

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 Primäre Omarthrose

Definition

Als Omarthrose bezeichnet man die Arthrose des Gelenkes zwischen Oberarmkopf und Schulterblatt. Durch Abnutzungsprozesse kommt es zum zunehmenden Verschleiß des Knorpelbelags auf den Gelenkflächen. Hierdurch kommt es im Verlauf zu einer Verschmälerung des Gelenkspaltes und einem schmerzhaften Reiben der Gelenkflächen. Während sich bei der sekundären Omarthrose der Verschleiß als Folge einer vorangegangenen Verletzung oder Erkrankung entwickelt, ist bei der primären Omarthrose die Ursache nicht eindeutig geklärt. An der Entstehung wirken oft mehrere Faktoren mit, wie die mechanische Belastung im Beruf oder Hobby, sowie eine angeborene Veranlagung. Die Arthrose im Schultergelenk ist deutlich seltener, als eine Arthrose in der Hüfte oder im Knie, da die Schulter nur einen kleinen Teil des Körpergewichts tragen muss und daher weniger belastet wird.

Klinisches Bild

In der Regel beginnt die Omarthrose schleichend, zunächst mit bewegungsabhängigen Schmerzen. Im Verlauf können sich dann auch Schmerzen im Nachgang nach einer Belastung einstellen, ggf. auch mit nächtlichem Schmerzerwachen und morgendlichen Anlaufbeschwerden, bis das Gelenk nach der Ruhephase wieder in Gang kommt. Im Verlauf der Erkrankung bildet sich durch ein Schmerzvermeidungsverhalten die Muskulatur zurück, es kommt zum Kraftverlust und im weiteren Verlauf auch zur Bewegungseinschränkung und Steifigkeit des Gelenkes. Zudem können Gelenkgeräusche wie Knirschen und Knacken wahrgenommen werden.

Diagnostik

Zur Sicherung der Diagnose wird nach einer körperlichen Untersuchung eine Röntgenuntersuchung durchgeführt. Hier kann man im fortgeschrittenen Stadium typische Veränderungen wie Gelenkspaltverschmälerung, Entrundung des Oberarmkopfes und Ausbildung von Knochenwucherungen (Osteophyten) erkennen. Eine Ultraschalluntersuchung wird oft zur Beurteilung der Rotatorenmanschette ergänzt. Eine Schnittbilddiagnostik (MRT und CT) zeigt im dreidimensionalen Raum die genaue Ausdehnung des Gelenkverschleißes und der Dezentrierung des Gelenkes. Wichtig zu beachten ist, dass das Ausmaß der Gelenkerstörung nicht immer mit der Intensität der Beschwerden des Patienten einhergeht.

Behandlung

1) Konservative Therapie

Im Frühstadium umfasst die Behandlung sog. konservative Maßnahmen. Durch regelmäßige *Bewegungen* soll die Aufnahme von Nährstoffen aus der Gelenkflüssigkeit in den Knorpel verbessern und die Spannung in der schulterumfassenden Muskulatur reduzieren. Stoßbelastungen und abrupte Bewegungen und Sportarten sollten hingegen vermieden werden.

Im Rahmen von *Physiotherapie* sollen die Beweglichkeit verbessert und die Muskulatur gekräftigt werden.

Physikalische Maßnahmen wie Thermo- Elektro- oder Ultraschallbehandlung können zur Schmerzreduktion beitragen. Bei stärkeren Schmerzen können entzündungshemmende und schmerzlindernde *Medikamente* eingenommen werden. Zudem können reizhemmende und schmerzlindernde Substanzen vom Arzt in die Schulter eingespritzt werden, wie Cortison, Hyaluron oder Blutplasma (PRP).

Als schmerzlindernd hat sich darüber hinaus auch der Einsatz von *Akkupunktur* erwiesen.

Darüber hinaus sind auf dem freien Markt eine Vielzahl von alternativen Produkten als *Nahrungsergänzungsmittel* verfügbar zur Vorbeugung und Behandlung von Knorpelschäden. Häufig handelt es sich hierbei um Substanzen, deren Wirkmechanismus teilweise ungeklärt ist und bei denen belastbare, vergleichende Studienergebnisse fehlen.

2.) Operative Therapie

Im Frühstadium kann es in ausgewählten Fällen sinnvoll sein, arthroskopische Maßnahmen, sog. „CAM“-Prozedere in minimalinvasiver Technik zur Beschwerdebesserung durchzuführen. Hierbei werden bewegungseinschränkende Knochenwucherungen entfernt, die verklebte Gelenkkapsel gelöst, Knorpelrauigkeiten geglättet und ggf. die lange Bicepssehne behandelt.

Ist im weiteren Verlauf bei stärkerem Verschleiß die Lebensqualität des Patienten*in im Alltag aufgrund von Schmerzen, Bewegungseinschränkung und Funktionsverlust nachhaltig eingeschränkt, ist die operative Versorgung mit einer Schulterprothese sinnvoll.

Die endoprothetische Versorgung der Schultergelenke hat sich in den letzten Jahren sehr gut entwickelt, sodass in der Regel weder eine Stielverankerung im Knochen, noch die Verwendung von Knochenzement nötig ist. Je nach individuellen Voraussetzungen kann eine Teil- oder Vollprothese eingesetzt werden. Da der Ersatz des Schultergelenkes jedoch insgesamt deutlich seltener durchgeführt wird, als an Knie oder Hüfte, sollte hierzu die Vorstellung in einem spezialisierten Zentrum erfolgen.

In der Regel kann der Patient*in nach der Operation eine schmerzfreie und gute Schulterfunktion erwarten, die eine normale Alltagsfunktion und auch die Ausübung von Sport ermöglicht. Die Rückkehr zu stark schulterbelastenden Berufen oder Sportarten sollte jedoch im Hinblick auf die Haltbarkeit der Prothese vermieden werden.

3.) Nachbehandlung

Die Nachbehandlung erfolgt standardisiert in meistens 3-4 Phasen. Nach der Operation wird der Arm für 6 Wochen in einem Lagerungskissen gelegt. In diesem Zeitraum wird Physiotherapie ohne aktive Bewegung des Arms durchgeführt, jedoch ist das Einwärtsdrehen (Innenrotation) des Armes in dieser Phase nicht erlaubt, das Auswärtsdrehen (Außenrotation) nur spannungsfrei. Ab der 4.-6. Woche kann eine Rehabilitationsmaßnahme (stationär oder ambulant) durchgeführt werden. Die Organisation hierzu erfolgt in der Regel bereits vorab durch den Sozialdienst der Sportklinik. In der 7.-10. Woche darf der Arm nach Freigabe aus dem Kissen mit Unterstützung selbständig nach Vorne und zur Seite bis zur Schulterhöhe angehoben werden, auch das Drehen des Armes ist dann möglich. In der 10.-12. Woche ist die aktive Bewegung des Armes dann ganz frei gegeben. Ab der 12. Woche ist in der Regel der vollumfängliche Einsatz der Schulter wiederhergestellt. Die Arbeitsunfähigkeit richtet sich nach der Belastung am Arbeitsplatz aus. Je nach Tätigkeit liegt die Ausfallzeit zwischen 6-12 Wochen. Die Wiederaufnahme der sportlichen Aktivität ist abhängig von der sportlichen Belastung und wird individuell abgesprochen.

Im weiteren Verlauf sollten jährliche Kontrollen mit Röntgenbildgebung und klinischer Untersuchung erfolgen.

Außerdem werden die individuellen Untersuchungsdaten anonymisiert in einem deutschlandweiten Schulterprothesenregister archiviert, um langfristige Verläufe zu dokumentieren und zu beurteilen.

