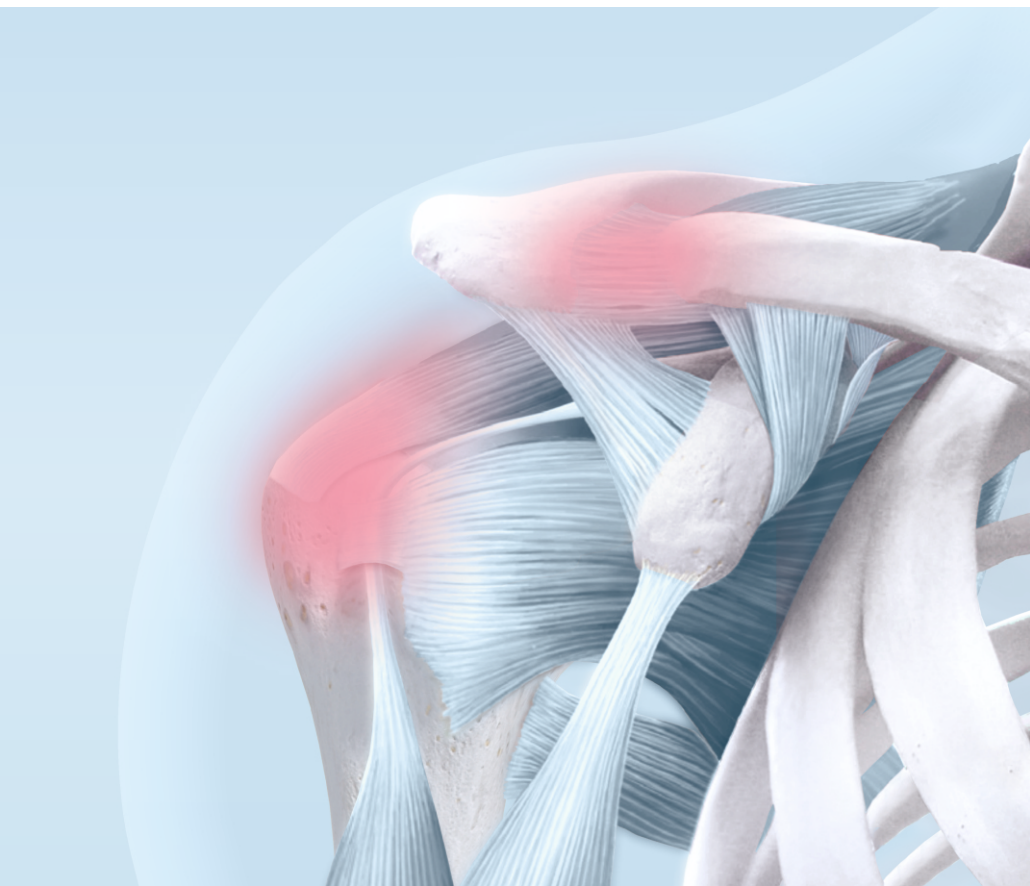


Schulter

Gelenkspiegelung

Arthroskopie



Liebe Patientin, lieber Patient

Ein medizinisches Schulterproblem bereitet Ihnen Schmerzen und schränkt Ihre Bewegungsfreiheit ein. Mit der geplanten Operation in arthroskopischer Technik soll dieses Problem behoben werden. Dabei ist mein oberstes Ziel, dank dieser optimal schonenden Ausführung des Eingriffs, eine rasche Heilung zu unterstützen, Sie schnell zu mobilisieren und so dafür zu sorgen, dass Sie die Schulter in Ihrem Alltag und beim Sport möglichst bald wieder sorgen- und schmerzfrei nutzen können.

Vielen Dank, dass Sie sich mir und meinem Team anvertrauen!

Als leidenschaftlicher Schulter-Spezialist verfüge ich dank langjähriger Erfahrung über eine hohe Kompetenz in der operativen Therapie der Beschwerden, die Sie plagen. Mein gesammeltes Fachwissen, mein volles Engagement und meine hohen Qualitätsansprüche werden in die Behandlung einfließen, welche sich immer an den neusten Erkenntnissen der Wissenschaft orientiert. Sie sind bei mir und meinem eingespielten Team in guten und versierten Händen.

Aufklärung ist mir wichtig. Gut informiert können Sie dem Operationstermin gelassen, vertrauensvoll und zuversichtlich entgegensehen. Aus diesem Grund habe ich in dieser Broschüre die wichtigsten Informationen über das Krankheitsbild, die Behandlungsmöglichkeiten und den geplanten Eingriff zusammengefasst.

Wenn etwas unklar sein sollte oder Sie etwas genauer wissen möchten, dürfen Sie sich gerne jederzeit in der Sprechstunde oder über mein Sekretariat an mich wenden.

Bis zum Operationstermin wünsche ich Ihnen möglichst wenig Schmerzen und danach jetzt schon eine schnelle Genesung.

Ihr



PD Dr. med. Florian Hess

Facharzt Orthopädie und Traumatologie
des Bewegungsapparates und
Facharzt Chirurgie, FMH

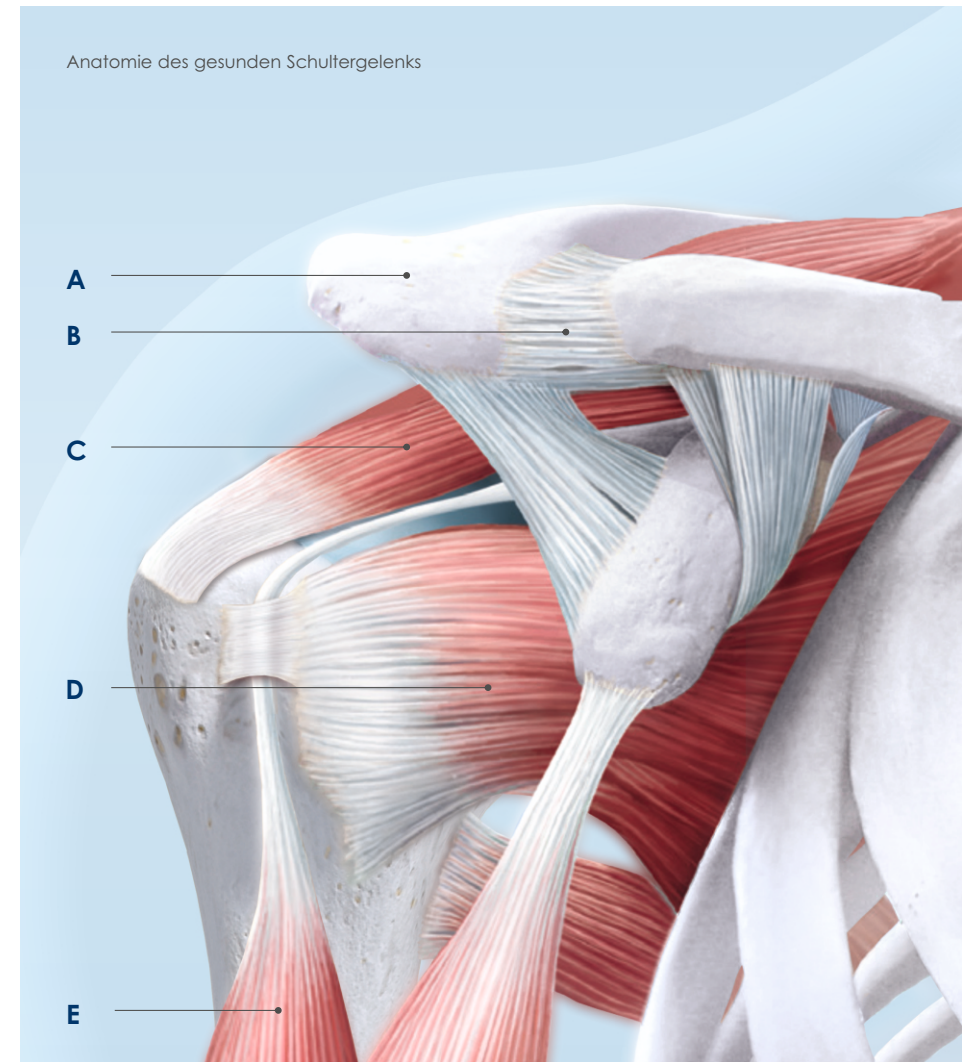
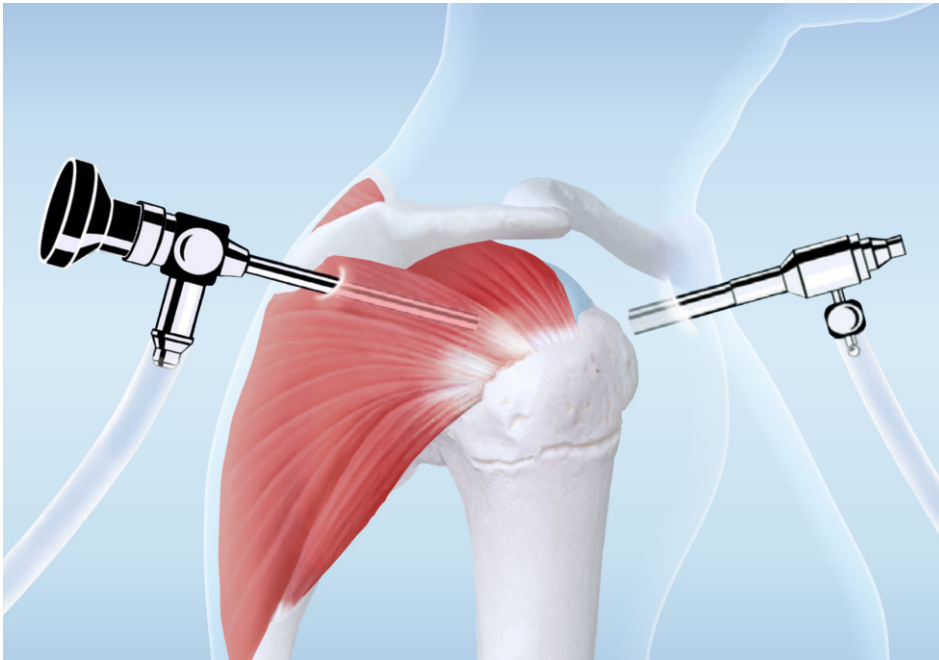


Schultergelenkspiegelung (Arthroskopie)

Funktionsweise

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.



- A) Acromion
- B) AC-Gelenk
- C) Musculus Supraspinatus
- D) Musculus Subscapularis
- E) Lange Bizepssehne

Indikationen/Behandlungen

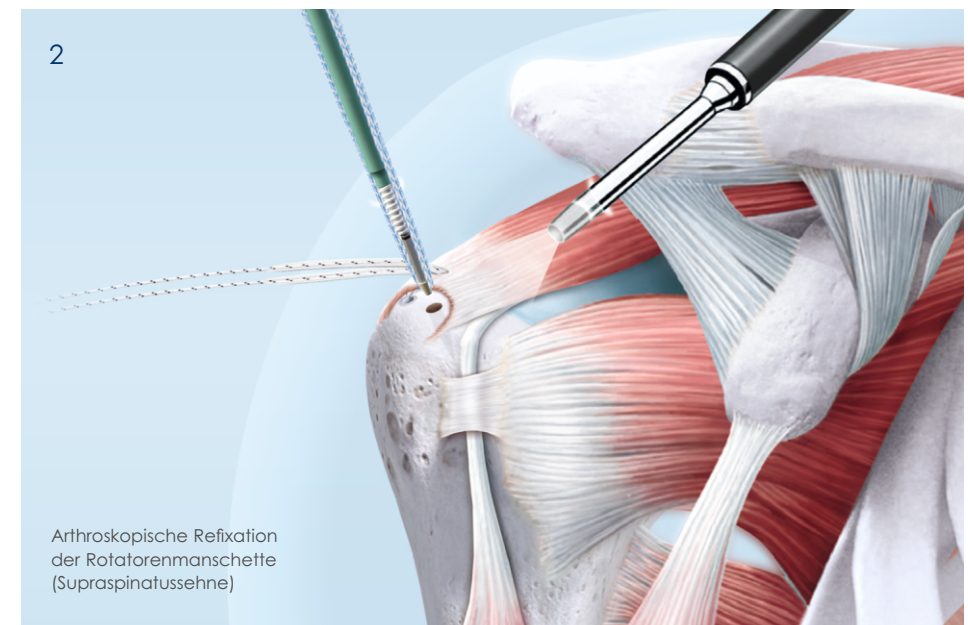
Bei den allermeisten Eingriffen, und wenn immer möglich, kommt am Gelenkzentrum Winterthur minimalinvasive (arthroskopische) Operationstechnik zum Einsatz; so auch in der Schulterchirurgie:

Dekompression des Subacromial-raums/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), [siehe Abbildung 1](#), und Entfernung des entzündeten Schleimbeutels (Bursektomie).

Verletzungen der Rotatorenmanschette

Siehe [Abbildung 2](#), detaillierter Beschrieb in separater Informationsbroschüre.



Resektion des AC-Gelenks

Das AC-Gelenk bildet die Verbindung zwischen Schulterdach und Schlüsselbein. Bei entzündlichen Veränderungen oder fortgeschrittener Abnutzung (Arthrose), **Abbildung 3A**, 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 ° umgelenkt. Die lange Bizepssehne kann durch einen Unfall oder chronische Belastung verletzt werden bzw. sich entzünden, siehe **Abbildung 3B**. 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 (Bizepsstenotomie). 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.

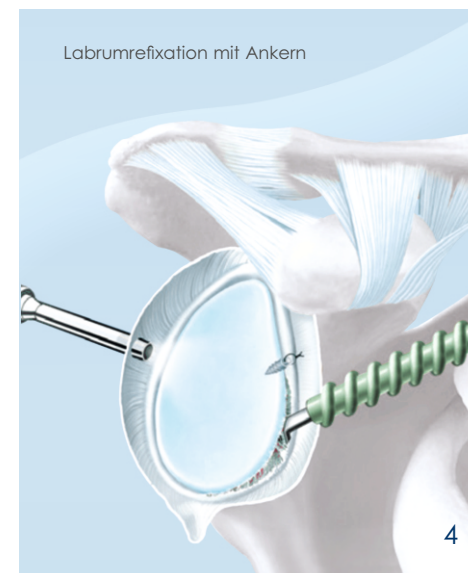
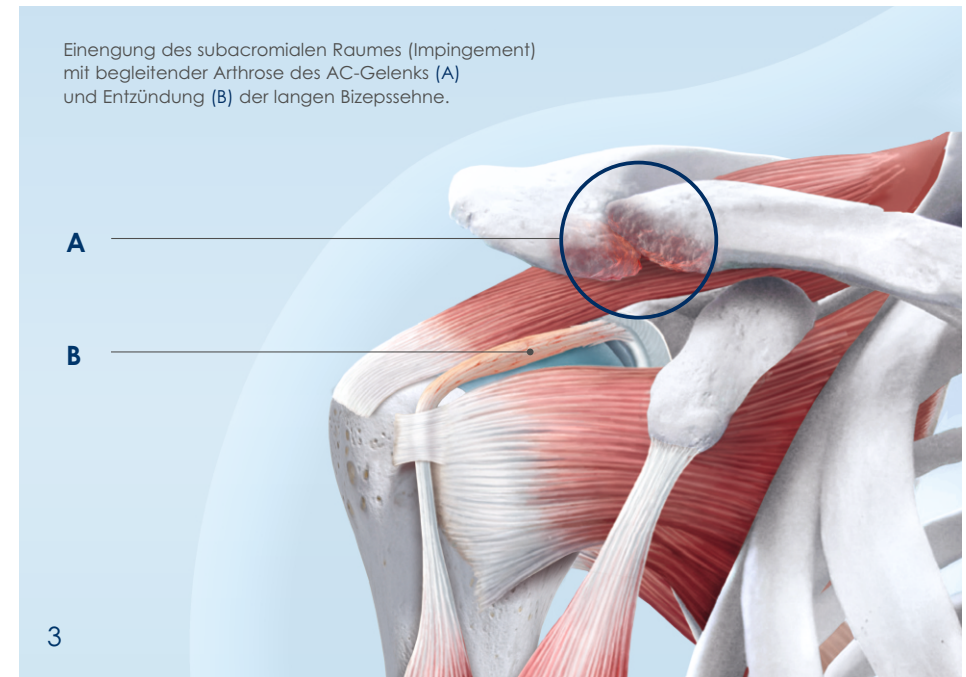
Schulterinstabilität nach Luxationen

Siehe **Abbildung 4 und 5**, detaillierter Beschrieb in separater Informationsbroschüre.

Schultersteife

(Adhäsive Capsulitis / «Frozen Shoulder»)

In seltenen Fällen, wenn sämtliche konservativen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind, kommt auch hier ein arthroskopischer Eingriff in Betracht. Einen detaillierten Beschrieb zur Behandlung der Schultersteife finden Sie in einer separaten Informationsbroschüre.



Nachbehandlung

Ruhigstellung und Mobilisation

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.

Belastungen

Auf belastende Tätigkeiten sowie Sport sollte vorübergehend verzichtet werden.

Sport

Leichtere sportliche Aktivitäten unter Einbezug der Schulter sind frühestens nach 3 Monaten, Kontakt- und Überkopfsportarten nach 4 bis 6 Monaten wieder möglich.

Fäden ziehen

Die Hautfäden, sofern vorhanden, können nach 10–14 Tagen im Rahmen einer Wundkontrolle vom Hausarzt entfernt werden.

Arbeitsausfall

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.

Risiken und Komplikationen

Jede Operation birgt gewisse Risiken und kann zu Komplikationen führen. Was dies bei arthroskopischen Eingriffen an der Schulter bedeutet, wird im Folgenden erläutert:

Infektion/Einblutung

Zu den allgemeinen Operationsrisiken gehören Infektionen (< 1 %) und Einblutungen (Hämatome).

Nervenverletzung

Durch den Zug am Arm während der Operation kann es zu Nervenverletzungen kommen; im Rahmen der Anästhesie oder (seltener) durch Instrumente (< 1 %). Solche Verletzungen können zu temporären Gefühlsstörungen und Schwäche führen.

Schultersteife

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.

Kurzübersicht – Ablauf der Behandlung



Vorgespräch

In meiner Sprechstunde kläre ich in einem Vorgespräch Ihre medizinischen Bedürfnisse und erarbeite für Sie ein auf Sie zugeschnittenes, individuelles Behandlungskonzept.



Aufgebot

Dank dem Vorgespräch in meiner Praxis brauchen Sie erst am Tag der Operation in die Klinik einzutreten. Sie werden am Vortag telefonisch informiert, wann und wo genau wir Sie (nüchtern) erwarten.



Operation

Arthroskopische Entfernung des Schleimbeutels, Trimmen des Schulterdaches, Erweitern des Schultergelenks, Kalkentfernung etc. Operationsdauer ca. 45 Minuten. Anschliessend Erholung auf der Bettenstation und erstes Aufstehen.



Spitalaufenthalt

Am ersten Tag werden Sie durch die Physiotherapie angeleitet, welche Bewegungen Sie mit Ihrem operierten Schultergelenk durchführen können. Klinikaustritt nach Hause nach 1-2 Tagen.



Mobilisierung

Im Anschluss an den Spitalaufenthalt: Ambulante Physiotherapie und Eigentherapie gemäss Instruktion zu Hause.



Rekonvaleszenz

Arbeitsunfähigkeit 4 bis 12 Wochen, je nach Tätigkeit. Homeoffice zu 50 % bereits nach 2 Wochen möglich. Autofahren nach 2 bis 4 Wochen wieder möglich. Sport nach ca. 3 Monaten wieder möglich, gelenkbelastende Sportarten (zum Beispiel Tennis, Handball, Golf, Skifahren) ab ca. 4-6 Monaten.



Nachkontrollen

Wundkontrolle nach 2 Wochen beim Hausarzt. Kontrollen bei mir nach 6 und 12 Wochen. Je nach Bedarf erfolgen weitere Nachkontrollen.



PD Dr. med. Florian Hess

Facharzt Orthopädie und Traumatologie
des Bewegungsapparates und
Facharzt Chirurgie, FMH

Schulter- und Ellbogenchirurgie (DVSE)

Gelenkzentrum Winterthur AG
Schickstrasse 11
8400 Winterthur

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



gzw.ch