

Künstliches Schultergelenk

Patienteninformation

Standardisierte und gute Langzeitergebnisse

Die Hauptgründe für eine Implantation eines künstlichen Schultergelenkes sind:

1. konservativ austherapierte Schultergelenkarthrosen (nicht entzündliche Erkrankungen des Schultergelenks rheumatischen und degenerativen Ursprungs oder nach Unfällen)
2. komplexe Brüche des Oberarmknochens.

Obwohl die Zahl der jährlich implantierten Schulterendoprothesen im Vergleich zu künstlichen Hüft- und Kniegelenken in Deutschland relativ gering ist (150.000 Hüft- und 100.000 Knie-, aber nur 3.000 Schulterendoprothesen), sind die möglichen Indikationen zum künstlichen Gelenkersatz am Schultergelenk ungleich höher. Im Folgenden werden die typischen Einsatzgebiete für ein künstliches Schultergelenk aufgelistet.

1. Degenerativer Verschleiß des Schultergelenks:

Sinnvoll ist eine Schulterendoprothese bei degenerativem Verschleiß mit dauernden, schmerzhaften Funktionsstörungen des Schultergelenks. Die Symptome sind:

- anfänglicher Bewegungsschmerz
- Beschwerden bei Belastung
- Ermüdungsschmerzen
- Bewegungsbeeinträchtigung.

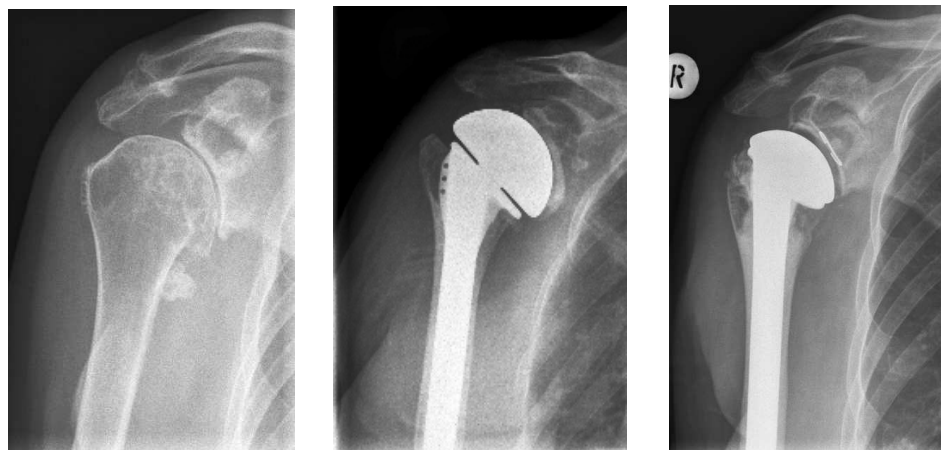
Zudem klagen die meisten Patienten über Kälteempfindlichkeit, ein Knarren und Reiben und in der Folge über Muskelschmerzen und -verspannungen. Da das Schultergelenk ein nur wenig belastetes Gelenk ist, werden die genannten Symptome oft erst in einem weit fortgeschrittenen Stadium wahrgenommen. Die Implantation einer Oberflächenendoprothese (Kappenprothese) führt bei diesen Patienten zu guten klinischen Ergebnissen mit deutlicher Schmerzsenkung und Zunahme des Bewegungsspielraumes.



Oberarmkopfnekrose im Röntgenbild (links) und im Kernspintomogramm (mitte). Nach Versorgung mit einer Kappenprothese (rechts).

Gelenkpfannenersatz (Glenoidersatz):

Bei einer degenerativen Arthrose des Schultergelenkes (Verschleiß des Schultergelenkes), aber auch bei rheumatischen Beschwerden in der Schulter, stellt sich häufig die Frage, ob eine Voll- oder Teilendoprothese implantiert werden soll. Standard ist es heute, Patienten mit mittlerem Pfannenabrieb mit einer Halbprothese zu versorgen. Dagegen werden für Patienten mit einer fortgeschrittenen Schädigung der Gelenkpfanne Schultervollprothesen empfohlen.



Degenerative Arthrose (links); Oberarmkopfprothese (mitte); Schultervollprothese (rechts)



2. Arthrose bei großen Sehndefekten (Rotatorenmanschettendefekt):

Eine Arthrose durch Sehndefekte bedeutet, dass dem Oberarmkopf der Halt durch die umliegenden Weichteile, sprich Muskeln, Sehnen und Bänder, fehlt. Der Oberarmkopf bewegt sich und rotiert zu weit oben in der Schulter, so dass die Knochen aneinander reiben und Schmerzen erzeugen. Wegen dieser fehlenden Stabilisierung durch die Sehnen und Muskeln ist die dauerhafte zufriedenstellende Implantation einer konventionellen Schulter-Vollprothese schwierig. Weder die ausreichend sichere Befestigung der Pfannenkomponente noch die Wiederherstellung der nötigen oben beschriebenen Stabilität können durch die üblichen Prothesenmodelle gewährleistet werden. Eine Lösung bietet in diesem Falle die so genannte Inverse oder auch Delta-Prothese, die zu erstaunlichen Funktionszugewinnen führen kann. Die entscheidende Voraussetzung für den Erfolg einer Endoprothese bei fehlender Rotatorenmanschette ist jedoch eine gute Funktionsfähigkeit des Schulterhaubenmuskels (Deltamuskels). Dieser Muskel liegt wie ein Paket über dem Schultergelenk und verleiht ihm Halt, indem er den Oberarmkopf in die Gelenkpfanne drückt. Dies ist wichtig für den nötigen Halt und die Stabilität der Prothese.



Ausgeprägter Rotatorenmanschettendefekt mit Hochstand des Oberarmkopfes (links); nach Versorgung mit einer inversen Schultervollprothese (rechts)

Nachbehandlung /Reha:

Die frühe funktionelle Nachbehandlung nach endoprothetischen Eingriffen am Schultergelenk hat entscheidende Bedeutung für die spätere Funktionsfähigkeit der Schulter. Für die erste Zeit von 2-4 Wochen wird eine Schiene zur Entlastung des Schultergelenks angelegt. Aus der Schiene heraus wird jedoch schon ab dem 1. postoperativen Tag mit der krankengymnastischen Behandlung begonnen. Diese geschieht unter gezielter Führung des Arms durch den Therapeuten. Aktive Übungen sind zwar nach Angabe des Operateurs erlaubt, jedoch hinsichtlich des Bewegungsausmaßes für 4-6 Wochen noch limitiert. Röntgenkontrollen sollten nach der Operation und nach drei Monaten sowie anschließend in jährlichen Abständen erfolgen.

**Klinik für Allgemeine Orthopädie
und Rheumatologie**

**EndoProthetikZentrum
der Maximalversorgung**

Dr. med. Jochem Schunck
Dr. med. Nikolaus Szöke

Sekretariat:

0221/8274-2380

Mail: orthopaedie@eduardus.de