

Nachrichten



Dr. Axel Burmester.

Wenn das Heben des Armes zum Kraftakt wird

Oberarzt und Leitender Arzt des Schwerpunktes Schulterchirurgie spricht über neue Behandlungsmethoden bei Schulterverletzungen

BUXTEHUDE. Der Arm ist schwer wie Blei und kann kaum noch über der Schulterhöhe gehalten werden. Ursache dafür kann ein sogenanntes Impingement-Syndrom sein - eine Funktionsbeeinträchtigung der Gelenkbeweglichkeit.

Im Hörsaal Dermatologie im Elbe Klinikum Buxtehude sprach am Donnerstagabend Dr. Axel Burmester - Oberarzt und Leitender Arzt des Schwerpunktes Schulterchirurgie - über neue und bewährte Behandlungsmethoden bei Schulterverletzungen und Schultererkrankungen. Das Schultergelenk, das ein Kugelgelenk ist, ist extrem beweglich, sofern es gesund ist. "Es ist das beweglichste Gelenk des Körpers", sagte Burmester. Stabilisiert wird es durch insgesamt 30 Muskeln und Sehnen sowie Bänder. Die mit häufigste Erkrankung ist das Schulterengesyndrom, das Impingement-Syndrom. Dieses entsteht, wenn die Rotatorenmanschette unter dem Schulterdach durch Entzündungen oder Degenerationen eingeklemmt wird.

Ursachen dafür können unter anderem eine Schleimbeutelentzündung, Kalkeinlagerungen, oder knöcherne Anbauten sein. Eine Kalkschulter beispielsweise entsteht, weil das Sehngewebe grundsätzlich nicht durchblutet wird und infolgedessen absterben kann. Das tote Gewebe im

Knorpel wird dann in Kalk umgewandelt. Das Kalkdepot wird operativ entfernt, indem der Kalk nach außen abgesaugt wird. Dazu sind nur kleine Schnitte erforderlich.

Wird das Impingement-Syndrom nicht behandelt, so kann infolgedessen die Rotatorenmanschette kaputtgehen. Die Folge: Der Patient hat keine Kraft mehr im Schultergelenk, und es kann zur Arthrose kommen.

Die Rotatorenmanschette besteht aus einer Gruppe von vier Muskeln und ihren Sehnen. Diese haben die Aufgabe, den Oberarmknochenkopf in der sehr flachen Gelenkpfanne des Schulterblattes zu halten. Kommt es zum Abriss der Manschette, so fällt der Arm schlaff herunter, wie bei einer Marionette, der man den Faden abschneidet. "Ein solcher Abriss muss schnell behandelt werden, da der Muskel sonst abgebaut wird". Heutzutage wird bei dieser Erkrankung eine Refixierung der Manschette vorgenommen. Dabei wird vorrangig mit Material gearbeitet, das sich selbst nach etwa einem Jahr auflöst, und zusätzlich mit Bändern, die jedoch im Schultergelenk verbleiben.

Bei jüngeren Patienten kommt es häufig zur vorderen Schulterluxation, einer Ausrenkung. "Ein typisches Anzeichen dafür ist, wenn der Patient den Arm vorm Körper hält und schreit", so Burmester. Dabei werde oft die Gelenkpfannenlippe zerstört. Wird keine Rekonstruktion der Pfanne durchgeführt, verbleibt eine chronische Instabilität. Erneute Luxationen treten auf. Die Gelenkpfannenlippe wird daher mit Ankern wieder fixiert.

Zu einer Schulterreckgelenksprengung komme es häufig nach einem Sturz, typischerweise über den Fahrradlenker. Eine Operation sei in einem solchen Fall nicht zwingend notwendig. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, um das Schulterreckgelenk wieder zu stabilisieren: Möglich ist das Einsetzen einer Hakenplatte, die auf das Schlüsselbein geschraubt wird und später wieder entfernt wird, oder synthetische Bänder, die dauerhaft im Gelenk verbleiben oder sich mit der Zeit auflösen. Die Bänder seien allerdings nicht so sicher wie die Hakenplatte.

Letztes Mittel - zumindest für Burmester - ist das künstliche Schultergelenk, die Prothese. Burmester: "Sie ist mein Joker, weil die Gelenkbeweglichkeit auf jeden Fall schlechter ist als beim körpereigenen Gelenk."

Entscheidend für das Ergebnis der Behandlung ist die postoperative Nachbehandlung und damit das Benutzen der Muskeln des kranken Armes. Beim Abriss der Rotatorenmanschette ist dies allerdings erst nach sechs Wochen möglich. (nw)

 **Artikel drucken**

© **Zeitungsverlag Krause GmbH & Co. KG**

Fenster schließen