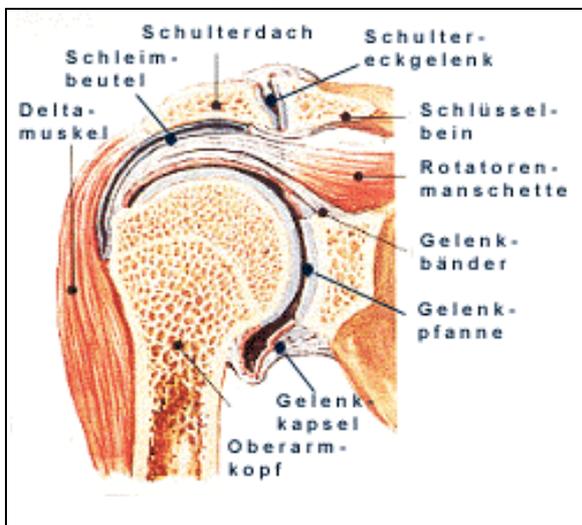


## 1.40-DOK2-12 Patienteninformation „Engpass-Syndrom der Schulter – subacromiales Impingementsyndrom“

### Ursachen

Das Schultergelenk ist in der Tiefe von Muskeln umgeben, die zur Bewegung und zur Stabilisierung des Gelenkes beitragen. Die Sehnen dieser sogenannten „Rotatorenmanschette“ gleiten dabei in einem engen knöchernen Kanal zwischen Oberarmkopf und Schulterblatthöhe. Meist ist ein muskuläres Ungleichgewicht zwischen den Muskeln, die den Oberarmkopf nach unten ziehen



(„Humeruskopfdepressoren“), und dem Deltamuskel, der den Kopf nach oben zieht, vorhanden. In dem Engpass kann es zu einem Einklemmen (engl. „Impingement“) und zu örtlichen Entzündungen des Gleitgewebes (Schleimbeutel) und zu einer Schädigung der Sehnenansätze kommen. In fortgeschrittenen Fällen kann es zum Abreißen einzelner Sehnen der Rotatorenmanschette (z.B. der Supraspinatussehne) kommen.

### Krankheitserscheinungen:

Am Anfang bestehen oft Schmerzen bei Belastungen des Armes, insbesondere bei Drehbewegungen und bei Überkopftätigkeit. Erst später treten häufig auch nachts und in Ruhe Schmerzen auf.

### Diagnostik

Die orthopädische Untersuchung ergibt Hinweise auf Veränderungen des Schleimbeutels und der Rotatorenmanschette. Im Röntgenbild kann ein ausgeprägter Engpass diagnostiziert oder ausgeschlossen werden. Zum Nachweis einer fortgeschrittenen Sehenschädigung sind gelegentlich eine Ultraschalluntersuchung und/oder eine Kernspintomographie notwendig. Kurzfristige Schmerzfreiheit nach einer Spritze unter das Schulterdach spricht für das Vorliegen eines „Impingement“.

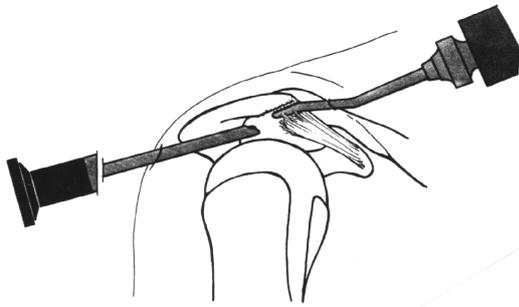
### Behandlung

In den frühen Stadien der Erkrankung führen physikalische Maßnahmen, Krankengymnastik, Druckpunktmassagen, durchblutungsfördernde Salben und Elektrotherapie in den meisten Fällen zu einer Rückbildung der Beschwerden. Auch Spritzen in den Schleimbeutel mit Hyaluronsäure oder einem Kortisonzusatz können nachhaltig zu einer Linderung der Schmerzen führen. Bei chronischen Schmerzen mit Kraft- und Bewegungseinschränkungen und bei nachgewiesenem Sehnen-schaden vor allem beim jüngeren und aktiven Menschen ist eine Operation zu

empfehlen mit dem Ziel, den Engpass zu erweitern und etwaige Schäden zu reparieren.

## Operation

Bei dem minimal invasiven Eingriff wird durch Gelenkspiegelung (Arthroskopie) das Ausmaß von Engpass und Sehnenschädigung festgestellt. Es erfolgt dann arthroskopisch eine Erweiterung des Kanals durch Abfräsen der Knochenkanten und Ablösen eines



Bandes. Ist der Sehnenschaden reparabel, so erfolgt über einen

zusätzlichen Hautschnitt eine Sehnen-naht.

In diesem Fall erfolgt die aufwändigere Nachbehandlung nach dem Schema eine Rotatorenman-schettennaht.

## Nachbehandlung

Nach der arthroskopischen Entlastungs-operation muss der Arm für etwa vier Wochen geschont werden. Eine konsequente Ruhigstellung ist meistens nicht erforderlich. Der stationäre Aufenthalt nach der Operation dauert im Regelfall 1 - 3 Tage. Die Nachbe-handlung wird ambulant durch den Orthopäden / Chirurgen am Heimatort übernommen. Krankengymnastik erfolgt nach einem festen Schema über einen Zeitraum von etwa 4-6 Wochen. Arbeitsunfähigkeit besteht in Abhängig-keit von der beruflichen Belastung bei normalem Verlauf über 2 Wochen.

## Ergebnisse und Risiken

Im Frühstadium der Erkrankung, wenn noch kein Riss in der Rotatorenmanschette vorliegt, bilden sich nach der Arthroskopie die Beschwerden in 90 % der Fälle innerhalb von etwa 3 Monaten vollständig zurück. Nur selten kommt es trotz der Operation zu einem Fortschreiten der Sehnenschädigung mit verspäteter Rissbildung. **Komplikationen** der arthroskopischen Operation (**örtliche Entzündung, Gelenkentzündung oder eine Schädigung von Nerven- oder Blutgefäßen**) sind sehr selten - die **Komplikationsrate** liegt insgesamt bei **etwa 3%**.

erstellt von: Prof. Dr. Philip Kasten: 01.03.2015	geprüft und freigegeben von: Dr. Jürgen Fritz am: 05.03.2015	Revisionsstatus: 1.1
--	---	----------------------