

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 Tendinosis calcarea der Rotatorenmanschette

Die Kalkschulter (tendinosis calcarea) ist eine häufige Erkrankung der Sehnenhaube genannt Rotatorenmanschette des Schultergelenkes. Man versteht darunter die Ablagerung von Hydroxylapatit (umgangssprachlich Kalk) im menschlichen Sehngewebe. Prinzipiell können alle Sehnen des Körpers betroffen sein. Häufig ist jedoch das Schultergelenk betroffen. Die Ursache, die zur Entstehung der Kalkherde führt ist bis dato noch nicht abschließend geklärt, jedoch unterhalten die genannten Kalkablagerungen in der Regel einen chronischen Entzündungsprozess im Sehngleitraum der Schulter, was zu Schmerzen führt. Die Herde entstehen üblicherweise in gesundem Sehngewebe durchlaufen verschiedenen Stadien von Aufbau bis Auflösung und fallen zumeist im Rahmen der Röntgendiagnostik auf. Kalkherde können anhand des Röntgenbilds und eines Ultraschalls der entsprechenden Sehne und dem entsprechenden Stadium zugeordnet werden.

Klinisches Bild

Üblich ist der ohne Ursache auftretende starke Schmerz im Bereich der Schulter, welcher auch durch Ruhe oder in der Nacht nicht besser wird. Es besteht im Regelfall ein ausgeprägter Leidensdruck. Ein Liegen auf der betroffenen Oberarmseite ist kaum mehr möglich.

Behandlung

Zunächst liegt der konservative Behandlungsversuch im Vordergrund. Hier kann eine Schmerztherapie mit Tabletten die starken Schmerzen dämpfen. Das Ziel der kausalen Therapie sollte die Unterstützung des Abbaus des Kalks sein. Dies kann durch Infiltrationen und sogenanntem Needeling (Ultraschallgeführtem Sticheln des Kalks) und durch eine Stosswellentherapie erfolgen. Durch diese Therapien kann der zuvor abgekapselte Kalk dem menschlichen Stoffwechsel zugänglich gemacht werden, sodass über den folgenden Zeitraum ein Abbau des Kalks stattfinden kann. Sollte hierdurch keine Besserung der Symptomatik und radiologisch keine Veränderung des Kalkherdes zu beobachten sein ist die operative Therapie der nächste zu empfehlende Schritt. Hier wird der Kalkherd im Rahmen einer minimalinvasiven Operation unter Kamerakontrolle eröffnet und aus der Sehne herausgeschält. Eine Naht des entstandenen Sehndefekts ist aufgrund der geringen Größe und des guten Heilpotentials des Umgebungsgewebes nur in seltenen Fällen notwendig.

Konservative Therapie

Subacromiale Infiltration mit Needeling des Kalkherdes.

Add on:

- Stosswellentherapie
- Eigenbeübung und KG mit Zentrierung und Kaudalisierung des Humeruskopfes zur Linderung der subakromialen Symptomatik
- Akupunktur zur Schmerzreduktion
- Orale, analgetische Therapie (z.B. Ibuprofen oder Metamizol)



Operation

Zeigt die konservative Therapie nicht den gewünschten Erfolg ist der Standard 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. Nun wird unter Röntgenkontrolle der Kalkherd in der Sehne aufgesucht, die Sehne im Längsverlauf auf einer kleinen Strecke gespalten und der Kalk mit Spezialinstrumenten aus der Sehne herausgeschält. Eine Adaptation des minimalen Sehndefekts ist nur in seltenen Fällen notwendig.

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.