

IMPIGEMENTSYNDROM

Ursache

Die häufigsten Schmerzen im Bereich der Schulter sind bedingt durch das Impingement-syndrom (Engpassyndrom). Bei dieser Erkrankung berichten die Patienten anfangs über leichte ziehende Schmerzen welche zunächst auf den oberen Oberarm projiziert werden. Die Schmerzen treten oft nach ungewohnter Arbeit (z. B. beim Renovieren mit vielfachem Überkopfarbeiten) oder nach schwerer körperlicher Arbeit auf. Typisch sind Schmerzen die beim Anheben des Armes oder beim Zurückführen des Armes auf den Rücken (Schürzen-griff) auftreten.

Ebenfalls kommt es häufig zu nächtlichen Schmerzen, wenn die Patienten auf der betroffenen Schulter liegen oder zu einem Schwächegefühl im betroffenen Arm.

Diesem Krankheitsbild liegt oft ein Ungleichgewicht der schulterstabilisierenden Muskulatur zugrunde.

Weitere Ursachen für dieses Syndrom sind:

- Knochenzacke im unteren Bereich des Schultergelenkes,
- stark gebogenes Acromion,
- Reizzustand der Rotatorenmanschette (häufig durch Überkopfsportarten oder –arbeiten hervorgerufen),
- Reizung der langen Bizepssehne (oft in Zusammenhang mit kleinen Einrissen in die Rotatorenmanschette),
- Schleimbeutelentzündung unter dem Schulterdach,
- Einriss in die Rotatorenmanschette
- sowie Verkalkung der Rotatorenmanschette.

IMPIGEMENTSYNDROM

Diagnostik

Aufgrund der vielfältigen Ursachen für dieses Krankheitsbild sollte zunächst einmal nach der zugrundeliegenden Ursache geforscht werden. Hierzu gehört die körperliche Untersuchung des Patienten, die Röntgenuntersuchung, die Ultraschalluntersuchung sowie ggf. die Kernspinuntersuchung.

Sollte der wirkliche Grund für die Beschwerden gefunden sein, so muss spezifisch für diese Veränderung ein Therapieplan erstellt werden.

Therapie

Grundsätzlich sollte, bevor eine Operation geplant wird, versucht werden die Beschwerden mit konservativen Maßnahmen zu lindern oder ganz zu beheben.

An physikalischen Maßnahmen sollte die Krankengymnastik, die Quermassage der Sehnenansätze, die Wärme- und Kältebehandlungen sowie die Elektrotherapie eingesetzt werden. Am besten wird gleichzeitig eine medikamentöse Therapie durchgeführt.

Zunächst werden orale antiphlogistische Medikamente (z. B. Voltaren, Diclophenac-ratio-pharm usw.) verordnet. Sollte diese Therapie jedoch nicht ausreichend sein, erfolgen lokale Injektionen in den subacromialen Raum oder aber auch bei bestimmten Erkrankungen, in das Schultergelenk. Injiziert wird ein Lokalanästhetikum welchem oft ein Kortisonpräparat beigemischt wird.

Begleitet werden sollte diese konservative Therapie von stabilisierenden Maßnahmen bis hin zu selbsttätigem Krafttraining um die ganze Schulter besser zu führen.

Diese konservativen Maßnahmen sollten einen Zeitraum von 3-6 Monaten nicht unterschreiten bevor operiert wird.

IMPIGEMENTSYNDROM

Operative Therapie

Die operative Therapie des subacromialen Raumes kann nie nach einem bestimmten Schema erfolgen, sondern sollte, wie schon oben erwähnt, auf die bestimmte pathologische Veränderung eines jeden Patienten abgestimmt sein. Mit Ausnahme der Rotatorenmanschettenruptur (siehe Artikel über RM-Rupturen) lassen sich die oben erwähnten krankhaften Veränderungen des Subacromialraumes endoskopisch operieren.

Bevor mit der eigentlichen Operation im Subacromialraum begonnen wird erfolgt grundsätzlich die Inspektion des Schultergelenkes mit dem Arthroskop. Im Gelenk werden die Knorpelverhältnisse von Kopf und Pfanne, die Bandstrukturen, die lange Bizepssehne, die Achselhöhle sowie die Unterseite der Rotatorenmanschette beurteilt.

Finden sich bei dieser Gelenkinspektion kleine, nicht durchgehende degenerative Einrisse in der Rotatorenmanschette, so werden diese gleich mit einem rotierenden Messer (Weichteilshaver) geglättet.

Anschließend erfolgt der Eingang in den subacromialen Raum. Zunächst wird der untere Bereich des Acromions dargestellt und dann mit dem Weichteilshaver und dem Elektromesser von den Weichteilen befreit. Das coraco-acromiale Band wird nach vorne abgeschoben, so dass der Vorderrand des Acromions sichtbar wird. Jetzt erfolgt das Abfräsen des Knochens mit der Knochenfräse. Der entfernte Knochen darf nicht zu dick, muss jedoch ausreichend sein. Hierfür gilt die Fräse als Orientierungshilfe.

Als nächstes, falls erforderlich, wird das Schulterreckgelenk dargestellt, und eventuelle untere Knochenzacken werden ebenfalls mit der Knochenfräse entfernt.

Falls erforderlich wird dann noch das Schulterreckgelenk von unten eröffnet und es erfolgt, ggf. über einen zusätzlichen vorderen Zugang, die Teilentfernung des äußeren Endes des Schlüsselbeines (bei einer Arthrose dieses Gelenkes) wiederum mit der Knochenfräse.