

MODERNE MEDIZIN

*Von Mensch
zu Mensch*

SCHULTER- GELENKERSATZ

Patienteninformation
der Klinik für Orthopädie/Unfallchirurgie,
Endoprothetik und Kinderorthopädie am
Katholischen Klinikum Koblenz · Montabaur



Katholisches Klinikum
Koblenz · Montabaur

bei Ihnen soll die endoprothetische Versorgung des Schultergelenkes durchgeführt werden, da Ihre Lebensqualität durch den Schmerz bzw. die Bewegungseinschränkung zunehmend beeinträchtigt ist. Bestimmt sind Sie im Vorfeld bereits lange und intensiv konservativ behandelt worden. Nun wurde Ihnen jedoch aufgrund des zunehmenden Beschwerdebildes die operative Versorgung mit einem Kunstgelenk empfohlen.

Was vor und nach der Operation für Sie wichtig sein wird, haben wir auf den nächsten Seiten für Sie zusammengestellt. Dieser Patientenratgeber soll die Gespräche mit Ihrem behandelnden Arzt ergänzen und Sie über unsere Therapiemethoden informieren. Wir hoffen, dass Sie schon bald wieder die Freude an der Bewegung und an einem aktiven Leben zurückgewinnen werden.

Ihr Team der Klinik für Orthopädie/Unfallchirurgie,
Endoprothetik und Kinderorthopädie



Oberarzt Dr. med. Tim Kalchthaler und Chefarzt Dr. med. Martin Haunschild

und Ihr Team des Therapiezentrum

ANATOMIE



Gesundes Schultergelenk
mit intakter Knorpelschicht

Das Schultergelenk ist das beweglichste Gelenk unseres Körpers und besteht aus dem großen Oberarmkopf sowie der relativ kleinen und flachen Gelenkpfanne.

Wie alle anderen Gelenke im Körper auch ist das Gelenk von einer Kapsel umgeben, welche die Gelenkflüssigkeit produziert. Hierdurch wird die Reibung des Gelenkes reduziert und der Knorpel ernährt. Für den großen Bewegungsumfang des Schultergelenkes ist es wichtig, dass die Gelenkkapsel sehr weit ist. Kommt es bei verschiedenen Erkrankungen jedoch zu einer zunehmenden Schrumpfung oder Verklebung der Kapselfalten, führt dies zu einer zunehmenden Bewegungseinschränkung des Gelenkes. Damit der Oberarmkopf trotz der weiten Gelenkkapsel in der Gelenkpfanne bleibt, ist eine Gruppe von stabilisierenden Muskeln notwendig. Diese sogenannte Rotatorenmanschette stabilisiert das Gelenk und zentriert den Oberarmkopf in der Gelenkpfanne.

VERSCHLEISSBEDINGTE ERKRANKUNGEN DES SCHULTERGELENKES (ARTHROSE)



Durch Arthrose geschädigtes Schultergelenk mit zerstörter Knorpelschicht

Verschleißbedingte Erkrankungen des Schultergelenkes bezeichnet man auch als Arthrose. Verschiedene Erkrankungen des Schultergelenkes, zum Beispiel Instabilität mit wiederholten Luxationen, rheumatologische Erkrankungen, Deformitäten des Gelenkes nach einem Unfall oder auch wiederholte sportliche oder berufliche Überbelastungen können die Ursache für einen verschleißbedingten Prozess sein.

In vielen Fällen tritt die Arthrose des Schultergelenkes jedoch auch ohne erkennbare Ursache als Folge eines altersbedingten Verschleißprozesses auf. Solche „primären Omarthrosen“ können bei erhaltener Rotatorenmanschette durch eine sogenannte anatomische Schulterprothese adäquat behandelt werden.



ANATOMISCHE SCHULTERPROTHESE

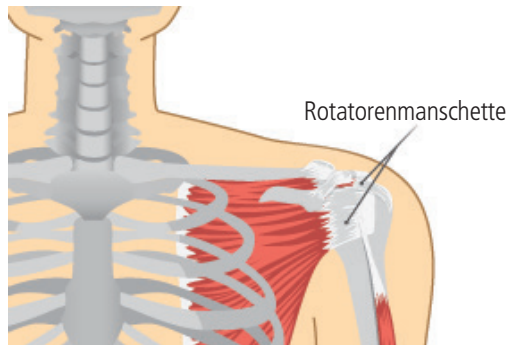
Mit einer anatomischen Schulterendoprothese wird der verschlissene Knorpel am Oberarmkopf, wenn erforderlich auch jener der Gelenkpfanne, durch entsprechende Implantate ersetzt. Der generalisierte Gelenkverschleiß im Sinne einer Omarthrose zieht in der Regel den Ersatz beider Gelenkpartner nach sich, dies bezeichnen wir dann als Schultertotalendoprothese.



Ist nur der Gelenkknorpel des Oberarmkopfes bzw. der Oberarmkopf an sich defekt (zum Beispiel auch bei einer Durchblutungsstörung des Oberarmkopfes, sogenannte Humeruskopfnekrose) kann auch der isolierte Ersatz des Oberarmkopfes (sogenannte Hemiprothese bzw. Humeruskopfprothese) erfolgversprechend sein.

Für den Ersatz des Oberarmkopfes stehen verschiedene individualisierte Implantate zur Verfügung, die die normale Anatomie des Oberarmkopfes nachempfinden. Diese künstlichen Oberarmköpfe sind in der Regel aus einer Chrom-Kobalt-Molybdän-Legierung hergestellt. Die Verankerung dieses künstlichen Oberarmkopfes erfolgt beim älteren Patienten in der Regel über einen Stiel, der zementfrei oder zementiert im Oberarmenschaft fixiert wird. Bei guter Knochenqualität erfolgt diese Verankerung über ein zementfreies kurzes Spezialimplantat (schaftlose Sidus-Prothese).

ERKRANKUNGEN DER ROTATORENMANSCHETTE



Die Rotatorenmanschette ist eine Sehnenmanschette, die den Oberarmkopf im Gelenk zentriert. Diese ist daher sehr wichtig für die Funktion des Schultergelenkes. Kleinere Risse in den Sehnen (Rupturen) bei jüngeren Patienten werden nach Möglichkeit einer rekonstruktiven Behandlung zugeführt (Naht bzw. Refixierung der Sehne am Knochen über einen Nahtanker).

Beim älteren Patienten mit ausgedehnten Sehnenschäden mit freiliegendem Oberarmkopf ist es häufig nicht mehr möglich, die Sehne wieder am Knochen anzunähen. Durch die Instabilität des Oberarmkopfes in Relation zur Gelenkpfanne tritt in der Folge häufig ein schwerer Gelenkverschleiß auf, der schließlich die endoprothetische Versorgung des Gelenkes durch eine sogenannte inverse Schulterendoprothese nach sich zieht.

INVERSE SCHULTER- ENDOPROTHESE

In Fällen einer fortgeschrittenen Omarthrose in Zusammenhang mit einer ausgedehnten Schädigung der Rotatorenmanschette ist eine spezielle Endoprothese erforderlich. Der Oberarmkopf wird, anders als bei den herkömmlichen Endoprothesen, an der Gelenkpfanne verankert. Dadurch wird das Drehzentrum stabilisiert. Das Implantat ist somit nicht auf die Funktion der Rotatorenmanschette angewiesen, um seine Funktion zu erfüllen. Außerdem wird der große Deltamuskel auf Vorspannung gebracht, sodass dieser wieder mehr Kraft bei der Ab spreizung des Armes entwickeln kann. Dadurch kann auch die fehlende Kraftentwicklung der geschädigten Rotatorenmanschette ausgeglichen werden.



Die inverse Schulterendoprothese wird in der Regel bei älteren Patienten eingesetzt. Dabei liegen die „Zehn-Jahres-Standzeiten“ aktuell bei 90 Prozent.



VERLETZUNGEN DES SCHULTERGELENKES



Sowohl frische Verletzungen des Schultergelenkes als auch Folgezustände nach älteren Verletzungen können eine endoprothetische Versorgung nach sich ziehen. In den meisten Fällen geht mit den knöchernen Verletzungen analog zum Sehnenschaden der Verlust der Rotatorenmanschette einher. Dann wird die inverse Schulterendoprothese gewählt.

Sollte jedoch lediglich der Oberarmkopf geschädigt sein, kann selbstverständlich auch die anatomische Versorgung durchgeführt werden.

WAS SIE SELBER TUN KÖNNEN

- Wenn Sie rauchen, versuchen Sie darauf zu verzichten. Das Rauchen verzögert den Heilungsprozess!
- Durch gezielte Übungen und Physiotherapie unterstützen Sie den Muskelaufbau und schaffen für das Gelenk eine stabile Umgebung. Dies ist auch in Vorbereitung auf den Eingriff bereits vor der Operation sinnvoll.
- Sprechen Sie Ihren Arzt bei der Aufklärung auf möglicherweise vorliegende Allergien an. Informieren Sie Ihren Arzt insbesondere bei Allergien gegen Nickel oder Chrom zum Beispiel bei Schmuck oder Reißverschlüssen.
- Bringen Sie zum Aufklärungsgespräch eine vollständige Auflistung Ihrer eingenommenen Medikamente mit. Insbesondere die Verwendung von blutgerinnungshemmenden Medikamenten muss im Hinblick auf die bevorstehende operative Behandlung mit Ihrem Arzt besprochen werden.
- Planen Sie bereits vor dem operativen Eingriff die Wochen danach. Meist ist eine Rehabilitationsbehandlung frühestens sechs Wochen nach dem endoprothetischen Eingriff sinnvoll. In den ersten Wochen nach dem Eingriff werden Sie durch einen immobilisierenden Schulterverband eingeschränkt sein. Hilfe im Haushalt bzw. bei der täglichen Hygiene lässt sich auch gerne mithilfe unseres Sozialdienstes planen.

IHR STATIONÄRER AUFENTHALT

Mittlerweile ist die Schulterendoprothese in entsprechenden Zentren ein häufig durchgeführter Gelenkeingriff. Es werden derzeit mehr als 20.000 Schulterendoprothesen pro Jahr in Deutschland eingesetzt. Die Operationsschritte der anatomischen und inversen Versorgung werden Ihnen im Rahmen des Aufklärungsgesprächs eingehend erläutert.

Bei der anatomischen Versorgung werden in der Regel beide Implantatkomponenten (Humeruskopf und Pfannenkomponente) primär belastungsstabil durch Knochenzement verankert.



Trotzdem empfehlen wir Ihnen die Ruhigstellung des Oberarmes in einer entsprechenden Schlinge bzw. einem Kissen, da der vordere Anteil der Rotatorenmanschette für die Operation abgelöst und anschließend wieder angeheftet wird. Für den Erfolg der endoprothetischen Versorgung durch die anatomische Prothese ist es von höchster Wichtigkeit, dass der rekonstruierte/genähte Anteil der vorderen Rotatorenmanschette sicher und effizient einheilen kann.

Bitte beachten Sie daher die Hinweise Ihres behandelnden Arztes und des Pflegepersonals. Für physiotherapeutische Übungen sowie die passive Mobilisierung auf einem entsprechenden mechanischen Bewegungsstuhl darf das „Schulterkissen“ selbstverständlich abgelegt werden.

DIE ERSTEN WOCHEN DANACH



In den meisten Fällen werden Sie nach circa sechs bis sieben Tagen das Krankenhaus verlassen können. Nach sechs Wochen ist die Einheilung der rekonstruierten Muskelschlinge in der Regel abgeschlossen, sodass anschließend eine Rehabilitationsbehandlung beginnen kann. In der Zeit bis zum Beginn der Reha erhalten Sie eine Verordnung für Physiotherapie für passive Bewegungsübungen, darüber hinaus werden wir den mechanischen Bewegungsstuhl bei Ihrem Kostenträger beantragen, sodass diese Behandlung auch zu Hause weitergeführt werden kann.

In der Zeit bis zum Beginn der Rehabilitationsbehandlung wird Ihre Selbstständigkeit unter Umständen deutlich eingeschränkt sein. Hilfe beim Duschen oder Baden, Haare waschen und frisieren bzw. Zähneputzen oder Toilettengang sollte rechtzeitig organisiert werden. Auch sollten Sie in den ersten sechs Wochen weder Auto fahren noch schwere Taschen tragen.

NACH SECHS WOCHEN

Etwa sechs Wochen nach dem operativen Eingriff ist mit einer stabilen Einheilung von zementfreien Implantaten bzw. mit der Konditionierung der gelenkübergreifenden Muskulatur zu rechnen. Die aktiven Bewegungsübungen und die Belastung Ihres neuen Gelenkes können beginnen.

Eine aktive Rehabilitationsbehandlung mit Erarbeitung der freien Beweglichkeit sowie einer muskulären Kräftigung kann jetzt beginnen. Sie dürfen nun auch wieder den Arm für die üblichen Alltagsaktivitäten einsetzen. Nach circa neun bis zwölf Wochen ist damit zu rechnen, wieder das eigene Auto führen zu dürfen. Je nach beruflicher Belastung sind Sie nach circa zwölf Wochen wieder arbeitsfähig.

Rechnen Sie trotzdem mit einer längeren Rehabilitationsphase. Auch nach Beendigung der dreiwöchigen Rehabilitationsbehandlung wird zum Abschluss im ersten Jahr nach der Operation eine regelmäßige Beübung im Rahmen von ambulanter Physiotherapie erforderlich sein.

SPORTLICHE AKTIVITÄTEN

Wir wünschen Ihnen wieder viel Freude an der Bewegung. Empfehlenswerte Sportarten sind zum Beispiel Radfahren, Wandern, Walking, Joggen, gesundheitsorientiertes Krafttraining oder Tanzen. Sportarten mit Überkopftechniken oder Kontaktsportarten mit erhöhtem Verletzungspotenzial (Tennis, Squash, Volleyball oder Handball sowie Kraftsport mit großem Gewicht, alpiner Skilauf oder Langlauf) sind nicht sinnvoll.

Falls Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an Ihren behandelnden Arzt.



Die schon stationär begonnene Therapie gilt es jetzt ambulant bis zur Herstellung der individuell optimalen Bewegungs- und Belastungsfähigkeit fortzuführen. Unser Therapiezentrum am Brüderhaus bietet den Patienten eine Ambulante Rehabilitation und eine Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) an. Hier begleitet und unterstützt Sie ein kompetentes Team in Ihrem Rehabilitationsprozess. Durch regelmäßige Schulungen, fachliche Weiterbildung und enge Zusammenarbeit mit Ärzten sind wir auf dem neuesten Stand der modernen Therapieverfahren.

ERWEITERTE AMBULANTE PHYSIOTHERAPIE (EAP)

Die Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) ist eine von der gesetzlichen Unfallversicherung entwickelte ambulante Therapieform. Elemente aus der physikalischen Therapie werden mit Physiotherapie und medizinischer Trainingstherapie verknüpft, um einen optimalen Heilungsprozess zu ermöglichen. Diese Komplextherapie erfolgt je nach Behandlungsplan an drei bis fünf Tagen in der Woche mit einer Therapiedauer von bis zu drei Stunden pro Behandlungstag.

Berufstätige Patienten können die EAP berufsbegleitend durchführen. Die Therapieform steht allen berufsgenossenschaftlichen Versicherten und Privatpatienten zur Verfügung.

AMBULANTE ORTHOPÄDISCHE REHABILITATION

Nach einem Krankenhausaufenthalt besteht bei orthopädischer Erkrankung die Möglichkeit einer intensiven Nachbehandlung. Diese orthopädische Rehabilitation ist eine in der medizinischen Wissenschaft als erfolgreich nachgewiesene Behandlung, um den Patienten den Wiedereinstieg in den Alltag zu erleichtern.

Das Therapiezentrum berücksichtigt während des gesamten Behandlungsverlaufes neben einer intensiven ärztlichen Betreuung auch sich stellende psychologische und soziale Fragen. Hierbei wird viel Wert auf die Teambehandlung mit Patient, Arzt, Therapeut, Psychologe und Sozialarbeiter gelegt und natürlich auf eine gute Organisationsführung und engagierte Patientenverwaltung. Während Ihrer Reha planen wir für Sie eine Mittagspause mit warmem Mittagessen ein. Diese Verpflegung ist für Sie kostenfrei.



Im Unterschied zu einer stationären Rehabilitation sind Sie abends zu Hause in Ihrem gewohnten sozialen Umfeld und können die geübten Fähigkeiten direkt in Ihrer häuslichen Umgebung erproben und umsetzen. Auch kann eine ambulante Rehabilitation besser an Ihre persönlichen Lebensverhältnisse angepasst werden.



In der eigenständigen Praxis für Physiotherapie am Brüderrhaus Koblenz steht der Mensch in seiner Ganzheitlichkeit im Mittelpunkt des therapeutischen Handelns.

ZU UNSEREN PHYSIOTHERAPEUTISCHEN ANGEBOTEN GEHÖREN:

- Physiotherapie
- Medizinische Trainingstherapie (KG-Gerät)
- Manuelle Therapie
- Manuelle Lymphdrainage
- Physikalische Therapie (Elektro- & Wärmetherapie)
- Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)
- Sportphysiotherapie
- Klassische Massage
- Bindegewebsmassage
- Neurophysiologische Physiotherapie (PNF und Bobath)
- Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD)
- Kinesiotaping
- Rückentherapie Tergumed®
- Fußreflexzonentherapie
- Osteopathie
- Ergotherapie

SO ERREICHEN SIE UNS

Klinik für Orthopädie/Unfallchirurgie,
Endoprothetik und Kinderorthopädie

Chefarzt: Dr. med. Martin Haunschild

Sekretariat: Carmen Kaltenborn

Brüderhaus Koblenz

Kardinal-Krementsz-Str. 1-5 · 56073 Koblenz

Telefon: 0261 496-6271

Fax: 0261 496-6228

E-Mail: orthopaedie@kk-km.de

Zertifiziertes Endoprothetik-Zentrum in der Behandlung von
Gelenkerkrankungen nach den Kriterien der Deutschen
Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie e.V.



Therapiezentrum am Katholischen Klinikum
Koblenz · Montabaur gGmbH

Therapeutische Leitung

Stefanie Ebner-Etzkorn

Kardinal-Krementsz-Str. 1-5 · 56073 Koblenz

Telefon: 0261 496-6208

Fax: 0261 496-6484

E-Mail: therapiezentrum@kk-km.de

www.kkm-thz.de



Katholisches Klinikum
Koblenz · Montabaur



BBT-Gruppe

Mit Kompetenz und Nächstenliebe
im Dienst für die Menschen