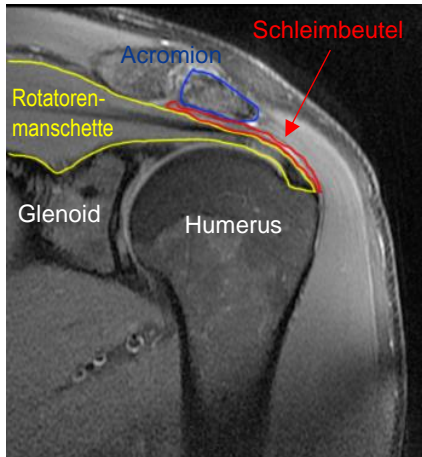


Impingement-Syndrom (= Schulterengpass-Syndrom)

Anatomie



Das Schulterhauptgelenk besteht aus dem Oberarmkopf (=Humerus) und der Gelenkpfanne (=Glenoid). Damit der Oberarmkopf zentriert in der Gelenkpfanne gehalten wird gibt es die sogenannte Rotatorenmanschette. Diese besteht aus 4 Muskeln und deren Sehnen, die am Humeruskopf ansetzen (Subscapularis, Supraspinatus, Infraspinatus und Teres minor). Insbesondere die Sehne des Supraspinatus und des Infraspinatus verlaufen dabei durch den s.g. Schulterdachraum. In diesem Raum zwischen der Rotatorenmanschette und dem Schulterdach befindet sich ebenfalls ein zarter Schleimbeutel. Bei einem Schulterdach-Engpass (=Impingement-Syndrom) kommt es durch einen knöchernen Sporn an der vorderen äußeren Kante des Schulterdaches zu einer Reizung bzw. Entzündung des

Schleimbeutels und der Sehnenansatzregion der Rotatorenmanschette. Je enger der Raum unter dem Schulterdach ist, desto weniger Platz haben die Sehnen zum Gleiten und desto größer ist das Risiko einer Schleimbeutelentzündung und schließlich des Auftretens eines Sehnen Schadens bis hin zu einem Sehnenabriss.

Symptome

Die typischen Beschwerden beim Impingement-Syndrom sind der Schmerzen bei der Bewegung der Schulter, insbesondere beim Vorwärts- oder Seitwärtsanheben (schmerzhafter Bogen). Häufig lassen sich Tätigkeiten oberhalb der Schulterhöhe nicht mehr durchführen und der Arm wird kraftlos. Gelegentlich kommt ein Kribbelgefühl an den Fingern hinzu. Viele Patienten beklagen zusätzlich Schmerzen im Bereich des Kappenmuskels (= M. Deltoideus) und können nicht mehr auf der betroffenen Seite liegen.

Diagnostik

Im normalen Röntgenbild kann der knöchernen Sporn an der Vorderkante des Schulterdaches festgestellt werden und einen ersten Hinweis auf ein Impingement-Syndrom zeigen. Die endgültige Diagnosesicherung ist aber nur durch eine ergänzende Kernspintomographie bzw. eine Sonographie möglich. Bei diesen Untersuchungen können die Schulterstrukturen, insbesondere Weichteilveränderungen wie Schleimbeutelentzündungen und Sehnenläsionen, exakt beurteilt werden. Sollte eine Operation notwendig sein, kann die exakte OP Planung anhand der Befunde konkret erfolgen und der Patient über die Operation explizit aufgeklärt werden.



Therapie:

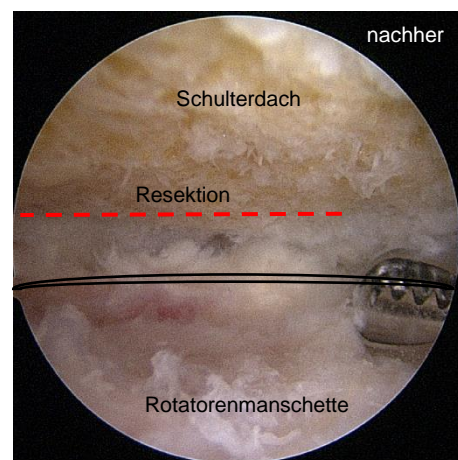
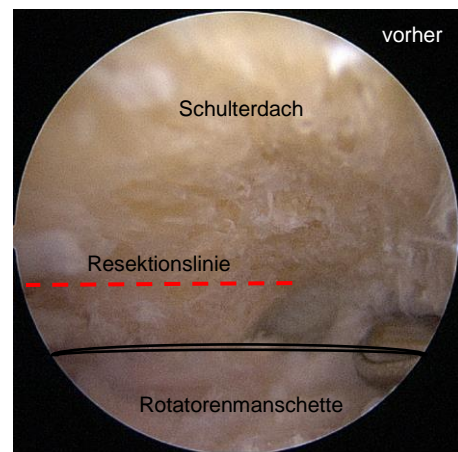
Konservative Therapie

Ein Impingement-Syndrom kann primär konservativ behandelt werden. Grundsätzlich sollte die schmerzhafte Schulter dabei möglichst viel geschont und schmerzhafte Bewegungen vermieden werden. Durch spezifische (Physio-)Therapie und eigenen Übungen kann die Schultermuskulatur, die den Oberarmkopf nach unten hält, gekräftigt werden. Dadurch wird der Abstand zwischen dem Oberarmkopf und dem Schulterdach erweitert und die Sehnen haben wieder mehr Platz. Zusätzlich kann versucht werden die Schleimbeutelentzündung zu reduzieren. Die Entzündungsreduktion kann dabei durch lokale Cortison-Infiltrationen erfolgen oder aber über physikalische Maßnahmen (z.B. Röntgenreizbestrahlung, Ultraschall, ...).

Sollten die Beschwerden trotz der konservativen Therapie nach 2-3 Monaten nicht deutlich gebessert sein, werden die Befunde und der bisherige Therapieverlauf nochmals überprüft und wenn notwendig ein operatives Vorgehen besprochen..

Operative Therapie

Die gesamte Operation wird arthroskopisch (= Schlüsselloch-Technik) durchgeführt. Als erstes wird das eigentliche Schultergelenk inspiziert um mögliche begleitende Verletzungen festzustellen. Die meisten der gefundenen Veränderungen können direkt versorgt werden (z.B. entzündete Gelenkschleimhaut, Veränderungen oder Schäden an der langen Bizepssehne und der Rotatorenmanschette). Danach verlagert der Operateur die Kamera in den Schulterdachraum und führt dort die Entfernung des entzündeten Schleimbeutels durch (=Bursektomie). Nun kann die Rotatorenmanschette exakt inspizieren und bei einem Schaden ggf. eine Naht zur Reparatur durchführen (siehe Rotatorenmanschettendefekt). Ist die Rotatorenmanschette nur abgenutzt und aufgefasert, so können die Auffaserungen entfernt und die Sehne geglättet werden. Anschließend wird das Schulterdach dargestellt. Besteht ein Sporn an der vorderen Kante so wird dieser Sporn abgefräst (=Akromioplastik), so dass das gebogene knöcherne Schulterdach in eine glattes Schulterdach mit ausreichender Weite überführt wird. Nach Entfernung des Spornes hat die Rotatorenmanschette (insbesondere die Supraspinatussehne) wieder mehr Platz und der Schleimbeutel wird nicht mehr irritiert.



Nachbehandlung

Nach der OP sollte die operierte Schulter für 6 Wochen geschont werden. Die Schulter darf direkt nach der OP in allen Ebenen bewegt werden. Eine Ruhigstellung ist nicht erforderlich. Im Rahmen der Nachbehandlung wird durch eine spezifische physiotherapeutische Behandlung in Kombination mit erlernten Eigenübungen und ggf. Rehasport die Bewegungsfreiheit und Kraft verbessert, so dass letztendlich wieder eine schmerzfreie Funktion der Schulter möglich ist. Dieser Prozess nimmt mehrere Monate in Anspruch. Anfänglich ist unterstützend noch die Einnahme von Schmerzmitteln erforderlich. Alltagsbelastungen sind in der Regel nach 6 Wochen, höhere körperliche Belastungen nach frühestens 12 Wochen wieder möglich. Bei Verletzungen der Rotatorenmanschette kann sich der Behandlungsverlauf verlängern (siehe Naht der Rotatorenmanschette).

Gerne können Sie sich in unserer Schultersprechstunde vorstellen. Einen Termin erhalten Sie über unsere zentrale Terminkoordination (Telefonnummer: 07202/61-2345). Als Patient/in der gesetzlichen Krankenkassen benötigen Sie eine Überweisung vom Chirurgen, Orthopäden und Unfallchirurgen oder Orthopäden. Privatpatienten erhalten einen Termin in der Privatsprechstunde. Bitte bringen Sie zum Termin alle Ihnen vorliegenden ärztliche Befunde und Röntgenbilder (einschließlich MRT/ CT) auf CD mit.