



DAS KLINIK FLEETINSEL MAGAZIN



Knieschmerzen:

Was steckt dahinter?

Was hilft?

Kleiner Anker gibt Meniskus wieder Halt

Klinik Fleetinsel:

Neue Station Vier der Klinik eröffnet

Nacken-Schulter-Arm Schmerzen:

Ursache HWS oder Schulter?



Inhalt

- Erkrankungen des Knies
Knieschmerzen?
Was steckt dahinter und
was hilft wirklich?
Dr. med. Roland Sellckau
Seiten 3-4
- Erkrankungen des Knies
Hilfe bei Kniearthrose:
Beinachsen-Korrektur
verlagert Belastung im
Kniegelenk.
Dr. med. Jürgen Walpert
Seite 5
- Das aktuelle Interview
Arthrose ist nicht gleich Arthrose
Dr. med. Diedrich Haesen
Seite 6
- Erkrankungen des Knies
Kleiner Anker gibt Meniskus
wieder Halt
Dr. med. Jürgen Walpert
Seite 7
- Service
Neue Station Vier
der Klinik eröffnet
Seite 8
- Nachgefragt
Nacken-Schulter-Schmerzen?
Es kann an der Schulter oder
Halswirbelsäule liegen.
PD Dr. med. Achim Hedtmann
Seiten 9-11
- Medienspiegel
Wissenswertes - Medizin von A - Z
Impressum
Seite 12



Liebe Leserin, lieber Leser,

bei der Arthrose (Knorpelverschleiß im Gelenk) werden das Früh-, Zwischen- und Spätstadium unterschieden. Die meisten Arthrose-Patienten befinden sich im Zwischenstadium. Gesundes Knorpelgewebe erneuert seine Struktur ein Leben lang. Es besitzt einen reibungslosen Selbstschmiermechanismus und übertrifft in mechanischer und funktioneller Sicht jede hoch polierte Metalloberfläche eines künstlichen Gelenkimplantats. Ein Knorpelschaden im Gelenk ist daher für den Orthopäden und Unfallchirurgen eine große therapeutische Herausforderung.

Beim älteren Menschen ist zwar der Gelenkersatz inzwischen eine der erfolgreichsten Behandlungsmethoden in der Orthopädie, aber beim jüngeren, aktiven Patienten gibt es viele – teilweise kritisch zu bewertende – neuere Therapieansätze. Bei ärztlichen Empfehlungen zur Knorpeltherapie sollte daher beachtet werden, dass das kurzfristig Erlernte niemals die jahrelange Erfahrung eines ausgewiesenen Gelenk-Knorpel-Experten übertreffen kann. Die Meinungen hinsichtlich der optimalen Therapiemethode können durchaus stark differieren. Daran sollte sich der Patient bei der Wahl seines behandelnden Arztes orientieren.

Das Verständnis für die Genese (Entstehung) des Knorpelschadens, seine Komplexität mit biomechanischen Faktoren und zellulären Interaktionen ist eine grundlegende Voraussetzung für den Behandlungserfolg und die Wahl der optimalen Behandlungsmethode. Eine verantwortungsvolle Behandlung von Knorpelschäden kann nur im Rahmen eines Gesamt-Arthrose-Konzeptes betrieben werden. Lesen Sie dazu den Beitrag unserer Experten in diesem Patientenmagazin.

Ihr Dr. med. Diedrich Haesen



Knieschmerzen? Was steckt dahinter und was hilft wirklich?

Bei etwa 8,5 Millionen Bundesbürgern gehören Knieschmerzen zum Alltag. Das Problem: Viele Betroffene wissen nicht genau, was hinter den Schmerzen steckt. Kaum ein anderes Gelenk ist so anfällig wie das Kniegelenk. Etwa drei von zehn Männern und vier von zehn Frauen leiden unter schmerzhaftem Verschleiß der Kniegelenke.



Dr. med. Roland Sellckau, Hüft- und Knie-Experte. Spezialist für Arthroskopie und Endoprothetik

Stehen, laufen, beugen, drehen – das funktioniert normalerweise ganz automatisch, ist aber Schwerstarbeit für das Knie. Das Kniegelenk ist anatomisch sehr kompliziert gebaut und eines der am meisten beanspruchten Gelenke. Es muss kurzfristig bis zu 1,5 Tonnen Gewicht aushalten.

Ursachen für die häufigsten Knieschmerzen

Knieschmerzen treten vor allem bei älteren Menschen auf, die unter Arthrose leiden. Aber auch Verletzungen, Über- und Fehlbelastungen können zu Schmerzen im Kniegelenk führen. Das Gelenk verbindet den Oberschenkel und die Schienbeinknochen des Unterschenkels. Auf dem Knochen befindet sich die Knorpelschicht, die einen schmerzfreien Lauf des Gelenks ermöglicht. Dazwischen befinden sich die beiden halbmondförmigen Puffer, der Innen- und Außenmeniskus. Vorne im Gelenk läuft die Kniescheibe in einer Vertiefung im Oberschenkel.

Seiten- und Kreuzbänder sowie Muskeln geben dem Kniegelenk Halt

Je nach Ursache machen sich Knieschmerzen durch drückende, ziehende oder stechende Schmerzen bemerkbar. Ein krankes Kniegelenk kann aber

auch entzündlich geschwollen, überwärmt und in der Beweglichkeit eingeschränkt sein.

Wenn von der Seite eine starke Belastung oder Kraft auf das Knie einwirkt, beispielsweise beim Skifahren, können die Seitenbänder verletzt werden und sogar reißen. Eine sehr häufige Verletzung ist der Kreuzbandriss, bei dem durch äußere Gewalteinwirkung das Band teilweise oder komplett durchtrennt wird. Eine solche Verletzung trifft häufig Fußballer oder Skifahrer. Dabei können teilweise zusätzlich der Innenmeniskus und das Innenband mit beschädigt sein.



Meniskusschaden, Ursachen und Symptome

In Deutschland ereignen sich pro Jahr etwa 300.000 Meniskusverletzungen. Meist reicht ein Sturz oder eine plötzliche Drehung und der Meniskus reißt. Bei älteren Menschen kann durch den Verschleiß des Meniskus bereits eine Bagatellverletzung der Auslöser für eine Schädigung sein. Vor allem Sportarten mit abrupten Bewegungsstopps wie beim Tennis, Badminton, Squash oder Fußball belasten das empfindliche Knorpelgewebe des Kniegelenks und können zu Meniskus-schäden führen.

Ganz typisch ist ein plötzlich einschließender Schmerz bei Drehbewegungen. Meist treten die Beschwerden erst nach einer Belastung auf. Manche Menschen haben auch das Gefühl, das Kniegelenk sei nicht mehr so stabil. Wenn im Kniegelenk ein Schaden aufgetreten ist, kann sich das Gelenk auch entzünden.

Die Folgen sind eine Schwellung und Ergussbildung. Dies führt zum Teil auch zu einer Flüssigkeitsansammlung in der Kniekehle (Bakerzyste).

Fortsetzung nächste Seite



Fortsetzung: Knieschmerzen? Was steckt dahinter und was hilft wirklich?

Typisch sind auch Knieschmerzen beim Treppensteigen und knirschende oder knackende Geräusche bei Bewegung. Das Gelenk ist häufig nach dem Aufwachen oder nach einer Ruhephase steif.

Behandlungsmöglichkeiten

Wenn zur Arthrose eine Entzündung der Gelenkinnenhaut hinzukommt, kann eine Gelenkspiegelung helfen. Durch diese Schlüssellochoperation lässt sich das Gelenk genauer betrachten. Dazu wird durch einen kleinen Kanal eine bleistiftdünne, digitale Kamera in das Gelenk geschleust. Durch einen weiteren winzigen Stichkanal können dazu kleine Geräte zum Ausasten und Operieren eingeführt werden. Der Eingriff erfolgt unter Vollnarkose und dauert 15-30 Minuten.

Bei einem gerissenen Meniskus muss meist der verletzte Anteil entfernt werden, intakte Meniskusanteile werden belassen. Eine Meniskusnaht ist selten möglich. Das hängt mit der fehlenden Durchblutung des Meniskus zusammen.

Bei Knorpelschäden werden nutzlose und teilweise abgestorbene Knorpelfragmente aus dem Kniegelenk ausgewaschen. Je nach Ausdehnung der Knorpelschäden kann eine sogenannte Knorpelersatztherapie helfen. Durch spezielle OP-Techniken kann bis zu einer bestimmten Ausdehnung der Arthrose ein „Ersatzknorpel“ erzeugt werden.

Vor allem bei einer schweren Arthrose, die mit Schmerzen und eingeschränkter Beweglichkeit verbunden ist, ist ein künstliches Gelenk (Knie-Endoprothese) sinnvoll. Das ist auch der Fall, wenn es durch die Knieprobleme

zusätzlich zu Beschwerden am Hüftgelenk, am Fuß oder der Wirbelsäule kommt. Beim Einsatz des Kunstgelenks wird lediglich die Gelenkoberfläche durch künstliches Material (eine Seite Metall, eine Seite Kunststoff) ersetzt. Dies kann nur eine Seite des Gelenkes (Schlitten), zwei Gelenkanteile oder die ganze Oberfläche des Gelenkes (Oberflächenersatz) umfassen. Heutzutage sollten gewebeschonende Operationsmethoden eingesetzt werden. Diese beschleunigen die Erholungsphase nach einer solchen Therapie.

Die Nachbehandlung nach derartigen Operationsmethoden ist sehr wichtig. Regelmäßige Krankengymnastik, Lymphdrainage, Gangschulung und die Bewegungstherapie mit einer Motorschiene sind unerlässlich, um ein optimales Behandlungsergebnis zu erzielen.

Die Voruntersuchungen bei Knieerkrankungen sind erforderlich, um für einen bestehenden Gelenkschaden einen auf die Erkrankung zugeschnittenen Therapieplan zu erstellen und aus der breiten Palette an Therapiemöglichkeiten die Richtige auszuwählen.

Untersuchung bei Kniebeschwerden

Um eine exakte Diagnose für die Kniebeschwerden stellen zu können, ist es wichtig zu wissen, seit wann die Schmerzen bestehen, wann sie besonders stark sind oder ob bestimmte Bewegungen des Kniegelenks die Schmerzen verstärken.

Eine Untersuchung beginnt meistens mit einer körperlichen Untersuchung. Ergänzend ist eine Röntgenaufnahme, die erste Hinweise auf die Ursache (z. B. Fehlstellungen der Beine wie X- oder O-Beine oder Arthrose) ergibt. Eine Ultraschalluntersuchung wird vor allem durchgeführt, um eventuelle Reizungen der Gelenkinnenhaut nachzuweisen. Hilfreich können auch Schichtaufnahmen des Gelenks (Computertomographie, Kernspintomographie bzw. MRT) sein.

Erkrankungen, die Knieschmerzen verursachen

Vor allem der Gelenkverschleiß (Arthrose) ist eine häufige Ursache von Knieproblemen. Erstes Symptom sind Knieschmerzen, die bei Bewegung langsam nachlassen, die aber auch in der Ruhestellung und beim Wiedersitzen auftreten können.





Hilfe bei Kniearthrose: Beinachsenkorrektur verlagert Belastung im Kniegelenk.

Ein Meniskusschaden im Knie bedeutet immer eine Gefahr für das Gelenk. Früher vertraten die Chirurgen die Meinung, es gehe auch ohne Meniskus. An Folgeschäden, die nach Jahren auftreten können, wurde nicht gedacht.



Dr. med. Jürgen Walpert,
leitender Orthopäde,
Fuß- und Kniespezialist



Patientin mit Knieorthese

Heute ist bekannt, dass die Menisken im Kniegelenk eine wichtige Funktion ausüben und ein entfernter Meniskus fatale Folgen für das Kniegelenk hat. Jahre später leiden solche Patienten unter fortschreitender Arthrose im Kniegelenk. Nur rund 60 % der Meniskusschäden sind natürlicher Verschleiß. Häufig wird der Meniskus bei plötzlicher seitlicher Krafteinwirkung durch einen Sturz oder starken Aufprall beschädigt.

Ein neues Verfahren ermöglicht die Korrektur der Beinachse durch die Schaffung eines Spalts im Unterschenkelknochen. Dieser künstliche Spalt wird vor der OP genau berechnet und bei der OP so geöffnet, dass er aufklappbar ist. Der Operateur verlagert dadurch die Belastung im Kniegelenk von der arthrotischen Innenseite auf die gesunde Außenseite. Eine Titanplatte, die im Knie bleibt, dient zur Stabilisierung. Unmittelbar nach der Beinachsenkorrektur kann das Bein wieder belastet werden. Und etwa sechs Wochen nach dem Eingriff ist das Knie wieder voll belastbar. Nach der Operation hat der Patient keine Beschwerden.

Bei fortschreitender Arthrose des Kniegelenks ist ein künstliches Kniegelenk also nicht die einzige Chance.

Besonders Menschen mit X- und O-Beinfehlstellung leiden häufig unter einseitiger Arthrose. Bei diesem neuen Verfahren wird durch eine Veränderung des Ober- und Unterschenkelknochens die Beinachsenstellung des Patienten korrigiert. Das Ziel dabei ist, die Belastung des Knies zu verändern, wodurch sich die Arthrosebeschwerden erheblich mindern oder sogar vollständig verschwinden. Besonders für jüngere Patienten ist diese neue Operationstechnik eine echte Alternative zum Gelenkersatz.



X-Beinfehlstellung



O-Beinfehlstellung



Arthrose ist nicht gleich Arthrose!

Was genau ist Arthrose und wie verändert sie das betroffene Gelenk?

Bei der Arthrose (Knorpelverschleiß im Gelenk) werden verschiedene Stadien unterschieden: das Früh-, Zwischen- und Spätstadium. Zwischen dem Frühstadium und dem Spätstadium können viele Jahre vergehen. Viele Arthrosepatienten befinden sich darum im mittleren Stadium. Die Gelenkveränderungen sind stärker als im Frühstadium, aber noch geringer als im Spätstadium. Im dritten Stadium ist der Gelenkknorpel im erkrankten Bereich vollständig abgerieben. Das Röntgenbild zeigt, dass sich die Knochen direkt berühren, der Gelenkspalt verschwunden ist und daher Knochen auf Knochen reiben. An den Rändern der Gelenke sind große knöcherne Zacken entstanden. Diese knöchernen Ausläufer, Osteophyten genannt, verbreitern das Gelenk, das dann größer und aufgetrieben ist.

Wieso erneuert sich der Knorpel irgendwann nicht mehr?

Gesundes Knorpelgewebe besitzt einen reibungsfreien Selbstschmiermechanismus, der in mechanischer und funktioneller Sicht jede hochpolierte Metalloberfläche eines künstlichen Gelenkimplantats übertrifft. Ein Knorpelschaden ist für Orthopäden und Unfallchirurgen immer eine große therapeutische Herausforderung. Das Problem ist die geringe Regenerationsfähigkeit des hyalinen Gelenkknorpels.

Warum gibt es neue Knorpeltherapien, die erst hochgejubelt und dann verworfen werden?

Beim älteren Menschen ist der Gelenkersatz inzwischen eine der

erfolgreichsten Behandlungsmethoden in der Orthopädie. Beim jüngeren, aktiven Patienten ist er ein echtes therapeutisches Problem. Es sind vielfältige, teilweise kritisch zu bewertende Therapieansätze entwickelt und zu schnell in der Öffentlichkeit als erfolgreicher Weg zur Behandlung der degenerativen Knorpeldefekte lanciert worden. Bei ärztlichen Empfehlungen zur Knorpeltherapie gilt, dass das kurzfristig Erlernte niemals die jahrelange Erfahrung eines ausgewiesenen Gelenk-/Knorpelexperten übertreffen kann. Daran sollte sich der Patient bei der Wahl seines behandelnden Arztes orientieren. Denn die Meinungen hinsichtlich der optimalen Therapiemethode können durchaus stark differieren. Das Verständnis für die Entstehung des Knorpelschadens, seine Komplexität mit biomechanischen Faktoren und zellulären Interaktionen ist eine grundlegende Voraussetzung für den Behandlungserfolg und die Wahl der geeigneten Behandlungsmethode.

Welche Folgen hat eine Arthrose im Gelenk?

Der Patient leidet unter starken Schmerzen, hat Entzündungsschübe. Es kommt zur Verdickung und Verformung und zu einer beginnenden Einsteifung des Gelenks.

Sie plädieren für ein Gesamt-Arthrose-Konzept, was genau ist das?

Eine verantwortungsvolle Behandlung von Knorpelschäden kann, meine ich, nur im Rahmen eines Gesamt-Arthrose-Konzeptes betrieben werden. Hierzu gehören neben Einlagen, ggf. Orthesen, und den verschiedenen Operationsoptionen



Dr. med. Diedrich Haesen,
Fuß-, Hüft-, Kniechirurg und Spezialist für
Arthrose-Knorpeltherapie

auch medikamentöse Therapien, wie Knorpelschutztherapien mit Chondroitin und Glucosaminsulfat, injizierbare Hyaluronsäure-Präparate sowie zelluläre Interaktionen mit Zytokinen wie ACS (autologes conditioniertes Eigenserum). Wichtig ist auch die begleitende Krankengymnastik mit Aufdehnung der verkürzten Oberschenkelmuskulatur. Ohne sie ist keine Verbesserung der Druck- und Stoffwechselsituation eines betroffenen Gelenkes denkbar. Innovative arthroskopische Techniken, Knorpel-Knochentransplantate, Knorpelzelltransplantationen ergänzen unter kritischen Aspekten die differenzierte Knorpeltherapie.

Ihrer Meinung nach gibt es auch Placebo-Techniken, welche sind das?

Ja, dazu gehören die Laser-Technik, die Hochfrequenz-Biokoagulation, Lavage und das Debridement. Diese Maßnahmen kommen allesamt lediglich einer symptomatischen Placebo-Behandlung gleich. Ihr Nutzen wird in Zweifel gestellt. Ihr Einsatz hat keinen Stellenwert mehr. Es sind sogar Verschlechterungen auch nach kleinen, harmlos anmutenden operativen Schritten zu erwähnen: Man kann bei einer kompensierten Arthrose auch quasi ein zur Zeit schlummerndes Tier wecken und damit für lange Zeit mehr Probleme als vorher haben.



Kleiner Anker gibt Meniskus wieder Halt

Meniskusrisse gehören zu den häufigsten Knieverletzungen, vor allem sportlich aktive Menschen sind gefährdet. Statistisch gesehen erleiden Männer doppelt so oft einen Meniskusriss wie Frauen.



Dr. med. Jürgen Walpert,
leitender Orthopäde,
Fuß- und Kniespezialist

Heute ist der Chirurg bestrebt, den geschädigten Meniskus zu stabilisieren, damit das Kreuzband im Knie erhalten bleibt. Das gilt vor allem bei jungen, sportlichen Menschen und bei Profisportlern. Aber auch bei älteren Menschen mit einem Meniskusschaden im Knie wird so verfahren. Ältere Menschen stellen heute höhere Ansprüche hinsichtlich der Lebensqualität und Beweglichkeit.

Jahrelang wurden in der Orthopädie verschiedene Techniken angewandt, um den gerissenen Meniskus zu nähen. Teilweise wurde dabei das Knie von außen geöffnet. Das war ein größerer Eingriff, der eine längere Heilungsphase erforderte. Diese Methode wird heute nicht mehr angewandt. Heute kann der Orthopäde mit der so genannten „Schlüssellochtechnik“ in das Knie hineinschauen und über minimale Schnitte die erforderlichen Instrumente einführen.

Neu ist das Meniskusnaht-System (Omnispan), das sich für alle Reparaturen des Meniskus eignet (Abb. 02).

Das System verfügt über eine Nadel, zwei Rücklaufsperrn und Nahtmaterial mit hoher Festigkeit. Bei dieser Methode wird eine kleine Pistole in das Knie und an den verletzten Meniskus gesetzt. Der Chirurg betätigt dann einen Auslöser und setzt damit einen

Fadenanker mit einem Faden hinter den verletzten Meniskus (Abb. 01).

Er zieht den Faden an, sucht eine zweite Stelle im Meniskus und schießt einen zweiten Anker ab. Über eine spezielle Legetechnik wird der Faden festgezogen und der Meniskusriss so fest aufeinander fixiert. Der Restfaden wird über dem Meniskus abgeschnitten. Dabei handelt es sich um einen arthroskopischen Eingriff, bei dem eine sehr präzise und feste Naht erzielt wird. Der Gewebeabrieb ist geringer, da die Naht die Meniskusoberfläche weniger belastet. Ein weiterer Vorteil ist, dass der Patient jetzt nur vier Wochen, statt früher sechs Wochen, das Knie schonen muss.

Es gibt aber auch Nachteile beim neuen System.

So kann es zu einer Überdehnung des Fadens kommen, sodass ein Teil des Ankers aus der Naht herausragt. Bei zu hoher Belastung des Knies kann es in diesem Fall zu einem Knorpelschaden im Knie kommen. Um das vorher richtig abzuschätzen, ist die Erfahrung des Chirurgen gefragt. Die Methode wurde aber inzwischen noch verbessert, sodass dank moderner Technik die Nähte jetzt so gesetzt werden können, dass die restliche Verankerung der Naht hinter dem Meniskus vorher besser eingeschätzt werden kann. Dr. Walpert

arbeitet seit drei Jahren erfolgreich mit diesem neuen Nahtsystem. Es wird von allen Kassen übernommen.



(Abb. 01) Fadenanker



(Abb. 02) Omnispan

Die Abbildungen zeigen einen gerissenen Innenmeniskus und in blauer Farbe die Naht mit Omnispan. Das Besondere ist, dass lediglich ein Faden zu erkennen ist – sonst werden meistens andere „Halteanteile“ wie kleine Plättchen usw. an den Meniskus gelegt. Bei diesem neuen Meniskusnaht-System bei Meniskusriss gibt es nur einen Faden.



Neue Station im edlen, nordischen Design.

Eine beruhigende Harmonie in Beige und Weiß verbreiten die neuen Zimmer der Station Vier der Klinik Fleetinsel Hamburg.



Eröffnung Februar 2012



**KLINIK
FLEETINSEL
HAMBURG**

DIE INNOVATIVE SPEZIALKLINIK

Im Februar 2012 haben wir eine neue Station mit 17 Einbett- und einem Zweibettzimmer eröffnet. Schlicht und elegant wirkt das Arrangement von Möbeln und Böden. Gehämmerte Silbervasen mit Zweigen, dazu passende Lampen und zarte Blumenportraits setzen edle Kontraste.

Alle Zimmer sind mit Flachbildschirm, Telefon und WLAN-Netz ausgestattet. Jedes Zimmer verfügt über ein patientengerechtes, helles, modernes Duschbad. Bademantel, Handtücher und Fön liegen für den Patienten bereit.





Nacken-Schulter-Arm Schmerzen? Es kann an der Schulter oder Halswirbelsäule liegen.

Bei einem Schulter-Arm-Schmerz kann es sich um ausstrahlende Beschwerden der Halswirbelsäule handeln, aber auch um Erkrankungen der Schulterregion, deren Symptome sich häufig nicht auf die Schulter beschränken. In der Regel strahlen Schmerzen, die im Schulterbereich entstehen, auch in den Arm oder in die Nackenregion aus.



PD Dr. med. Achim Hedtmann,
Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie,
Physikalische Therapie

Was der Laie als Schulter bezeichnet, bezieht sich auf einen Komplex von drei echten und zwei sog. falschen Gelenken, die die Beweglichkeit des Armes auf dem Rumpf ermöglichen: Dazu gehören das Schulterhauptgelenk zwischen Oberarmknochen und Gelenkpfanne des Schulterblattes, das sog. Schulterreckgelenk zwischen dem äußeren Schlüsselbein-Ende und dem Schulterblatt sowie das Sternoklavikular-Gelenk zwischen dem Brustbein und dem inneren Schlüsselbein-Ende.

Beide vermitteln die Beweglichkeit des Schulterblattes auf dem Rumpf. Die gesamte Schulterbeweglichkeit erfolgt zu ca. zwei Drittel aus dem Schulterhauptgelenk und zu ca. einem Drittel

aus den Bewegungen des Schulterblattes auf dem Brustkorb. Zwischen der Kapsel des Schulterhauptgelenkes und den darüber befindlichen Sehnen und dem knöchernen Schulterdach (Akromion) gibt es ein Nebengelenk. In diesem bewegen sich die Sehnen in einer Schleimbeutel-Gleitschicht, also nicht Knorpel auf Knorpel wie in einem echten Gelenk. Deshalb heißt dieses Gelenk Nebengelenk. Ein weiteres ist die Gleitfläche des Schulterblattes auf dem Brustkorb. Ein Schulterschmerz kann bei Bewegung und auch in Ruhe auftreten.

Ursachen für Schmerzen im Schulterbereich

Bei Menschen ab etwa 50 Jahren treten altersbedingte Veränderungen der Rotatorenhn auf, die den Oberarmkopf in der sehr flachen Pfanne zentrieren, halten und die Drehbewegungen vermitteln. Diese Sehnen bewegen sich in einem engen Kanal unter dem Schulterdach und können am Schulterdach reiben. Auch knöcherne Ablagerungen und anlagebedingte Formen des Schulterdaches

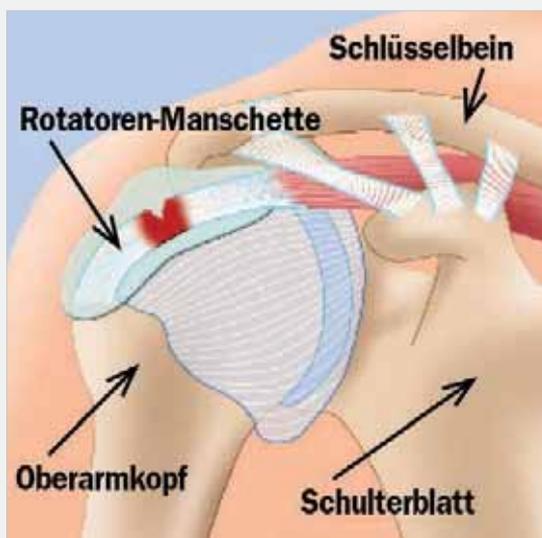
können diesen Kontakt neben Aufrauungen und Aufquellungen der Sehnen fördern. Dadurch tritt im mittleren Bereich des Arms bei einer Anhebung von ca. 50 – 120° ein Schmerz auf, ebenso beim Griff hinter den Rücken z. B. beim Anziehen eines Mantels.

Nehmen die Verschleißveränderungen an den Sehnen zu, können auch Defekte in den Sehnen entstehen, die dadurch in der Kraftübertragung vom Muskel auf den Oberarmknochen geschwächt werden, sodass Kraftverluste auftreten. Zwischen dem 35. und 60. Lebensjahr treten auch oft Verkalkungen in den Rotatorenhn auf. Diese sind zwar harmlos, der Körper will sie aber wieder loswerden, was oft unter entzündungsähnlichen Erscheinungen geschieht.

Verschleiß und Verkalkungen

Verschleiß wie auch Verkalkungen der Rotatorenhn werden unter dem Sammelbegriff des Subakromial-Syndroms zusammengefasst. Die Anstoßerscheinungen der Sehnen am Schulterdach heißen Impingement. Bei beiden Formen tritt ein starker Nachtschmerz auf, vor allem beim Liegen auf der betroffenen Schulter.

Fortsetzung nächste Seite





Fortsetzung: Nacken-Schulter-Arm Schmerzen? Es kann an der Schulter oder Halswirbelsäule liegen.

Der Schmerz strahlt oft auch in den Oberarm bis zum Ellenbogen aus, selten bis zum Unterarm. Das unterscheidet die Subakromial-Syndrome von der Arthrose des Schultergelenkes, die vor allem im Alter ab 60 Symptome zeigt. Dabei handelt es sich um einen in den Nacken ausstrahlenden Schmerz.

Bei der Schultergelenksarthrose treten Beschwerden vor allem bei der Armhebung über die Horizontale auf, weiterhin beim Griff zur Gegenseite, zum Beispiel beim Waschen der Achsel des anderen Armes oder auch beim Lenken im Auto. Verschleißerkrankungen (Arthrose) des Schultergelenkes sind wesentlich seltener als an Hüfte und Knie. Sie machen lange keine oder nur geringe Beschwerden. Schmerzen treten oft schon bei Bewegungen unter der Horizontalen, bei Drehbewegungen und teilweise auch nachts auf. Im Verlauf kommen Bewegungseinschränkungen dazu, vor allem die Außendrehung und die Seithebung sind zunächst betroffen. Ausstrahlungen bestehen meist nur bis zur Mitte des Oberarms.

Diagnose braucht viel Zeit

Der Orthopäde macht zunächst eine körperliche Untersuchung und prüft dabei die Beweglichkeit, Kraft und die betroffenen Strukturen. Ergibt die Diagnose, dass tatsächlich eine Erkrankung der Schulterregion vorliegt und es sich nicht um ausstrahlende

Beschwerden der Halswirbelsäule handelt, folgen apparative Untersuchungen der Schulter. Handelt es sich um einen Weichteilbefall wie bei einem Subakromial-Syndrom, wird durch eine Ultraschalluntersuchung der Zustand der Sehnen und des bedeckenden Schleimbeutels geklärt. Die knöchernen Verhältnisse – z. B. Enge unter dem Schulterdach als Risiko für ein Impingement – stellt man mit einer Röntgenuntersuchung dar. Diese zeigt auch, ob z. B. eine Arthrose des Schultergelenkes oder des Schulterhauptgelenkes vorliegt.

Der Ultraschall kann nicht den Knochen durchdringen, sodass der Zustand der Sehnen direkt unter dem Schulterdach nicht sichtbar ist. Auch der Zustand der Muskeln ist nur teilweise durch Ultraschall zu klären. Wenn nach körperlicher Untersuchung, Röntgen und Ultraschall noch Fragen offen bleiben, besteht Grund, eine Magnet-Resonanztomografie (= MRT) zu veranlassen, die man auch als Kernspintomografie bezeichnet.

Möglichkeiten der konservativen Behandlung

Die Subakromial-Syndrome treten ursächlich wie auch als Folge mit deutlich verkürzten und verspannten Muskeln der Rotatorenhöhle auf. Die das Schulterblatt bewegende Muskulatur ist oft stark verspannt und das Schulterblatt klemmt regelrecht auf dem Brustkorb fest. Eine konserva-

tive Therapie mit Krankengymnastik (= Physiotherapie) und sog. manuelle Therapie als spezielles, krankengymnastisches Verfahren kann vielen Patienten helfen. Steht der Nachtschmerz im Vordergrund, sind auch schmerzlindernde und abschwellende Medikamente erforderlich, und wenn dies nicht ausreicht, werden Injektionsverfahren angewandt. Bei Arthrose des Schultergelenkes ist die Injektionstherapie in das Gelenk in Kombination mit Krankengymnastik ebenfalls sehr hilfreich.

Bei Arthrosen des Schultergelenkes hilft Krankengymnastik lange Zeit, wenn es gelingt, die Bewegungseinschränkung zu mindern oder deren Fortschreiten zu verlangsamen. Außerdem sollten Knorpelschutzpräparate, die auch rezeptfrei als sog. Nahrungsergänzungsmittel erhältlich sind, eingenommen werden. Aus diesen Substanzen wird im Körper Hyaluronsäure produziert, die einen wesentlichen Bestandteil der schmierenden und ernährenden Gelenkflüssigkeit bildet, die das arthrotische Gelenk zu wenig hat. Hyaluronsäure kann auch direkt in das Gelenk gespritzt werden.

Moderne operative Verfahren

Bei den Subakromial-Syndromen ist eine konservative Behandlung meist innerhalb von sechs Monaten erfolgreich. Bei länger dauernden Beschwerden sind die weiteren Aussichten ungewiss, so dass bei erfolgloser

*Therapie mit Krankengymnastik
(= Physiotherapie)*



Behandlung über sechs Monate operative Maßnahmen erwogen werden können. Wenn die Rotatorenhenken nur wenig geschädigt sind und noch keinen Defekt aufweisen, kann man eine sog. subakromiale Dekompression vornehmen. Dabei wird das Schulterdach endoskopisch geglättet und vorstehende Sporne wie der entzündete Schleimbeutel entfernt. Die Nachbehandlung erfolgt ohne Ruhigstellung und dauert bis zum vollständigen Abklingen der Beschwerden meist ca. drei Monate.

Sind die Rotatorenhenken aber defekt, müssen sie wieder am Knochen befestigt werden. Danach folgt eine vierwöchige Ruhigstellung in einer Schlinge oder einem kleinen Abspreizkissen. Die gesamte Nachbehandlung dauert ca. sechs Monate. Danach sind wieder Überkopfbelastungen bei der Arbeit oder beim Sport erlaubt.

Arthrosen des Schultergelenkes sind operativ mit wenig Aufwand durch endoskopische Entfernung des verschlissenen Schlüsselbeinendes zu behandeln. Hier bildet sich dann in den Folgewochen und -monaten eine Art Faserknorpel, der die Gelenkfunktionen gut erfüllen kann. Die Nachbehandlung dauert etwa drei Monate und erfordert keine Ruhigstellung. Bei den Arthrosen des Schulterhauptgelenkes kann man in früheren Stadien bei erfolgloser konservativer Therapie eine Schulter Spiegelung (Arthroskopie) machen. Dabei werden Unregel-

mäßigkeiten des Knorpels geglättet und es erfolgt eine Kapsellösung zur Verbesserung der Beweglichkeit. Damit kann man den Prozess der Arthrose verlangsamen, meist aber auf Dauer nicht aufhalten.

Bei der fortgeschrittenen Arthrose ist deshalb ein künstliches Gelenk (Endoprothese) erforderlich. Hierfür stehen heute reine Oberflächenkappen oder sog. schaftfreie Gelenke zur Verfügung. Diese erfordern nur wenig Knochenentfernung zur Verankerung. Man kann davon ausgehen, dass künstliche Gelenke an der Schulter nur z. T. länger als 15 Jahre halten und bei jüngeren Patienten daher das Gelenk ausgetauscht werden muss. Dann ist es vorteilhaft, wenn ein knochensparendes Modell bei der ersten Operation gewählt wurde.

Bei schlechter Knochenqualität – z. B. bei Osteoporose oder rheumatischem Befall – sind aber nach wie vor die klassischen Schaftprothesen von Vorteil und notwendig. Nach dem Einsetzen einer Endoprothese wird meistens der Arm für ca. drei Wochen in einer Schlinge getragen, dann folgen gezielte erste Bewegungsübungen durch den Physiotherapeuten. Die Arthrose ist meist mit erheblichen Muskelverkürzungen und -schwächen verbunden, sodass die Nachbehandlung oft mehr als sechs Monate beträgt, auch wenn der Patient schon lange vorher schmerzarm oder schmerzfrei ist.



Bei der Schultergelenkarthrose verursacht bereits das Haare kämmen Beschwerden und Schmerzen.



DAS KLINIK FLEETINSEL MAGAZIN

Medienspiegel

Hier finden Sie einige Beispiele von redaktionellen Beiträgen, die in Zusammenarbeit mit einzelnen Experten der Klinik erstellt und in verschiedenen Zeitschriften sowie Tages- und Wochenendzeitungen veröffentlicht wurden. Die Veröffentlichungen können auch im Internet unter www.klinik-fleetinsel.de (siehe Presse und Medien) als PDF heruntergeladen werden.

2012

TV gesund & leben

Gesunde Venen im Winter
Dr. Christiane Gebhardt

Freizeit Revue

Bänderriss im Sprunggelenk:
Neue dynamische Fixation
Dr. Ernst-Helmut Schwer

TV Hören und Sehen

Schultererkrankungen und
moderne OP-Verfahren
PD Dr. Achim Hedtmann

Bild am Sonntag

High Heels und die Folgen
für den Nacken
Dr. Ernst-Helmut Schwer

Laura

Hallux valgus (Ballenzeh)
Dr. Jürgen Walpert

2011

Echo der Frau

Neue Prothese Großzehen-
Grundgelenk
Dr. Diedrich Haesen

Auf einen Blick

Therapien bei Bandscheiben-
erkrankungen
PD Dr. med. Michael Muschik

Alles für die Frau

Die häufigsten Fußprobleme
Hallux valgus, rigidus etc.
Dr. Jürgen Walpert

NEUE WOCHE

Osteoporose und Veränderungen
der Wirbelsäule
PD Dr. Michael Muschik

Wissenswertes - Medizin von A - Z

Arthrose

Gelenkverschleiß, bei dem sich die Knorpelschicht des Gelenks nach und nach abnutzt. Kann an allen Gelenken auftreten. Am häufigsten betroffen sind Wirbelsäule, Hüft-, Hand-, Knie- und Fußgelenke. Arthrose ist nicht heilbar, es können lediglich die Beschwerden gelindert, das Fortschreiten der Krankheit verlangsamt oder das jeweilige Gelenk durch eine Endoprothese ersetzt werden.

Gonarthrose

Die Arthrose im Kniegelenk wird medizinisch Gonarthrose genannt.

Menisken im Knie

Sind halbmondförmige Knorpelscheiben, die wie Puffer im Knie wirken. Das Kniegelenk verbindet den Oberschenkel und die Schienbeinknochen des Unterschenkels. Dazwischen liegen die Menisken.

Nebengelenk der Schulter

In diesem Nebengelenk bewegen sich die Sehnen in einer Schleimbeutel-

Gleitschicht und nicht Knorpel auf Knorpel wie in einem echten Gelenk. Deshalb heißt dieses Gelenk Nebengelenk.

Impingement

Eine durch starkes muskuläres Ungleichgewicht verursachte Verengung im Schultergelenk, bei welcher knöchernen Bestandteile aufeinander reiben und dazwischen Weichteile wie Sehnen und Schleimbeutel bis zur Entzündung und Zerstörung quetschen. Diagnose durch Ultraschall Untersuchung, Röntgenbild oder Kernspintomographie.

Patella

Die Kniescheibe (Patella) liegt vor den Menisken. Seiten- und Kreuzbänder sowie Muskeln geben dem Kniegelenk Halt.

Subakromialsyndrom

Verschleiß wie auch Verkalkungen der Rotatorensehnen werden unter dem Sammelbegriff des Subakromialsyndroms zusammengefasst.



Impressum

Herausgeber: Klinik Fleetinsel Hamburg GmbH & Co. KG
Admiralitätstraße 3-4, 20459 Hamburg
Telefon 040/37671-0
Internet: www.klinik-fleetinsel.de
E-Mail: info@klinik-fleetinsel.de
Verantwortlich für den Inhalt: Dr. Roland Sellckau, Dr. Jürgen Walpert,
Dr. Diedrich Haesen
Redaktion: Ellen Hosbach, Johanna Strömsdörfer
Ellen Hosbach Kommunikationsberatung HH
Fotos der Ärzte/Klinik: PHOTOGRAPHY Sabine Wendler
Fotos: u.a. fotolia.de
Layout und Satz: Design to Be . Agentur für Mediendesign