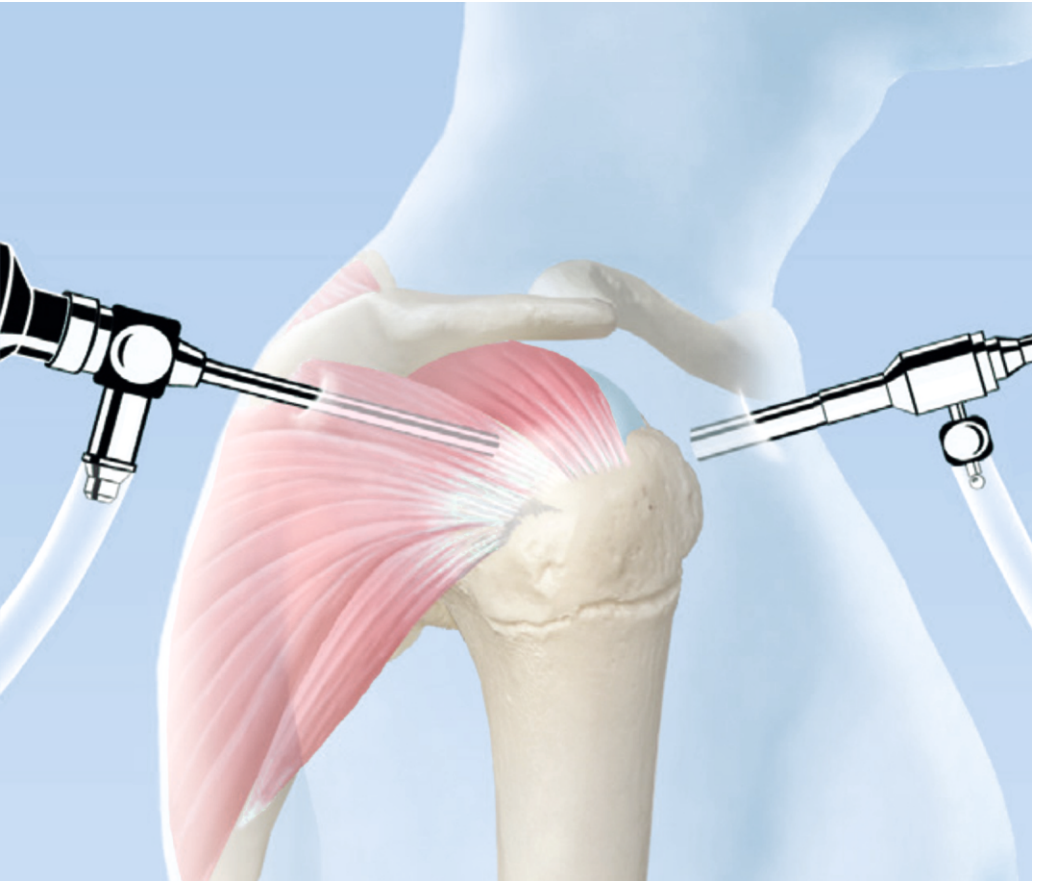


Schulter

Gelenkspiegelung

Arthroskopie



Liebe Patientin, lieber Patient

Das Schultergelenk ist ein sehr wichtiges Gelenk des menschlichen Körpers. Seine einzigartige Anatomie gibt ihm eine extreme dreidimensionale Beweglichkeit. Sind das filigrane Zusammenspiel und die Integrität der wichtigen anatomischen Strukturen gestört, kann dies zu Schmerzen und zu erheblichen Einschränkungen der Schulterfunktion führen. In solchen Fällen ist eine kompetente Behandlung sehr wichtig.

Seit vielen Jahren konzentriere ich mich ausschliesslich auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit den unterschiedlichsten Schulterproblemen. Diese langjährige klinische und chirurgische Erfahrung, zusammen mit dem Wissen der komplexen Anatomie und deren Pathologien, lassen mich dieses faszinierende Gelenk immer mehr verstehen. Von diesem Verständnis sollen alle meine Patientinnen und Patienten profitieren.

Damit Sie bestens betreut werden können, ist es wichtig, dass Sie selbst gut über Ihre zugrundeliegende Schulterproblematik und die anstehende Behandlung informiert sind. Dies ist das Ziel dieser Broschüre. Sie enthält grundlegende Informationen über das Krankheitsbild, die Behandlungsmöglichkeiten und Näheres zum geplanten Eingriff.

Bitte lesen Sie die Broschüre in Ruhe durch. Wenn Sie etwas nicht verstehen oder genauer wissen wollen, zögern Sie nicht, sich an mich zu wenden. Ich werde Ihre Fragen gerne beantworten.

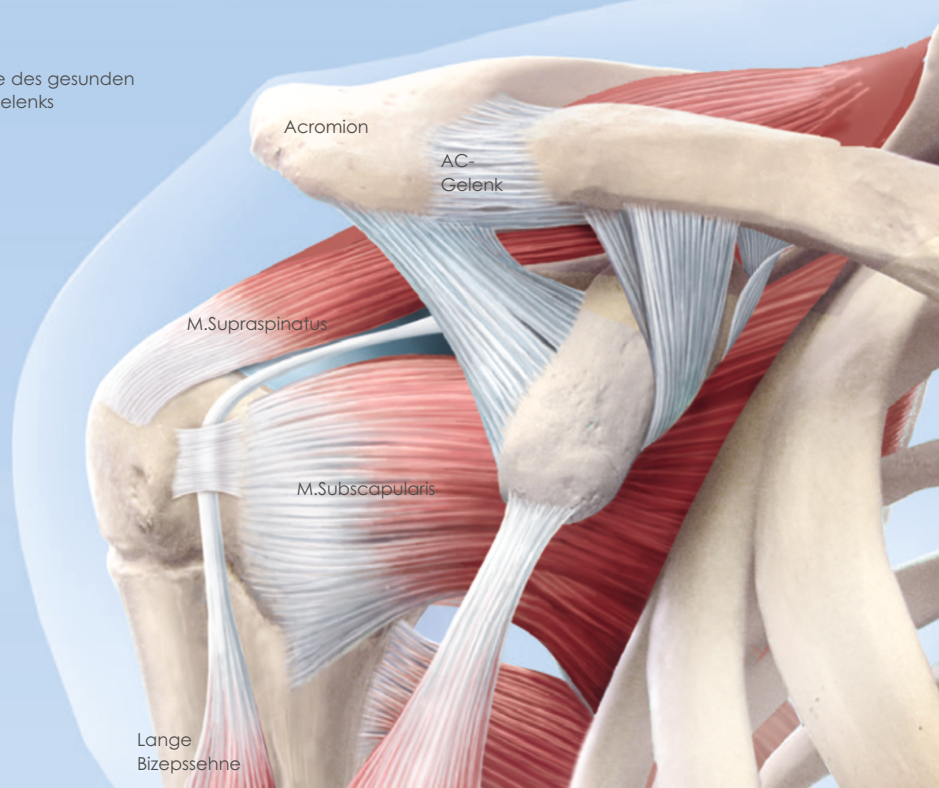
Ihr



Dr. med. Markus Pisan

Facharzt Orthopädie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, FMH





Schultergelenkspiegelung (Arthroskopie)

Wie funktioniert eine Schulterarthroskopie?

Eine Arthroskopie ist eine minimalinvasive Operationstechnik, bei der über kleine Hautschnitte von ca. 5–10 mm eine Optik mit Kamera sowie Arbeitsinstrumente ins Schultergelenk eingebracht werden. Durch Auffüllen des Gelenkes mit einer Spüllösung wird die Darstellung verbessert bzw. der Arbeitsraum vergrößert. So können Strukturen innerhalb des Gelenkes, aber auch ausserhalb desselben, z. B. zwischen Schulterdach und Rotatorenmanschette (Subacromialraum), beurteilt und chirurgisch behandelt werden. Kleinere arthroskopische Eingriffe können ambulant durchgeführt werden. Ansonsten ist im Normalfall mit einem Spitalaufenthalt von wenigen Tagen zu rechnen. Die Eingriffe werden unter Allgemeinanästhesie und oftmals mit zusätzlicher Nervenblockade (Regionalanästhesie) durchgeführt.

Was kann durch eine Schulterarthroskopie behandelt werden?

Dekompression des Subacromialraums/Impingementchirurgie

Unterschiedliche Ursachen wie z. B. ein prominentes Schulterdach, eine chronische Entzündung und Verdickung einer Sehne der Rotatorenmanschette oder Überlastung (v. a. im Rahmen von Überkopfarbeiten) können eine relative Enge im subacromialen Raum und eine schmerzhafte Reizung des Schleimbeutels (Bursa subacromialis) bewirken, das sogenannte subacromiale Impingement. Hält die mechanische Reizung an, kann sogar die darunter liegende Sehne Schaden nehmen. Bei der subacromialen Dekompression schafft man Platz unter dem Schulterdach durch Begradigung bzw. Reduktion des knöchernen Schulterdaches (Acromioplastik) und Entfernung des entzündeten Schleimbeutels (Bursektomie).

Resektion des AC-Gelenks

Das AC-Gelenk bildet die Verbindung zwischen Schulterdach und Schlüsselbein. Bei entzündlichen Veränderungen oder fortgeschrittener Abnutzung (Arthrose) kann es hier zu belastungsabhängigen Schmerzen sowie einer schmerzhaften knöchernen Prominenz kommen. Bei der arthroskopischen Resektion werden ca. 5–7 mm des Schlüsselbeins entfernt und die prominenten Verknöcherungen abgetragen.

Behandlung der schmerzhaften Bizepssehne

Der Bizepsmuskel verbindet den Unterarm mit dem Schulterblatt. Seine Hauptfunktionen sind die Beugung des Ellenbogens und die Auswärtsdrehung des Unterarms bzw. der Hand (Supination). Seine beiden körpernahen Sehnen sind am Schulterblatt fixiert. Dabei handelt es sich um die kräftige kurze und die dünnere lange Bizepssehne. Letztere zieht durch das Schultergelenk und wird über dem Oberarmkopf um ca. 90° umge-

lenkt. Die lange Bizepssehne kann durch einen Unfall oder chronische Belastung verletzt werden bzw. sich entzünden. Dies geschieht in der Regel im Bereich der Aufhängung (SLAP-Läsion) oder im Bereich der Umlenkung. Chirurgisch kann entweder die Aufhängung stabilisiert werden (SLAP-Refixation) oder die Sehne in ihrem knöchernen Tunnel fixiert und der durchs Gelenk verlaufende Anteil entfernt werden (Bizepsstenodese). Oftmals erfolgt aber lediglich ein Absetzen der Sehne ohne Fixation (Bi-

zepstenotomie). Bei der zuletzt genannten Methode kann es zu einem Tiefertreten des Muskelbauchs kommen, was vor allem kosmetisch als störend empfunden werden kann. Ein relevanter Kraftverlust resultiert nicht, da der Muskel weiterhin über die kräftigere kurze Sehne fixiert bleibt.

Tendinitis calcarea

Hierbei handelt es sich um eine chronische Entzündung mit Bildung schmerzhafter Kalkansammlungen in einer oder mehreren Sehnen der Rotatorenmanschette, zumeist in der Supraspinatussehne. Ist eine konservative Therapie erfolglos, wird die Sehne arthroskopisch eröffnet und das Kalkdepot ausgespült. Sollte es dabei zu grösseren Defekten in der Sehne kommen, muss diese allenfalls verschlossen oder sogar refixiert werden.

Verletzungen der Rotatorenmanschette und Instabilitäten

Siehe separate Informationsbroschüren.

Wie geht es nach einer Schulterarthroskopie weiter?

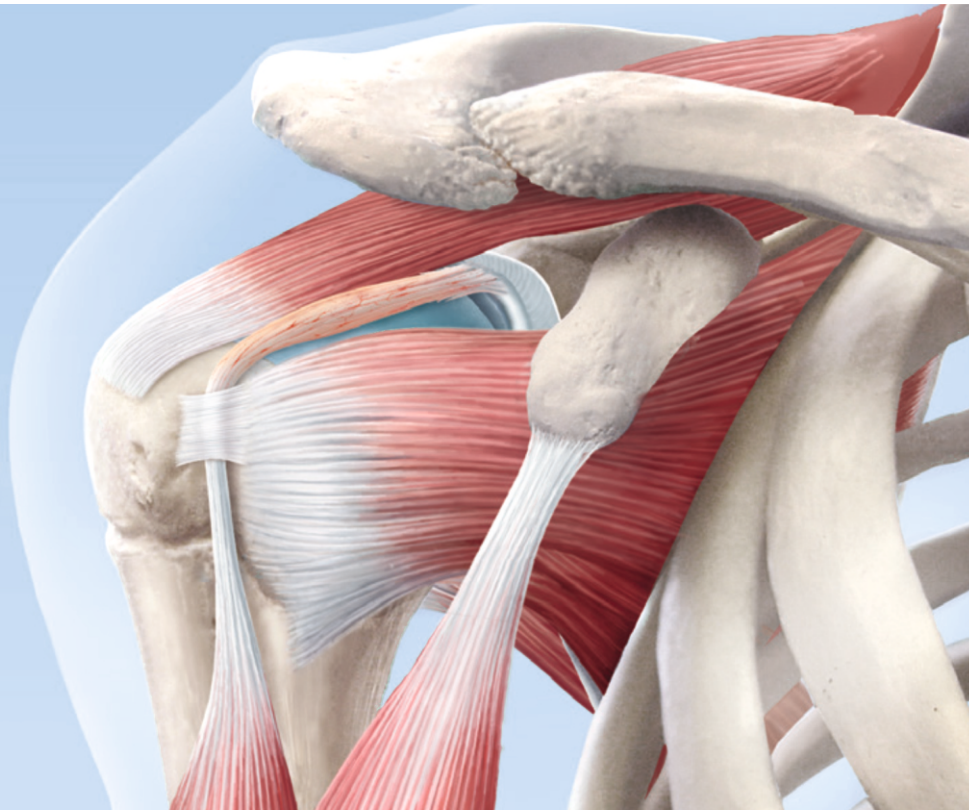
Je nach Eingriff sollte der operierte Arm für 2–6 Wochen in einer Armschlinge (Mittella), in manchen Fällen auch in einer Schulterschlinge ruhiggestellt werden. Meist darf die Schulter während dieser Zeit bereits passiv und aktiv assistiert mobilisiert werden, entweder eigenständig oder im Rahmen einer Physiotherapie.

Auf belastende Tätigkeiten sowie Sport sollte vorübergehend verzichtet werden. Die Hautfäden – sofern vorhanden – können nach 10–14 Tagen im Rahmen einer Wundkontrolle vom Hausarzt entfernt werden. Bis das Gelenk wieder frei beweglich und belastbar ist, dauert es in der Regel ca. 3 Monate, nach rekonstruktiven Eingriffen an Sehnen manchmal 6 Monate oder sogar noch länger. Entsprechend variiert die Dauer der Arbeitsunfähigkeit je nach Operation und Tätigkeit zwischen ca. 2 Wochen und 6 Monaten.

Was sind die Risiken einer Schulterarthroskopie?

Kein Eingriff ist ganz ohne Risiken. Allerdings sind diese bei arthroskopischen Eingriffen relativ gering. Zu den Operationsrisiken gehören Infektionen (< 1%), Einblutungen (Hämatome) sowie Nervenverletzungen durch Zug am Arm während der Operation, im Rahmen der Anästhesie oder (seltener) durch Instrumente (< 1%). Letztere Verletzungen können zu temporären Gefühlsstörungen und Schwäche führen. In etwa 5% der Fälle bildet sich eine Schultersteife (reaktive Capsulitis). Dies ist eine Erkrankung, die zumeist bei einer gewissen Prädisposition auftritt, nahezu immer selbstlimitierend verläuft, aber zu einer Verzögerung der Rehabilitation führen kann.

Einengung des subacromialen Raumes (Impingement) mit begleitender Arthrose des AC-Gelenks und Entzündung der langen Bizepssehne.





Dr. med. Markus Pisan

Facharzt Orthopädie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, FMH

Schulterchirurgie

Gelenkzentrum Winterthur AG
Schickstrasse 11
8400 Winterthur

T +41 52 266 12 12
F +41 52 266 12 13
praxis@gzw.ch



gzw.ch