

Ratgeberseite der Klinik Josephinum München

Schultergelenkschmerzen: Das sollten Sie über ein künstliches Gelenk wissen



Im Interview:

Prof. Dr. med. Gunther Sandmann
Schulter- und Ellenbogenchirurgie
im Josephinum

Gesund leben



Schulter Schmerzen sind für sehr viele Menschen kein Fremdwort: Statistisch gesehen hat jeder vierte Deutsche irgendwann im Leben Probleme mit der Schulter. Die Schmerzen können dabei nicht nur akut nach einem Unfall auftreten, sondern sich auch schleichend entwickeln. Wir sprechen mit Prof. Dr. Gunther Sandmann über das Thema „Schultergelenkschmerzen“. Der Schulter-Experte in der Klinik Josephinum geht den Schulterschmerzen seiner PatientInnen auf den Grund und hilft ihnen mit modernsten Behandlungsmethoden dabei, wieder mehr Lebensqualität und Mobilität zu gewinnen.

Warum treten Schulterschmerzen so häufig auf?

Prof. Sandmann: Die Schulter ist eines der beweglichsten Gelenke des Menschen. Das heißt, ein Drehen der Arme ist im Normalfall in alle Richtungen möglich. Diese Beweglichkeit ist ein großes Plus, macht die Schulter aber eben auch anfällig für Verletzungen sowie für Verschleißerscheinungen. Einseitige sportliche Bewegungen sind eine weitere Ursache für häufig auftretende Schulterschmerzen. Die meisten Beschwerden, die ich in meiner Praxis sehe, lassen sich auf chronische Risse der Rotatorenmanschette oder auf einen Gelenkverschleiß, also eine Schulterarthrose, zurückführen.

Wie entsteht eine Arthrose im Schultergelenk eigentlich?

Prof. Sandmann: Tatsächlich gibt es dafür zahlreiche Ursachen. Man unterscheidet prinzipiell die primäre Arthrose, bei der genetische

Faktoren eine Rolle spielen, von der sogenannten sekundären Arthrose, die sich nach einer Verletzung beziehungsweise einem Unfall entwickeln kann. So kann sich ein Gelenkverschleiß zum Beispiel langfristig nach einer Verrenkung des Schultergelenkes, auch Schulterluxation genannt, abzeichnen. Aber auch zum Beispiel ein Bruch des Oberarmkopfes, rheumatische Erkrankungen oder schwere Gelenkinfektionen der Schulter können in der Folge in eine Arthrose münden. Manchmal kann auch schon eine übermäßige Belastung beim Sport für einen Knorpelabrieb sorgen, wie es beispielsweise beim Ausüben von Kraftsport vorkommen kann.

Stimmt es also, dass eine Arthrose an der Schulter einer der häufigsten Gründe für das Einsetzen eines künstlichen Gelenkes ist?

Prof. Sandmann: Ja, das ist richtig. Eine Arthrose liegt kurz gesagt vor, wenn die Knorpelschicht des Knochens einen dauerhaften Abrieb erleidet und dadurch dann Schaden nimmt. Im Spätstadium ist der Verschleiß so fortgeschritten, dass das Gelenk auch im Ruhezustand und in der Nacht schmerzt und die Beweglichkeit stark eingeschränkt ist. Eine starke Veränderung des Gelenkes lässt sich auch im Röntgenbild oder einer Kernspintomographie feststellen. In all diesen Fällen kann die Implantation einer Schulterprothese sinnvoll sein, um den Betroffenen zu weitgehender Schmerzfreiheit zu verhelfen und mittels eines künstlichen Gelenkes die Beweglichkeit wieder herzustellen.

Für wen eignet sich welche Prothese?

Prof. Sandmann: Welcher Endoprothesentyp und welche Verankerungsmethode im Knochen am besten geeignet sind, bespreche ich zusammen mit meinen PatientInnen im Rahmen ausführlicher Voruntersuchungen. Eine Rolle spielen hierbei neben dem Lebensalter unter anderem die Knochenqualität, das Stadium der Arthrose sowie der Schädigungsgrad der Rotatorenmanschette. Grundsätzlich zu unterscheiden sind die sogenannten anatomischen Prothesen von den inversen Schulterprothesen. Die Kunst liegt nun darin, für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten die bestmögliche Versorgung zu finden.

Was ist der Unterschied zwischen einer anatomischen und einer inversen Schulterprothese?

Prof. Sandmann: Bei der anatomischen Prothese wird der defekte Kopf durch einen Metallkopf ersetzt und – sofern die Gelenkpfanne betroffen ist – wird auch diese durch eine künstliche Pfanne aus Kunststoff, in der Regel Polyethylen, ersetzt. Entscheidend für diese Art der Prothese ist jedoch die Rotatorenmanschette, also jene Muskel-Sehnen-Haube, die den Oberarmkopf umgibt und uns die Beweglichkeit in viele verschiedene Richtungen ermöglicht. Nicht umsonst wird die Rotatorenmanschette daher auch als „Motor der Schulter“ bezeichnet. Nur wenn der „Motor“ funktioniert, kann auch eine anatomische Prothese ein gutes Ergebnis bringen. Bei der inversen Prothese findet sich

hingegen eine umgekehrte Anordnung der Komponenten. Das heißt, der kugelförmige Anteil wird hierbei auf die Gelenkpfanne gesetzt, wohingegen der schalenförmige Bestandteil auf der Oberarmseite zu liegen kommt. Dadurch wird der Schulter wieder ein festes Drehzentrum gegeben, der Delta-Muskel bekommt eine verbesserte Hebelwirkung und kann dadurch den Arm auch wieder besser bewegen – und dies in den meisten Fällen auch schmerzfrei. Die inversen Prothesen werden deshalb auch „Delta-Prothesen“ genannt. Wichtig zu wissen: Menschen mit schweren Arthrosen des Schultergelenkes oder fortgeschrittenen Rissen der Rotatorenmanschette profitieren von dieser Art der Prothese und können dadurch häufig in relativ kurzer Zeit eine deutliche Verbesserung ihrer Lebensqualität erfahren.

Kontakt Praxis:

Schulterzentrum Sporttraumatologie

Prof. Dr. med. Gunther Sandmann
Törringstraße 6
81675 München
Telefon 0 89/ 954 53 81 - 0
www.schulter-sporttrauma.de



Schönfeldstraße 16
80539 München
Telefon 089/23688-0
www.josephinum.de