

Unsere Kompetenz für Ihre Gesundheit!

Das Kompetenznetzwerk der Sportklinik Stuttgart umfasst 13 Orthopädische Praxen. Gemeinsam mit der Sportklinik Stuttgart arbeiten wir nach erarbeiteten Behandlungsstandards und unter der Berücksichtigung von hohen Qualitätsansprüchen.

Unsere Kompetenz setzen wir dabei ein, um Ihnen als Patient in der Verzahnung des ambulanten und stationären Bereichs die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen.

Egal ob bei Verletzungen und Beschwerden im Bereich der Schulter, Wirbelsäule oder Knies sowie bei Gelenkersatz – Wir arbeiten gemeinsam an Ihrer schnellen Genesung!



Informationsflyer Cuffarthropathie

Im Rahmen großer Manschettendefekte kommt es zu einem Höherentreten des Humeruskopfes. Die Kranialisierung des Humeruskopfes führt zu einem Impingement und sekundär zu Veränderungen des Akromions im Sinne von Ausbildung einer inferioren Konkavität des Akromions (Acetabularisation). Aufgrund der veränderten Gelenkkongruenz und der hieraus resultierenden Änderung der Druckverhältnisse kommt es zur Veränderung der Mikrozirkulation, was die Perfusion des Gelenkknorpels ungünstig beeinflussen kann. Dies führt zur Aktivierung einer Enzymkaskade, welche das umliegende Gewebe beschädigt (Arthritis). In der Folge entstehen Schmerzen und Bewegungslimitierung, sowie im Verlauf eine reduzierte Knochenqualität. Allerdings erleiden nur 4 % der Pat. mit Massentraktur im Verlauf eine Defektarthropathie, davon sind 80% der Patienten weiblich.

Je nach zugrundeliegender Pathologie, Alter und Zustand des Patienten, Beschwerdesituation, Anspruch etc. ergeben sich verschiedene, unterschiedliche Behandlungsoptionen:

Konservative Therapie

medikamentöse antiinflammatorische und analgetische Therapie. KG und ETH zur Stärkung vorhandener Manschettenmuskulatur sowie von Mm. Deltoideus, Pect. Maj, Latissimus dorsi und der periscapularen Muskulatur; Vermeidung und Verbesserung von Steife; Erlernen von Adaptationstechniken. Infiltrationen subacromial

→ Geeignet für Patienten im Initialstadium

Operative Therapie

Arthroskopisches Debridement: LBS-Chirurgie, Chondroplastik, Resektion von Sehnenstümpfen, Bursektomie, sparsame Dekompression unter Schonung des Lig. Coracoacromiale

→ Geeignet für ältere Patienten mit geringem Anspruch, vorherrschender Schmerzsituation und wenig eingeschränkter Funktion.

Partialrekonstruktion: Arthroskopische Rekonstruktion rekonstruierbarer Manschettenanteile, da bei großen Defekten der Manschette eine suffiziente Gelenkfunktion nur möglich ist, wenn eine Balance zwischen den Kraftmomenten der koronaren und transversalen Ebene besteht (force couples- Prinzip).

→ Geeignet für Patienten mit (frischer) rekonstruierbarer Sehnenläsion der Infraspinatus- o. Subscapularissehne bei chronisch retrahierter Supraspinatussehne

Muskelsehnentransfer: M. Latissimus dorsi Transfer für posterosuperiore Defekte, M. Pectoralis Transfer für anterosuperiore Defekte.

→ Geeignet für junge Patienten ohne Arthrosezeichen mit schlechter Funktion, aber ohne Steife

InSpace Balloon: Arthroskopische Platzierung eines Abstandhalters aus bioabbaubarem Polymer, welcher nach Positionierung unter dem Schulterdach mit Kochsalzlösung aufgefüllt wird. Dieser resorbiert sich nach 6-12 Monaten vollständig, während die positiven Effekte (Schmerzreduktion, Funktionsverbesserung) im optimalen Fall langfristig anhalten. Der Ballon ermöglicht bei chronischen, massiven, irreparablen Defekten der Rotatorenmanschette die Kompensation der Rotatorenmanschettenfunktion durch die verbliebene Muskulatur. Das Verfahren besteht seit 9 Jahren, die positiven Effekte sind in mehreren Studien publiziert, jedoch werden die Kosten der OP bislang nur von der PKV getragen.

→ Geeignet für Patienten mit geringer Arthrose ohne Steife. PKV oder Selbstkostenbasis

Inverse Schulterprothese (reverse Shoulder Arthroplasty RSA): Durch die Umkehrung der Wölbung der Gelenkpartner (konvexer Pfannenersatz, konkave Humeruskomponente) wird der Drehpunkt des Gelenkes nach medial in das Rotationszentrum der Glenosphäre verlagert. Dadurch, sowie durch die Distalisierung des Humerus, resultiert eine größere Vorspannung des M. Deltoideus und somit ein verbesserter Hebelarm für die Kraftentfaltung in den Hauptbewegungsrichtungen mit akzeptablem Bewegungsausmaß. Voraussetzung für die Implantation ist daher ein funktionierender Deltamuskel. Die postoperativen Ergebnisse in den Langzeitstudien weisen in den ersten zehn Jahren gute bis sehr gute Ergebnisse auf, im weiteren Verlauf sank in Studien jedoch der Constant Score deutlich ab. Daher, sowie aufgrund der endlichen Standzeiten der Prothesenteile, sollte die Prothesenimplantation wenn möglich erst beim älteren Patienten erfolgen (70+).

→ Geeignet für ältere Patienten mit konservativ ausbehandelter Schmerzsituation und/oder Versagen der o.g. operativen Verfahren, bei suffizienter Deltamuskelfunktion

