

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 Impingement-Syndrom

Ist eine der häufigsten Erkrankungen des Schultergelenkes. Man versteht darunter die Gesamtheit unterschiedlicher Ursachen, welche das Gleiten der Sehnenplatte (v.a. Supraspinatussehne) unter dem Schulterdach behindern. Als mögliche Ursache der Gleitbehinderung können eine Formveränderung des Schulterdaches oder Knochenausziehungen am Schulterergelenk (Acromioclaviculargelenk), z.B. im Rahmen von arthrotischen Veränderungen gesehen werden. Die mechanische Enge führt zu schmerzhaften Entzündungen von Sehne und Schleimbeutel, langfristig können Schädigungen der Sehnen (Teil oder Komplettresse) auftreten.

Klinisches Bild

Die Mehrzahl der Betroffenen leiden unter Ruhe- und Bewegungsschmerzen, die bei Überkopfbelastungen verstärkt werden. Es werden auch stechende einschließende Schmerzen am seitlichen Oberarm empfunden. Häufig wird über Nachtschmerz geklagt, ein Liegen auf der betroffenen Oberarmseite ist kaum mehr möglich.

Behandlung

Zunächst liegt der konservative Behandlungsversuch im Vordergrund. Krankengymnastische Maßnahmen mit Erarbeitung von Eigenübungsprogrammen, begleitende physikalische Therapien (Ultraschall, Elektrotherapie, Stoßwelle, Magnetfeld) kommen zur Anwendung. Auch sind Injektionstherapien (Spritzen) oder ACP Behandlungen (Eigen-Plasma-Therapie) unterstützende Maßnahmen. Sollte trotz intensiver Therapie keine wesentliche Schmerzreduktion eintreten, kann über operative Maßnahmen nachgedacht werden. Die Behandlung wird der jeweils vorliegenden Form des Impingementsyndroms angepasst (Sporn am Schulterdach, ligamentäre Enge, Sporn am Schulterergelenk, Tendinopathie der Sehnen etc.). Ziel der operativen Behandlung ist das Wiederherstellen des freien Gleitverhaltens der Sehne unter dem Schulterdach.

Stufe 1: Verordnung von Physiotherapie (6x) mit dem Ziel, eigenständige Übungen unter physiotherapeutischer Aufsicht zu erlernen um diese dann regelmäßig und selbständig durchzuführen.

Add on Stufe 1:

- Elektrotherapie und Ultraschallbehandlung zur Reduktion der Sehnenansatzreizungen
- Wärme zur Detonisierung (Lockerung) der Muskulatur
- Akupunktur zur Schmerzreduktion

Stufe 2: Bei zunehmenden Schmerzen trotz durchgeführter Übungsmaßnahmen empfiehlt sich eine Injektion mit einem Kortikosteroid in den Bereich des Schleimbeutels zur Entzündungsreduktion.

Add on in Stufe 2:

- ACP Therapie zur Geweberegeneration und Stimulierung körpereigenen Heilungsfaktoren zur Förderung der Selbstheilung.
- Stoßwellentherapie zur Muskeldetonisierung, Schmerzreduktion und Verbesserung der Durchblutung der Sehnenansatzstrukturen.
- Lasertherapie zur gezielten Stimulation einzelner Sehnenansätze oder Sehnenverläufe.

Stufe 3: Gezieltes Training der Schulter- und Schultergürtelmuskulatur unter fachlicher Anleitung, Rumpfstabilisierung und koordinatives Training mittels HUBER.

Operation

Standard ist die arthroskopische Operation. Über kleinen Hautschnitte werden Kamera sowie Arbeitswerkzeuge in die Schulter eingeführt. Somit lassen sich alle Bereiche des Gelenkes darstellen. Im subakromialen Raum – dem Gleitraum der Sehne – werden die entzündeten Weichteile (krankhaft veränderter Schleimbeutel) unter dem Schulterdach entfernt. Die Vergrößerung des subakromialen Gleitraumes erfolgt durch die Entfernung der knöchernen Veränderungen des Schulterdaches mit Hilfe minimalinvasiver Präzisionsfräsen.

Nachbehandlung

Nach der Operation ist der Arm frei beweglich und darf im schmerzfreien Bereich eingesetzt werden. Begleitend werden physiotherapeutische Behandlungen unter Berücksichtigung der Schmerzgrenze sowie passive Übungen auf einer Schulterbewegungsschiene (nach Genehmigung durch die Krankenkasse) durchgeführt. Leichte Arbeiten sind nach 3-4 Wochen, leichtere Überkopfarbeit nach 6-8 Wochen und schwere körperliche Arbeit nach 10-12 Wochen möglich. Die Wiederaufnahme der sportlichen Aktivität ist abhängig von der spezifischen sportlichen Belastung und wird individuell abgesprochen.

