

„Das künstliche Schultergelenk“ –

Doch eine gute Behandlungsalternative?

Auch an der Schulter gibt es bei fortgeschrittenem Verschleiß des Gelenkes äußerst schmerzhafte Funktionseinschränkungen für den Patienten, die mit konservativen oder arthroskopischen Therapieverfahren nicht erfolgreich behandelt werden können. Dennoch ist bei vielen Patienten und Therapeuten die Skepsis gegenüber einem künstlichen Gelenkersatz am Schultergelenk bislang sehr groß. ORTHOpRESS sprach mit dem Schulterspezialisten Dr. Oliver Greshake von der Praxis für Sporttraumatologie, Orthopädie und Gelenkchirurgie in Köln über Ursachen für diese Verunsicherung und über die aktuellen Möglichkeiten des künstlichen Gelenkersatzes am Schultergelenk.

Herr Dr. Greshake, warum besteht in Deutschland noch eine so hohe Skepsis der Patienten gegenüber der Schulterprothese?

Dr. Greshake: Am Kniegelenk oder an der Hüfte ist der künstliche Ersatz des Gelenks mit einer Prothese mittlerweile zu einem Routineverfahren in der Therapie des fortgeschrittenen Gelenkverschleißes geworden mit hervorragenden Ergebnissen für die Patienten. Im Vergleich dazu wird der künstliche Ersatz am Schultergelenk etwa 20-mal seltener durchgeführt. Die große Skepsis bei vielen Patienten resultiert aus den Ergebnissen der anfänglichen Operationstechniken, die für die Patienten nicht immer ideal waren.

Was hat denn zu den nicht zufriedenstellenden Operationsergebnissen in den Anfängen der Schulterendoprothetik geführt?

Dr. Greshake: Zum einen wurde früher immer erst dann eine Operation empfohlen, wenn durch die zunehmende Deformierung des Gelenkes die umliegenden Muskeln und Sehnen sehr stark verkürzt und rückgebildet waren. Zum anderen wurde bei Knochenbrüchen

am Oberarmkopf nach einem Sturz bei älteren Menschen häufig eine Oberarmkopfprothese ohne künstlichen Ersatz der Gelenkpfanne eingesetzt. In beiden Fällen war der Operationserfolg oft mäßig, da die Patienten eine starke Bewegungs- und Funktionseinschränkung der Schulter behalten haben.

Wie hat sich die Operationstechnik geändert?

Dr. Greshake: Heute weiß man, dass für eine gute und schmerzfreie Gelenkfunktion nicht nur der Oberarmkopf, sondern in den meisten Fällen auch die Gelenkpfanne künstlich ersetzt werden muss. Dadurch ist die Operation technisch schwieriger geworden. Die Entwicklung verbesserter Instrumente und die Spezialisierung von Operateuren auf diese anspruchsvolle Operation hat es aber ermöglicht, dass die Ergebnisse der Schul-



Dr. Greshake: „Das richtige Timing, die Auswahl des geeigneten Prothesenmodelles und die ausreichende Erfahrung des Operateurs sind ausschlaggebend für das postoperative Ergebnis.“

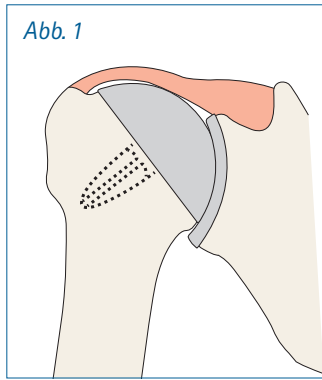


Abb. 1

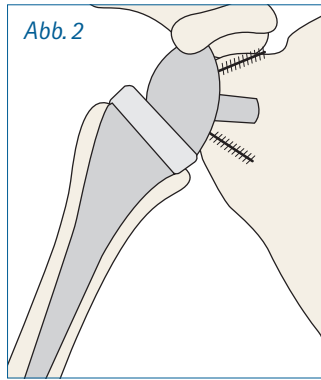


Abb. 2

Abb. 1: schaftfreie Totalendoprothese

Abb. 2: Mit einer inversen Schulterprothese kann selbst dann eine gute Schulterfunktion erreicht werden, wenn die Rotatorenmanschette praktisch funktionsunfähig ist.

terprothese um ein Vielfaches besser geworden sind als in den Anfängen.

Das heißt, viele Patienten mit nicht therapierbaren Schulterschmerzen können sich wieder Hoffnung machen?

Dr. Greshake: Ja. Natürlich muss in jedem Fall eine sorgfältige Untersuchung bei einem auf Schultererkrankungen spezialisierten Arzt erfolgen. Zunächst muss geklärt werden, wie ausgeprägt der Gelenkverschleiß (Arthrose) ist. Sind noch gesunde Knorpelflächen vorhanden, können diese erhalten bleiben, somit wird nur der geschädigte Bereich durch einen „Teiloberflächenersatz“ ersetzt. Ist jedoch das ganze Gelenk betroffen, muss die gesamte Knorpeloberfläche am Oberarmkopf und auch an der Gelenkpfanne ersetzt werden. Dabei wird heute aber nicht das „erkrankte Gelenk“ entfernt und ein „Kunstgelenk“ eingebaut, sondern die Flächen werden heute u. a mit schaftfreien Implantaten „überkront“. Das sind sehr knochensparende Verfahren, die wenig an der individuellen Anatomie des Schultergelenkes verändern (Abb. 1).

Was bedeutet das für den Patienten?

Dr. Greshake: Es gilt also zunächst, bei jedem Patienten das für ihn im Einzelfall geeignete Operationsverfahren auszuwählen. Weiterhin muss aus einer Fülle an Modellen die geeignete Prothese ausgewählt werden, die am besten die individuelle Anatomie des Patienten widerspiegelt. Ein Sonderfall ist dann gegeben wenn neben der Arthrose zusätzlich die umliegende Muskelsehnenplatte (sog. Rotatorenmanschette) erheblich geschädigt ist. Dann ist der betroffene Arm für den Patienten wie bei einer Lähmung (Pseudoparalyse) nahezu funktionslos.

Falls das der Fall ist, muss zur erfolgreichen Behandlung eine Spezialprothese (sogenannte Inverse Prothese, s. Abb. 2) eingesetzt werden. Durch die „umgekehrte“ Anordnung der Komponenten kann eine stabile Zentrierung des Gelenkes erreicht werden, wodurch der Schulterhaubenmuskel den Oberarm wieder heben kann und die Patienten unmittelbar nach der Operation eine erstaunliche Funktionsverbesserung haben.

Wie lange dauert eine solche Operation, und was erwartet den Patienten danach?

Dr. Greshake: Die Operation selber dauert 1-2 Stunden und der Aufenthalt im Krankenhaus liegt bei ungefähr sieben Tagen. Nach der Operation wird der Arm in einer Bandage ruhiggestellt, um die bei der Operation abgelösten Sehnen wieder anheilen zu lassen. Nach 6 Wochen ist der Arm wieder „alltagsfit“. Insgesamt ist der Patient nach einer solchen Operation schnell wieder „auf den Beinen“ was gerade bei den älteren Patienten entscheidend für das allgemeine Wohlbefinden nach einer Operation ist.

„Das richtige Timing, die Auswahl des geeigneten Prothesenmodelles und die ausreichende Erfahrung des Operateurs sind ausschlaggebend für ein gutes postoperatives Ergebnis.“

Herr Dr. Greshake, haben Sie herzlichen Dank für Ihre Ausführungen!

Weitere Informationen

Tel.: 0221 / 88070-28
www.praxishoehner.de