke Größe, Gewicht, Körperhaltung, Fehlstellungen der Gliedmaßen und Wirbelsäule, Nervenstörungen und Durchblutung dokumentieren.

Als Ergebnis liegt in der Regel eine erste Diagnose vor, die wir ggf. durch weitere bildgebende Untersuchungen bestätigen und/oder von ähnlichen Krankheitsbildern abgrenzen.

„Für uns ist Präzision bei der Diagnostik der Schlüssel zu allem. Denn das ist schließlich die Basis für alle weiteren therapeutischen Maßnahmen.“

Dr. med. Astrid R. M. Krückhans, Chefarztin der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie in der EuromedClinic



BILDGEBENDE VERFAHREN

Sonografie (Ultraschall) des Schultergelenkes

Speziell am Schultergelenk ermöglicht die Ultraschalldiagnostik, einen guten Überblick über die Struktur von Muskulatur, Sehnen und Schleimbeuteln sowie Flüssigkeitsansammlungen inner- und außerhalb des Gelenks zu bekommen.

Röntgen

Zur Basisdiagnostik werden in der Regel drei Röntgenbilder angefertigt, eines in Frontalansicht, eine seitliche Aufnahme und ein spezielles Bild zur Darstellung des Schulterdachs.

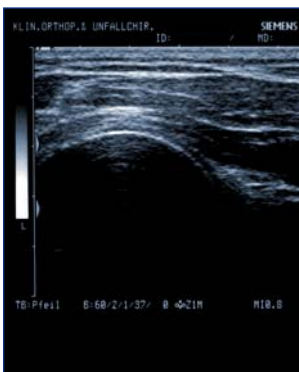
Magnetresonanztomographie

Die Magnetresonanztomographie (MRT, auch Kernspintomographie, Schnittbildaufnahme ohne Röntgenstrahlen) misst den Gehalt an Wasserstoffatomen in unterschiedlichen Geweben. In einer MRT werden sowohl Knochen als auch Weichteile (Knorpel, Bänder, Muskeln und Sehnen) dargestellt. Im Anfangs- oder Mittelstadium einer Verschleißerkrankung kann es sehr hilfreich sein, das genaue Ausmaß des Knorpelschadens zu beurteilen.

Computertomographie

Nur bei speziellen Fragestellungen (z. B. bei Knochenbrüchen) ergänzt eine Computertomographie (CT, Schnittbildaufnahme mit Röntgenstrahlen) die herkömmlichen Röntgenbilder. Das CT liefert ein dreidimensionales Bild des Schultergelenks, anhand dessen das Gelenk genau vermessen werden kann.

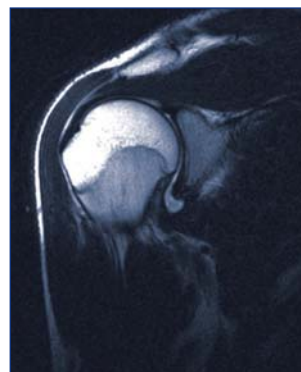
Darstellung der bildgebenden Verfahren:



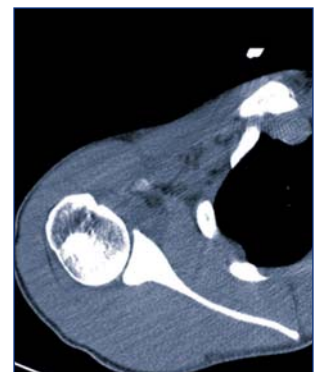
Sonografie



Röntgenbild Schulterluxation



MRT der Schulter von vorn



CT der Schulter von oben

WAS KÖNNEN SIE SELBST GEGEN GELENKVERSCHLEISS TUN?

Prophylaktische (vorbeugende) Maßnahmen

Die Ernährung des Knorpels erfolgt durch Bewegen des Gelenks, wobei eine Überbelastung vermieden werden soll. Nur ein Gelenk, das Sie viel bewegen und dessen Knorpel daher gut ernährt ist, besitzt die Widerstandskraft, kurzfristige Mehrbelastungen unbeschadet zu überstehen. Spitzenbelastungen wie zu schweres Tragen oder Heben sollten Sie im Alltag möglichst vermeiden.

Folgende vorbeugenden Maßnahmen, die dem Entstehen der Erkrankung entgegenwirken oder im Anfangsstadium ihr Fortschreiten verlangsamen sollen, können Sie selbst in Angriff nehmen.

Haben Sie eine überwiegend sitzende Tätigkeit?

- Bewegen Sie wiederholt Ihre Arme und Beine!

Treiben Sie Ausgleichssport!

Bewegen Sie Ihre Gelenke im vollen Bewegungsumfang!

- Treiben Sie regelmäßig Gymnastik!
- Trainieren und dehnen Sie Ihre Muskulatur!
- Dehnen Sie verkürzte Gelenkkapseln und Bänder!

Vermeiden Sie bei einer Vorschädigung Belastungen der Schulter!

- Vermeiden Sie das Überkopparbeiten.
- Benutzen Sie keine Einkaufstasche, sondern einen Einkaufswagen.
- Schlafen Sie auf dem Rücken oder auf einer Matratze mit Schulteraufnahme.



EIGENBEHANDLUNG – ERSTE LINDERUNG

Akute Beschwerden können Sie durch „alte Hausmittel“ lindern.

Als Hausmittel gelten *Kältepackungen, Alkoholumschläge, Teufelskralle, Retterspitz, Ringelblumensalbe, Melkfett, Quarkauflagen*. Die Wirksamkeit sogenannter Nahrungsergänzungsmittel aus Drogerie oder Reformhaus ist meist nicht erwiesen.

UNSERE BEHANDLUNGSMETHODIK: INDIVIDUELL UND HOCH SPEZIALISIERT



Unsere Behandlung ist immer individuell auf den einzelnen Patienten und seine spezielle Krankheitsgeschichte abgestimmt – Sie werden sehen, bei unseren spezialisierten Fachärzten sind Sie in den besten Händen.

KONSERVATIVE BEHANDLUNG

Physiotherapie (Krankengymnastik):

Eine gezielte Krankengymnastik mit anschaulicher Anleitung zur Eigentherapie lindert Ihre Beschwerden, kräftigt die Muskulatur und hilft Ihnen, Ihre Beweglichkeit deutlich zu verbessern. Speziell das Training der Rotatorenmanschette kann die Gelenkfunktion erheblich verbessern.

Physikalische Therapie:

Anwendung von Wärme oder Kälte, Ultraschall und Elektrotherapie ergänzen die Behandlung. Sie führen zu einer Durchblutungssteigerung und damit zu einer Verbesserung der Gelenkernährung.



Medikamentöse Behandlung

Die medikamentöse Behandlung kann eine Arthrose nicht heilen oder stoppen. Eingreifende Maßnahmen, wie ein Kunstgelenk, können aber durchaus hinausgezögert werden. Da alle wirksamen Medikamente meist auch unerwünschte (Neben-)Wirkungen haben und bei „abgeschaltetem“ Schmerz der geeignete Zeitpunkt für eine Operation auch überschritten werden kann, sollte die Medikamenteneinnahme vom Arzt begleitet werden.

Antiphlogistika (Entzündungshemmer):

Bei allen Erkrankungen am Bewegungsapparat sind für uns entzündungshemmende Antiphlogistika Mittel der ersten Wahl. Neben ihrer abschwellenden und entzündungshemmenden Wirkung haben sie auch einen unterschiedlich starken schmerzstillenden Anteil. Die Nebenwirkungen der Medikamente in dieser Gruppe betreffen vor allem Magen und Nieren (*Beispiele: Ibuprofen, Diclofenac, Indometacin*).

Knorpelaufbaupräparate:

Präparate mit erwiesener Wirksamkeit sind Gelatine, Chondroitinsulfat, Glucosaminsulfat. Voraussetzung ist dabei allerdings eine „Kurbehandlung“ über sechs bis zwölf Wochen.

Reine Schmerzmedikamente:

Reine Schmerzmedikamente behandeln bei der Arthrose nicht die Ursache.

Sie setzen zwar die Schmerzempfindung herab, wirken aber nicht gegen die Entzündungsvorgänge (*Beispiele: Paracetamol, Metamizol, Tramadol*).



Gelenkinjektionen

Die Verabreichung von Medikamenten als Injektion direkt in das betroffene Gelenk (oder anderes Gewebe) hat den Vorteil, dass der Wirkstoff direkt und nahezu ausschließlich an die erkrankten Strukturen gelangt.

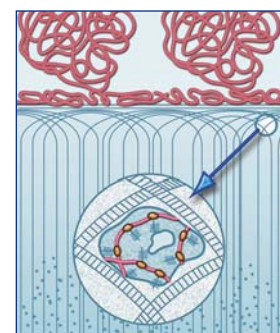
Er wird nicht über die Blutbahn im ganzen Körper verteilt, man benötigt eine geringere Dosis und reduziert dadurch mögliche Nebenwirkungen. Bei einer Gelenkinjektion kann es allerdings zu einer Infektion des Gelenks (in der Regel mit Hautkeimen) kommen, die dann ggf. langwierig behandelt werden muss. Daher sind höchste Anforderungen an die Hygiene zu stellen. Sorgfältige Hautdesinfektion, sterile Handschuhe und ein Mundschutz sind unbedingt erforderlich.

Hyaluronsäure:

Hyaluronsäure ist ein normaler Baustein des Gelenkknorpels. Das Molekül wird in das Gelenk hineingespritzt und dort in den Knorpel eingebaut. Es stabilisiert ihn, glättet die Verwerfungen auf seiner zerstörten Oberfläche und verbessert die Gleiteigenschaften der Gelenkflüssigkeit.

Cortison:

Cortison ist der beste bekannte Entzündungshemmer. Typische Nebenwirkungen (z. B. Bluthochdruck) treten überwiegend dann auf, wenn das Medikament als Tablette oder im Rahmen einer Gefäßinjektion in den Blutkreislauf gerät. Bei der Injektion in ein Gelenk sind diese Nebenwirkungen nur in Ausnahmefällen zu erwarten. Eine zu häufige Anwendung im selben Gelenk kann dort jedoch Schäden verursachen. Daher achten wir auf die richtige Dosierung.



Schema von Hyaluronsäuremolekülen, eingelagert in das Knorpelgewebe und seiner Oberfläche aufliegend



„Wenn wir uns gemeinsam mit Ihnen für eine operative Versorgung entscheiden, dann immer mit einem Ziel: mit dem schonendsten Aufwand zum maximalen Ergebnis zu kommen.“

Dr. med. Astrid R. M. Krüchhans, Chefärztin der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie in der EuromedClinic

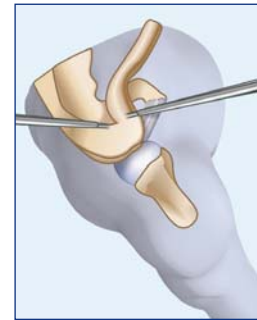
OPERATIVE THERAPIE

ARTHROSKOPIE (GELENKSPIEGELUNG)

Bei einer Arthroskopie können mit einer bleistiftdünnen Optik und kleinen Instrumenten, die über meistens zwei ca. 0,5 cm große Schnitte ins Gelenk eingeführt werden, fast alle Schädigungen im Inneren des Schultergelenks behandelt werden:

- **Impingement (Engpass) Syndrom:** Entfernen des Schleimbeutels und Abtragen von Verknöcherungen unter dem Schulterdach
- **Tendinitis Calcarea (Kalkschulter):** Entfernen des Kalkdepots
- **Ruptur (Riss) der Rotatorenmanschette:** Wiederherstellung der Manschette durch Naht von Muskel oder Sehne
- **Abriss des Labrums (Schulterlippe):** Anheften des ab-/angerissenen Labrums an die knöchernen Gelenkpfanne
- **Schulterarthrose:** Entfernung von freien Gelenkkörpern und Glättung von Knorpeldefekten

Bei Knochenbrüchen am Oberarmkopf kann ein offener Eingriff zum Einbringen von Schrauben, Platten oder Nägeln erforderlich sein.



Arthroskopie



Bruch des Oberarmkopfs

GELENKERHALTENDE OPERATIONEN

Ziel unserer Behandlung ist es immer, Ihr natürliches Schultergelenk so lange wie es möglich und sinnvoll ist, zu erhalten, und es erst wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, durch eine Endoprothese (Kunstgelenk, griechisch endo = innen, prosthesis = Anfügung) zu ersetzen.

Wenn Sie eine Schulterarthrose haben, sollten Sie aber nicht so lange warten, „bis gar nichts mehr geht“, sondern lieber frühzeitig mit uns sprechen. Möglicherweise kann dann noch gelenkerhaltend behandelt werden.

Voraussetzung für einen langfristigen Erfolg aller gelenkerhaltenden Operationen ist die Korrektur mechanischer Fehlstellungen, denn dort, wo der gesunde, stabile Gelenkknorpel überlastet war, hat auch ein neuer Knorpel keine Überlebenschance.

„Das individuell richtige Kunstgelenk so präzise wie möglich einzusetzen, darauf legen wir in der EuromedClinic allergrößten Wert. Denn hier werden die Weichen für Ihre zukünftige Mobilität gestellt.“

Dr. med. Astrid R. M. Krückhans, Cheffürstin der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie in der EuromedClinic



GELENKERSETZENDE OPERATIONEN – DAS KÜNSTLICHE SCHULTERGELENK (ENDOPROTHESE)

In Deutschland werden jährlich ca. 10.000 künstliche Schultergelenke eingesetzt. Endoprothesen, Instrumente und minimal-invasive Operationstechniken werden ständig verbessert und führen zu einer längeren Lebensdauer der künstlichen Gelenke. Damit kommen künstliche Schultergelenke heute auch für jüngere oder sportlich aktive Patienten in Frage.

Eine gut implantierte Schulterendoprothese sollte heutzutage mehr als zehn Jahre halten und Ihnen ein nahezu beschwerdefreies Leben ermöglichen.

Je nach der Art Ihrer Verletzung oder Erkrankung sollte für die Wiederherstellung der Beweglichkeit immer der kleinstmögliche erforderliche Eingriff gewählt werden.



Bruch des Oberarmkopfs



Die Verplattung



Kappenprothese

WANN IST DER RICHTIGE ZEITPUNKT FÜR EINE ENDOPROTHESE?

Sie haben zunehmende Schmerzen, sogar in Ruhe oder nachts. Die Beweglichkeit des Schultergelenks nimmt ab und die bisherigen Therapiemaßnahmen zeigen keinen Erfolg mehr. Ihre Lebensqualität ist dadurch erheblich eingeschränkt. Dann sollten Sie mit Ihrem Arzt oder direkt mit uns über Vor- und Nachteile einer Endoprothese sprechen.

Bei einem Oberarmkopfrümmbruch streben wir vor dem Einsatz einer großen, zementierten Prothese (z. B. Frakturendoprothese) zunächst die Rekonstruktion (Wiederherstellung) und Osteosynthese (Wiederherstellung des Knochens durch Schrauben oder Verplattung) der Fraktur (des Bruches) an. Knochensparend kann dann – falls erforderlich bei Ausbildung einer Arthrose – in einem zweiten Eingriff nach der Metallentfernung als „kleinere Lösung“ eine Kappenprothese eingesetzt werden.

WELCHES IMPLANTAT IST DAS RICHTIGE?



Die Entscheidung für einen bestimmten Endoprothesentyp hängt von der individuellen Erkrankung ab:

Die Cup-Prothese

Die Cup-Prothese besteht aus einer Metallkappe, die nach Entfernung des defekten Knochens auf den verbleibenden Oberarmkopf aufgesetzt wird. Sie besitzt keinen Schaft, sondern nur einen kurzen Stift zur Verankerung im Knochen. Daher muss der Knochen eine ausreichende Festigkeit besitzen und die Rotatorenmanschette muss intakt sein.



Kappenprothese an der Schulter

Die Frakturprothese

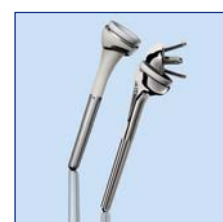
Bei Oberarmkopffrakturen (Brüchen) sollte immer versucht werden, das Gelenk wiederherzustellen. Bei ausgedehnten Trümmerfrakturen kann eine Rekonstruktion unter Umständen unmöglich sein. Die Frakturprothese ermöglicht, Muskulatur bzw. Knochenanteile mit Muskel- und Sehnenansätzen an der Prothese zu befestigen. Bei einem sehr weichen Knochen (z. B. Osteoporose) ist es möglich, die Prothese mit Knochenzement einzusetzen.



Frakturprothese

Die Inverse Schulterprothese

Bei einer Schulterarthrose mit gleichzeitigem Defekt der Rotatorenmanschette ist diese Spezialprothese geeignet. Das Drehzentrum des Schultergelenks wird in Richtung des Körpers und unten verlagert, um den Hebelarm des Deltamuskels (äußerer Schultermuskel) zu verlängern. Dieser übernimmt die Funktion der Rotatorenmanschette, zieht die Gelenkpartner zusammen und stabilisiert das Gelenk, so dass eine weitgehend normale Funktion wieder möglich ist.



Inverse Schulterprothese im Röntgenbild und Original

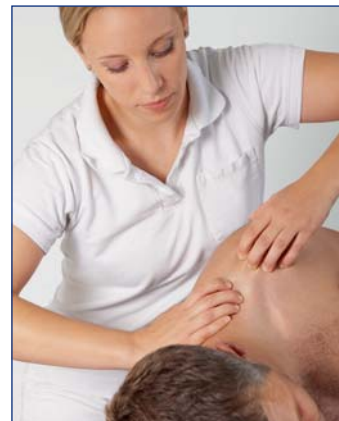
REHABILITATION BIS ZUR VOLLSTÄNDIGEN GENESUNG



Ihre Genesung hat höchste Priorität

Am Tag der Operation beginnt bereits die Rehabilitation (Nachbehandlung). Gerade bei Schulteroperationen entscheidet sie wesentlich mit über den Operationserfolg. Bei einem normalen Verlauf und guter gesundheitlicher Konstitution sollten Sie, abhängig von der durchgeführten Operation, mit einer Dauer von sechs Wochen rechnen. Das gilt auch, wenn Sie das Gelenk schon voll bewegen dürfen.

Und zu Ihrer vollkommenen Gesundheit raten wir Ihnen, an Ihren Krankenhausaufenthalt eine stationäre oder ambulante Rehabilitation anzuschließen. Wir beraten Sie gerne bei der Auswahl einer Einrichtung und übernehmen auch die Antragsformalitäten bei Ihrem Kostenträger.



ZURÜCK ZUM SPORT

Abhängig von der Erkrankung und der durchgeführten Operation können Sie viele Sportarten wieder ausüben. Dabei sollten Sie aber Übungen in Ihr Training mit aufnehmen, die einem Muskelungleichgewicht entgegenwirken, indem sie z. B. die Rotatorenmanschette stärken.

Es kann weiterhin sinnvoll sein, gezielt das Training und die Technik zu verändern, um die Belastung der Schulter zu reduzieren. Überkopf-Bewegungen, z. B. beim Tennisaufschlag oder während der Überwasserphase beim Freistilschwimmen mit geringer Rollbewegung um die Längsachse, sollten vermieden oder zumindest eingeschränkt werden.

*„Ärztin zu sein, heißt für mich, lebenslang offen zu bleiben:
für neue Operationstechniken, für neue medizinische Verfahren,
für neue Medizintechnik. Aber vor allem für eins: meine Patienten.“*

*Dr. med. Astrid R. M. Krückhans, Chefärztin der Klinik für
Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie in der EuromedClinic*



DR. MED. ASTRID R. M. KRÜCKHANS

Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, Chefärztin in der Klinik für Gelenkchirurgie

Spezialgebiete:

Schulter- und Hüftgelenkchirurgie, Sportorthopädie

Zusatzbezeichnungen:

Spezielle Orthopädische Chirurgie, Sportmedizin, Physikalische Therapie, Manuelle Therapie, Fuß- und Sprunggelenkchirurgie (D.A.F.)

Operative Schwerpunkte:

Minimalinvasive und Arthroskopische Operationen, Endoprothetik an oberen und unteren Extremitäten (Schulter, Hüfte, Knie)

Zur Person:

Geburtsdatum 20.10.1962 in Velbert / Rheinland

- 1989 -1994 Facharztausbildung Allgemein- und Unfallchirurgie im Städtischen Krankenhaus in Solingen (Chefärzte: Prof. Dr. med. H. van Lessen und Dr. med. H. Fleischer).
- 1994-1998 Facharztausbildung Orthopädie in der Klinik für Orthopädie und Traumatologie am St. Josef-Krankenhaus Engelskirchen/Köln (Chefarzt: Prof. Dr. med. H.O. Dustmann).
- 1998-2003 Oberärztin in der Klinik für Orthopädie und Traumatologie am St. Josef-Krankenhaus, Engelskirchen/Köln.
- 2003-2004 Leitende Oberärztin im Zentrum für Orthopädische Chirurgie und Endoprothetik im Orthozentrum München (Chefarzt: Dr. P. Tichy).
- 2004-2006 Leitende Ärztin im Zentrum für Orthopädische Chirurgie und Endoprothetik im Orthozentrum München
- 2006-2007 Leitende Ärztin in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie in der EuromedClinic, Fürth
- seit 2007 Chefärztin der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie in der EuromedClinic

Kontakt:

KLINIK FÜR ORTHOPÄDIE, UNFALL- UND WIRBELSÄULENCHIRURGIE in der **EuromedClinic**

Klinik für Gelenkchirurgie, Chefärztin: Dr. med. Astrid R. M. Krückhans

Europa-Allee 1

90763 Fürth

Telefon: +49 (0)911/ 97 14- 691

Telefax: +49 (0)911/ 97 14- 762

Email: orthopaedie@euromed.de

Web: <http://www.euromed.de/kruueckhans>



Haben Sie Fragen oder wünschen Sie weitere Informationen?

KLINIK FÜR ORTHOPÄDIE, UNFALL-UND
WIRBELSÄULENCHIRURGIE in der Euromed**Clinic**

Klinik für Gelenkchirurgie

Chefärztin: Dr. med. Astrid R. M. Krückhans

Europa-Allee 1

90763 Fürth

Telefon: +49 (0)911/ 97 14- 691

Telefax: +49 (0)911/ 97 14- 762

Email: orthopaedie@euromed.de

Web: <http://www.euromed.de/krueckhans>

Termine nach Vereinbarung

Euromed**Clinic** GmbH

Geschäftsführung:

Dr. med. Clemens Ritter von Kempfski

Dr. med. Guido J. Quanz

info@euromed.de

www.euromed.de

St.-Nr.: 218/125/90356

USt.- IdNr.: DE 814627470

HRB 10496 AG Fürth



EuromedClinic[®]
Kompetent. Individuell. Privat.