

die schulter

Ein grosser Schritt nach vorn

Für sportlich aktive Menschen mit einer instabilen Schulter gibt es eine neue Technik. Dr. Jan Leuzinger erklärt sie.



Dr. med. Jan Leuzinger
RHEUMATOLOGIE
Pflanzli 52
Telefon 055 415 80 20
info@rheuma.ch

Schulterinstabilitäten, die mit einer Ausrenkung im Schultergelenk einhergehen, waren lange Zeit Domäne der konservativen Behandlung. Nach der Einrenkung wurden die Patienten für eine bestimmte Zeit ruhig gestellt, und anschliessend wurde ein Rehabilitationsprogramm begonnen. Nur im Falle einer erneuten Luxation (Ausrenkung des Schultergelenks) mit bleibendem Instabilitätsgefühl wurden operative Verfahren angewandt.

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts setzte sich das sogenannte Bankart-Verfahren durch. Dabei werden die abgerissenen Strukturen des Schulterstabilisators wieder an ihrer Ansatzstelle befestigt. Dieses Verfah-

ren verhalf zu einer relativ guten Stabilität. Bald zeigten sich aber auch die Grenzen der Methode. Wenn es bei der Ausrenkung zu einem knöchernen Defekt im Bereich der Gelenkpfanne kam oder die Bänder in sich zerrissen waren, konnte dieses Verfahren nicht angewendet werden. In solchen Fällen wurden in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts immer öfter nicht anatomische Techniken ausprobiert. Eine davon wurde in Frankreich von Professor Latarjet entwickelt. Bei diesem Verfahren wird die kurze Bizepssehne, die am Rabenfortsatz der Schulter ansetzt, mitsamt dem knöchernen Fortsatz abgetrennt und durch den vorderen Anteil der Rotatorenmanschette an der



die schulter

Gelenkpfanne verschraubt. Damit konnten die knöchernen Defekte aufgefüllt und die ungenügende Kapselqualität verstärkt werden. Das Verfahren ist technisch schwierig, hat aber eine ausgezeichnete Erfolgsquote. Weit über 95 Prozent der operierten Patienten sind in der Folge stabil.

Zur gleichen Zeit machte die Schulterarthroskopie grosse Fortschritte. Dank der Arthroskopie konnte die vorgängig durchgeführte Bankart-Operation ebenfalls mittels Schlüsselloch-Technik angeboten werden. Somit stand auf der einen Seite die arthroskopische Versorgung mit kurzer Hospitalisation, kleinen Narben und relativ schmerzfreier postoperativer Phase, auf der anderen Seite ein offenes Verfahren mit langem Schnitt, anfänglich deutlichen Schmerzen und etwas längeren Hospitalisationszeiten.

Verständlich, dass über viele Jahre die arthroskopische, für den Patienten sehr angenehme Versorgung, trotz höherer postoperativer Instabilitätsraten mehr gefordert wurde. Die nicht anatomische, offene Operation wurde nur in Fällen angewandt, wo die Erstoperation versagte. Vor sechs Jahren beschrieb Dr. Laurent Lafosse in Frankreich die ersten Fälle der Latarjet-Versorgung mit arthroskopischem Instrumentarium. Diese Instrumentarien wurden in den letzten fünf Jahren so stark verbessert, dass sie nun seit einem Jahr auch auf dem Schweizer Markt sind.

Wie bei der Spiegelung im Knie wird auch bei der Schulterarthroskopie eine Kamera ins Gelenk eingeführt. Durch kleine Inzisionen werden die Arbeitsschritte, die vorher offen durchgeführt wurden, mit feinen Instrumenten unter Kamerasicht ohne Eröffnung der Haut gemacht. Die

Schulter wird dazu mit Wasser gefüllt, damit der Chirurg in der entstandenen Höhle mit den speziell für diese Technik angepassten Instrumenten arbeiten kann. Nach Mobilisation des Knochenblockes mit der Bizepssehne wird der vordere Anteil der Rotatorenmanschette in Faserrichtung des Muskelstumpfs durchtrennt und anschliessend der Knochenblock über speziell durchbohrte Schrauben in der gewünschten Lage an der Gelenkpfanne fixiert. Nach der Operation muss der Patient nur eine Nacht im Spital bleiben. Die kleinen Stüchinzisionen werden abgedeckt, und man darf vom ersten Tag an duschen.

Für die erste Phase, die fünf bis zehn Tage dauert, wird zur Schmerzbekämpfung eine Schlinge abgegeben. Je nach Verlauf kann sich der Patient aus dieser Schlinge heraus bewegen. Im Gegensatz zu allen anderen Verfahren verlangt diese Methode aber keine Ruhigstellung und Abheilung der fixierten Strukturen. Durch die Schraubenfixation ist die Operation von Anfang an stabil. Der Patient darf vom ersten Tag an machen, was er will. Das ist natürlich rein von den Schmerzen her gar nicht möglich. Innert wenigen Tagen kann er aber die Schulter so weit bewegen, wie wir es vorher nie gesehen haben.

Seit einem Jahr wird diese Operation vor allem bei Spitzensportlern eingesetzt. Dabei zeigte sich, dass die Rehabilitation um Wochen verkürzt werden kann und dass bis zum heutigen Zeitpunkt die Erfolgsrate wie bei der offenen Operation weit über 90 Prozent liegt. Für die Schulterchirurgie ist das ein grosser Schritt nach vorn. Das neue Verfahren stellt jedoch hohe Anforderungen an den Operateur und wird nur von wenigen spezialisierten Zentren durchgeführt.

RÖWA
MAGNETION BETT

Legra – die Schulter-Matratze

X Ja, ich will endlich richtig liegen. Ich will entspannte Nacken- und Rückenmuskulatur. Bitte schicken Sie mir Infomaterial über das Legra-Bettssystem (Schulter-Matratze und passende Unterfederung).

Name

Adresse

PLZ/Ort

Coupon bitte ausschneiden und schicken an: Bivale & Wanner Schweiz AG, Mutterstr. 14, 5712 Brühlwil im See, Tel. 062/8912753 www.roewa-schweiz.ch

