

Funktions- und gelenkerhaltende Therapie bei Schulterarthrose



Die Zeiten, in denen die einzige therapeutische Antwort auf eine Arthrose die Gelenkprothese war, sind zum Glück vorbei. Dies ist nicht zuletzt den Pionieren auf dem Gebiet der Arthroskopie zu verdanken. Dr. Michael Lehmann, Orthopäde, Sportmediziner und ausgewiesener Arthroskopie- und Schulterspezialist von der Athletikum Group erklärt, welche Möglichkeiten es heute gibt, um den schicksalhaften Verlauf einer Schulterarthrose zu stoppen.

Herr Dr. Lehmann, inwieweit hat die Arthroskopie die Therapie der Schulterarthrose verändert?

Dr. Lehmann: Sie hat sie wesentlich erweitert. Früher mussten Patienten mit Arthrose mehr hingehalten als behandelt werden, solange bis sie das Alter für einen künstlichen Gelenkersatz hatten. Oft genug war dann aber vor allem an der Schulter der eigentlich allerletzte Zeitpunkt, zu dem ein prothetischer Ersatz noch Sinn hatte, schon verstrichen. Wenn nämlich die umgebenden Strukturen durch die lange Schonung und Fehlhaltung zu stark in Mitleidenschaft gezogen sind, kann auch eine gute Endprothese keine ideale Funktion mehr schaffen. Die Patienten waren dann zwar mit ihrem künstlichen Gelenk schmerzfrei, die Bewegungsfähigkeit war aber häufig nur suboptimal. Durch die Arthrosko-

pie sind wir heute in der Lage, schon in frühen Arthrostadien korrigierend einzugreifen und den weiteren Verlauf wesentlich zu verlangsamen und in vielen Fällen kann sogar die Entwicklung einer Arthrose verhindert werden.

Wann ist das möglich?

Dr. Lehmann: Vor allem, wenn es durch Verletzungen oder Unfälle zu einem Knorpelschaden im Gelenk gekommen ist, was meistens jüngere Menschen betrifft. Früher konnte man solche Schäden noch nicht einmal diagnostizieren, weil sie sich ja im Röntgenbild nicht darstellen. Erst als wir bei Gelenkspiegelungen direkt ins Gelenk schauen konnten, haben wir gesehen, wie relativ häufig dies doch vorkommt. Unbehandelt entwickelt sich aber so ein lokalisierter Defekt fast immer zu einer Arthrose. Mittlerweile ist es aber nicht beim bloßen Anschauen geblieben. Heute können versierte Arthroskopiker solche Schäden ohne Schnitt und große Operation beheben und wieder eine normale

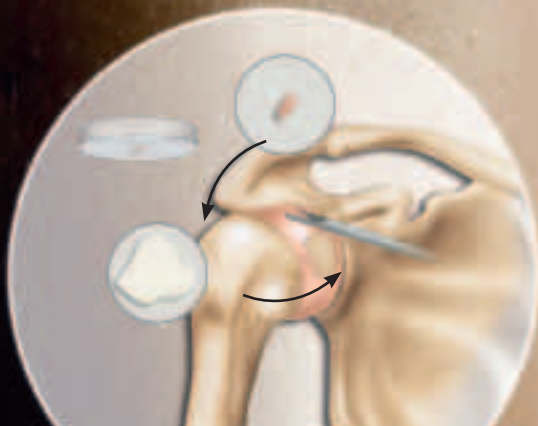
Gelenkanatomie herstellen. Der Arthroseeentwicklung ist damit der Boden entzogen und die Patienten haben wieder eine voll belastungsfähige Schulter. Sogar Sport kann ganz normal wieder ausgeübt werden.

Wie wird so ein Knorpelschaden an der Schulter „repariert“?

Dr. Lehmann: Alle mittlerweile bekannten und bewährten Knorpeltherapien lassen sich auch an der Schulter einsetzen. So kann eine gerissene Pfannenlippe wieder genäht werden oder es wird die Bildung eines belastungsfähigen Ersatzknorpelgewebes durch die Kombination aus Abrasionsarthroplastik und Microfracture-Technik angeregt. Auch das besonders elegante Verfahren der Autologen Chondrozyten-Transplantation ACT kann an der Schulter angewendet werden. Dabei werden patienteneigene Knorpelzellen erst angezüchtet und dann damit der Defekt ausgefüllt. Nach der Einheilung ist dann das ehemalige Loch praktisch nicht mehr von originärem Knorpelgewebe zu unterscheiden. Sie sehen, der erfahrene Operateur kann zwischen verschiedenen Optionen wäh-



Dr. Lehmann, Orthopäde und Sportmediziner von der Athletikum Group und international renommierter Schulterspezialist.



Bei der Autologen Knorpelzelltransplantation ACT werden aus einem kleinen körpereigenen Knorpelstückchen neue Zellen gezüchtet, die dann mittels einer Matrix in den Knorpeldefekt eingesetzt werden.

len und das im Einzelfall geeignetste Verfahren anwenden.

Vielfach kann aber kein isolierter Knorpelschaden festgestellt werden. Vielmehr liegt eine Arthrose durch chronischen Verschleiß oder einfach mangelnde Knorpelqualität vor. Was können Sie in diesen Fällen tun?

Dr. Lehmann: Natürlich wird man zunächst die ganze Palette an konservativen Maßnahmen einsetzen Dazu gehören u. a.:

- die entsprechende Medikation, sowohl schmerzstillend und entzündungshemmend als auch Knorpel-schutzpräparate
- Physiotherapie, um die umgebenden Muskeln und Strukturen zu stärken oder
- Injektionen ins Gelenk zur Entzündungshemmung oder um die Gelenkflüssigkeit zu verbessern.

Daneben sollte man aber auch immer schauen, ob irgendwelche die Arthrose fördernde oder schmerzverursachende Veränderungen vorliegen und diese dann auch beseitigen. So können großflächige Schäden der Gelenkklippe, aber auch größere Rotatorenmanschettenrisse sowie Instabilitäten der Bizepssehne die Arthroseentwicklung beschleunigen. Bei so manchem Arthrosepatient kann auch das Lösen von Verklebungen zu einer besseren Gelenkbeweglichkeit beitragen. Reicht das nicht aus, können die Patienten vielleicht von der sogenannten Biopro-

these profitieren. Dabei wird – ähnlich wie beim Microfracturing im Kleinen – großflächig die Bildung von Faserknorpel angeregt, der zwar nicht ganz wie das Original aber dennoch sehr gut belastbar ist.

Patienten mit einer ausgeprägten großflächigen Arthrose bleibt aber wohl nur die Prothese?

Dr. Lehmann: Jein. In vielen Fällen – das heißt, bei Patienten, bei denen zwar der Knorpel verschlissen, der Knochen aber noch gesund ist – reicht es, wenn nur die Knorpelschicht durch einen sogenannten Oberflächenersatz erneuert wird. Mit ihm muss kein Knochengewebe geopfert werden, vielmehr wird die angeborene Anatomie quasi kopiert und die natürliche Biomechanik des Gelenks bleibt erhalten. Dieses Resurfacing-System lässt sich zwar nicht arthroskopisch aber minimalinvasiv und gewebeschonend einbringen und ist für alle Arten von Arthrosen geeignet. Sie sehen, wir haben heute viele Möglichkeiten, bei einer Schulterarthrose Funktion und Gefühl der natürlichen Schulter zu erhalten.

Herr Dr. Lehmann, herzlichen Dank für das informative Gespräch!

Weitere Informationen

Wiesbaden Tel.: 0611 / 411 19 99
 Freiburg Tel.: 0761 / 59 00 7170
info@athletikum-group.de