

Eingriffe bei Arthrose des Schultergelenkes



Die Arthrose („Abnützung“) des Schultergelenkes kann verschiedene Ursachen haben. Sie kann ohne klar ersichtliche Ursache auftreten oder Folge von Schulterverletzungen oder chronischen Rotatorenmanschettendefekten sein. Je nach Ursache und Ausmass des Gelenkschadens kommen verschiedene Behandlungsalternativen zum Tragen.

Gelenkerhaltende Therapie

Bei wenig fortgeschrittenem Gelenkverschleiss können wir eine Gelenkstoilette anbieten. Diese wird schonend in der Schlüssellochtechnik (Arthroskopie) durchgeführt. Entzündliches Gewebe und störende Knochenvorsprünge (Osteophyten) werden entfernt. Die Gelenkkapsel wird aufgedehnt, um eine bessere Bewegung zu ermöglichen. Nach diesem Eingriff kann der Patient das Gelenk sofort frei bewegen und belasten.

Prothetischer Ersatz

Bei fortgeschrittener Gelenkzerstörung ist der prothetische Gelenkersatz oft die einzige therapeutische Alternative. Hierbei kommen verschiedene Prothesentypen zur Anwendung:



Anatomische Totalprothese

Bei erhaltener Rotatorenmanschette und Arthrose des Schultergelenkes kann eine sogenannte anatomische Totalprothese implantiert werden. Dabei wird am Schulterblatt eine „Gelenkspfanne“ aus Polyethylen verankert. Der Oberarmkopf wird durch einen Metallkopf ersetzt. Letzterer wird im Oberarmknochen über einen Titanschaft verankert.



Schafffreie Prothesen

Bei guter Knochenqualität kann der Metallkopf einer anatomischen Prothese neu auch schonender über kleine Metallfinnen im Oberarmknochen fixiert werden. Dieses Verfahren bietet sich vor allem bei jüngeren Patienten an.



Inverse Prothesen

Bei einem Defekt der Rotatorenmanschette kann keine anatomische Prothese verwendet werden. Da die den Oberarmkopf in seiner Gelenkspalte zentrierenden Sehnen defekt sind, käme es zu hohen Scherkräften an der Gelenkspalte, was schnell zu Verschleiss und Lockerung der Prothese führen würde. In dieser Situation verwenden wir deshalb eine sogenannte inverse Prothese. Bei diesem Prothesentyp wird am Oberarm nicht der Kopf sondern die Gelenkspalte montiert. Am ursprünglichen Ort der Gelenkspalte wird der Prothesenkopf in Form einer Halbkugel befestigt. In dieser Anordnung kann durch alleinigen Einsatz des Deltamuskels die Schulter zentriert und bewegt werden.



Hemiprothese

In ausgewählten Fällen kann bei defekter Rotatorenmanschette und Arthrose des Schultergelenkes auch eine sogenannte Hemiprothese implantiert werden. Dabei wird nur der Oberarmkopf ersetzt, die Pfanne am Schulterblatt wird belassen. Dieses Verfahren bietet sich vor allem bei gut erhaltener Schulterfunktion an, d.h. wenn die Patientin / der Patientin noch in der Lage ist, den Arm über die Horizontale zu heben.



Die Hemiprothese kommt gelegentlich auch bei Zerstörung des Oberarmkopfes infolge von Durchblutungsstörungen (avaskuläre Nekrosen) zur Anwendung, falls die Schultergelenkspfanne noch intakt ist.

Im Weiteren wird die Hemiprothese bei nicht mehr rekonstruierbaren Brüchen des Oberarmkopfes eingesetzt. Hierbei wird ein spezieller Schaft verwendet, der es erlaubt, die mit den Knochenstücken abgerissenen Sehnen wieder an den Schaft zu fixieren, um eine schmerzfreie, aktive Schultergelenksbeweglichkeit zu ermöglichen.

Nachbehandlung: Nach Implantation einer Schulterprothese wird der Arm in der Regel für sechs Wochen in einer Schlinge ruhiggestellt. In dieser Zeit darf der Arm nicht belastet werden. Der Arm wird in der Physiotherapie zunächst passiv durchbewegt. Danach wird die Schulter aktiv (unter Einsatz von Muskelkraft) beübt, wobei der Patient den Arm während sechs Wochen nicht aktiv nach innen drehen darf. Ein Kraftaufbau erfolgt erst drei Monate nach der Operation.

Risiken und Prognose: Die Implantation einer Schulterprothese sollte eine weitgehende Schmerzfreiheit erwirken. Im Alltag sollten keine wesentlichen Funktionseinschränkungen bestehen, allenfalls können Überkopfarbeiten beeinträchtigt sein. Als Risiken sind Infekte (ca. 2% bei anatomischen Prothesen, bis zu 5% bei inverser Prothese) und Gefäß- und Nervenschäden (ca. 1%) zu nennen. Weiter kann es auch zu Knochenbrüchen um die Prothese kommen (ca. 1-2%). Überdies kann es zu einer Instabilität oder sogar zur Luxation (Auskugeln) der Prothese kommen. Jede Prothese unterliegt einem Verschleissprozess und kann auslockern. Jedoch ist im Durchschnitt mit einer Haltbarkeit der Prothese von ca. 10-15 Jahren zu rechnen.

© Copyright 2013 · Dr. med. Andreas Müller
Gelenkzentrum Basel · Bethesda Spital Basel · Gellertstrasse 144 · 4052 Basel
www.gelenkzentrum.ch/