

Patienteninformation

Arthroskopische Eingriffe an Ellenbogen, Sprunggelenk und Schulter

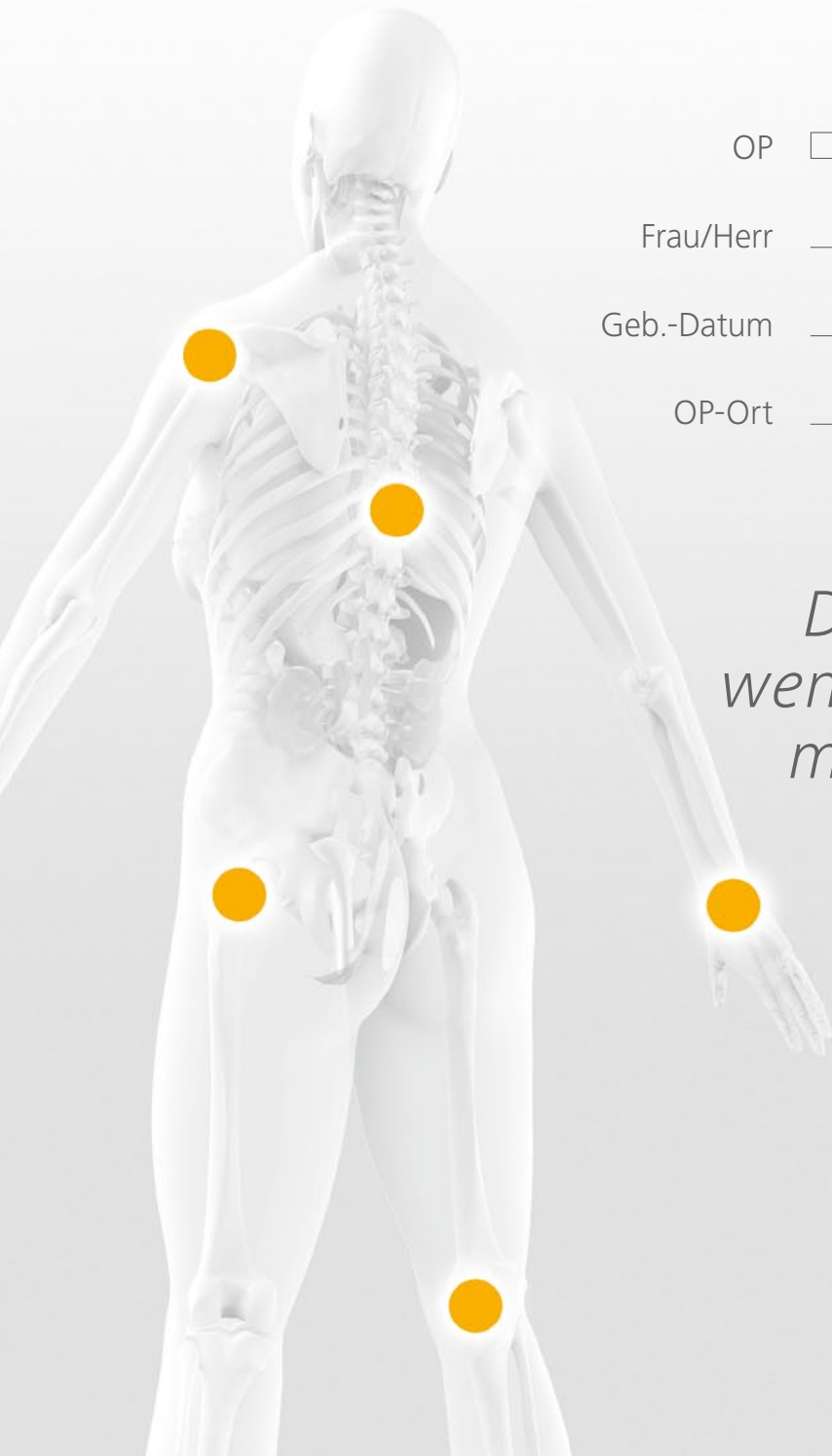
OP Links Rechts

Frau/Herr _____

Geb.-Datum _____

OP-Ort _____

*Der sanfte Weg zu
weniger Schmerz und
mehr Beweglichkeit*



Arthroskopische Eingriffe am Ellenbogen und Sprunggelenk und an der Schulter

Leistungsspektrum

Nach unserer Philosophie „so invasiv wie nötig, so schonend wie möglich“ werden je nach Schwere der Operation die Eingriffe ambulant oder stationär durchgeführt.

Perfektion bei der Ausführung modernster OP-Techniken unter minimalinvasiven Gesichtspunkten ist die Basis für eine schnelle Genesung.

Unsere Zielsetzung ist die Erbringung hochspezialisierter Leistung, um zuverlässig individuelle Qualität für jeden Patienten zu bieten.

Größere Operationen wie Knie- und Hüftprothesen sowie Umstellungsosteotomien am Becken und Bein werden immer stationär durchgeführt.

Allgemeine Information für unsere Patienten – Sportorthopädie und ambulantes Operieren

In unserer sportorthopädischen Praxis werden vor allem Patienten behandelt, die ambulant oder kurzstationär operiert werden wollen.

Dazu gehört die Operation des Engpass-Syndroms der Schulter oder der Kalkschulter.

Nachdem sie einen Termin in unserer Sprechstunde wahrgenommen haben und falls eine Operation unumgänglich ist, wird mit Ihnen ein OP-Termin nach Wahl vereinbart. In der Regel sind diese Operationen arthroskopische Eingriffe, aber auch größere Bandrekonstruktionen.

Es können alle sportorthopädischen Verletzungen operativ versorgt werden. Die Vorbesprechung und Untersuchung mit dem Narkosearzt erfolgt in der Regel vor dem operativen Eingriff bzw. nach Terminvereinbarung.

Ambulantes Operieren

Durch unsere Spezialisierung auf arthroskopische Eingriffe ist ein hohes Maß an Sicherheit und Qualität für unsere Patienten gewährleistet. Arthroskopie bedeutet Gelenkspiegelung, wobei das betroffene Gelenk nicht eröffnet, sondern das Innenleben des Gelenks auf einem Monitor dargestellt wird. Dabei wird eine hochauflösende Spezialkamera über einen 0,5 cm kleinen Hautschnitt ins Gelenk eingebracht. Über einen zusätzlichen Hautschnitt kann der Operateur wie durch ein Schlüsselloch die betroffenen Strukturen dann operieren.

Vorteile dieses schonenden OP-Verfahrens sind deutlich weniger Schmerzen nach der OP, sehr kleine Narben und eine verkürzte Rehabilitation. So können z. B. viele Patienten, die mit dieser Technik operiert wurden, bereits wenige Stunden nach der Operation wieder voll belasten.

Die diversen Eingriffe an verschiedenen Gelenken können wahlweise ambulant oder kurzstationär durchgeführt werden.

Arthroskopische Ellenbogenoperation

Am Ellenbogen machen meist Einklemmungen durch freie Gelenkkörper und Belastungsschmerzen bei Arthrose eine arthroskopische Behandlung notwendig.

Weitere Behandlungsmöglichkeiten bestehen bei Knorpel- und Knochendefekten (sogar die Beurteilung von Knochenbrüchen), insbesondere am Radiusköpfchen aber auch in den übrigen Gelenkabschnitten des Ellenbogengelenks.

Auch die Lösung von Verwachsungen bei starker Bewegungseinschränkung und die Entfernung einer entzündlichen Gelenkschleimhaut (Synovialitis), besonders bei einer rheumatischen Erkrankung, stellen häufig eine gute Indikation zur Ellenbogengelenkspiegelung dar.

Postoperativ ist eine intensive krankengymnastische Übungsbehandlung notwendig, heute wird von einer Ruhigstellung nach der OP abgesehen.

Arthroskopische Sprunggelenksoperation

Die Entwicklung von speziellen Kleingelenksarthroskopen hat in den letzten 10 Jahren zu großen Fortschritten und verbesserten Behandlungsmöglichkeiten in der Sprunggelenksarthroskopie geführt.

Am Sprunggelenk gibt es unterschiedliche Arten von Sport- und Verschleißerkrankungen. Die Indikation zur Operation wird meist auf Grund von Schmerz, Schwellung, Bewegungseinschränkung, Instabilität, Einklemmungen oder Blut im Gelenk gestellt. Hierbei sind Folgeschäden nach Verrenkungen mit Belastungsschmerzen, Instabilität oder Blockaden durch freie Gelenkkörper die häufigsten Ursachen.

Auch Entzündungen der Gelenkschleimhaut (Synovitis), Verwachsungen und Vernarbungen mit Bewegungseinschränkungen (Arthrofibrose) und Bewegungseinschränkungen als Folge von sich einklemmendem Weichteilgewebe lassen sich arthroskopisch gut behandeln. Bei Schädigungen des Gelenkknorpels kann, ähnlich wie am Kniegelenk, eine Knorpelbehandlung durchgeführt werden.

Am häufigsten wird der geschädigte Knorpel sorgfältig entfernt, geglättet und ggf. der darunter liegende Knochen angefrischt, um die Neubildung eines Faserersatzknorpels zu fördern.

Seltener ist auch die Transplantation von Knorpel notwendig. Überstehende Knochenkanten (Osteophyten) an der Vorderseite des Unterschenkelknochens und des Sprungbeins sind insbesondere bei Ballspielern und Tänzern eine häufige Ursache von Schmerzen, Schwellungen und Bewegungseinschränkungen. Die arthroskopische Abtragung der Osteophyten ist in diesen Fällen eine erfolgversprechende und bewährte Behandlung.

Schulteroperationen

Engpass-Syndrom der Schulter (Impingement)

Ursachen

Das Schultergelenk wird hauptsächlich durch die vier Sehnen der sogenannten Rotatorenmanschette stabilisiert und bewegt. Diese Sehnen verlaufen direkt um das Gelenk in einem engen knöchernen Kanal zwischen dem Oberarmkopf und dem Schulterdach (Akromion). Im Laufe des Lebens kann es dabei durch Verschleißerscheinungen zu einer zunehmenden Verengung dieses Kanals kommen, der zu schmerzhaften Entzündungen des Schleimbeutels und der Sehnen führen kann. In fortgeschrittenen Fällen kann eine bleibende Schädigung der Rotatorenmanschette auftreten, die zu einer anhaltenden und schmerzhaften Bewegungseinschränkung des Schultergelenks führt.

Beschwerden des Patienten

Die Patienten klagen meistens über nächtliche Schmerzen beim Liegen auf der Schulter oder über Schmerzen, die bei Abspreizbewegungen ab einem bestimmten Winkel auftreten. Die Beweglichkeit des Arms ist häufig eingeschränkt. Teilweise tritt auch ein Kraftverlust auf.

Diagnostik

Die Untersuchung und Befragung des Patienten ergibt bereits in den meisten Fällen den entscheidenden Hinweis auf ein Engpass-Syndrom. Knöcherne Veränderungen, die zu einer Einengung des Gleitkanals für die Supraspinatussehne führen, können durch spezielle Röntgenbilder festgestellt werden. Zum sicheren Nachweis einer Schädigung der Sehne ist die Sonographie der Schulter oder einer Kernspintomographie erforderlich.

Behandlung

In früheren Stadien kann häufig durch vorübergehende Schonung (Vermeiden von Überkopfarbeiten im schmerzhaften Bereich, kein Heben von Gewichten mit gestrecktem Arm), abschwellende und schmerzstillende Medikamente, lokale Eis- oder Wärmeanwendung sowie eine spezielle Krankengymnastik wieder eine schmerzfreie oder eine schmerzarme Situation erreicht werden. Sofern nach einigen Monaten konsequenter Behandlung eine stark schmerzhafteste Bewegungseinschränkung anhält oder ein Schaden der Sehne nachgewiesen ist, genügt es, den knöchernen Engpass operativ zu erweitern.

Operative Behandlung

Bei der Operation wird zunächst eine Gelenkspiegelung (Arthroskopie) durchgeführt, um den Schaden des Gelenks genau beurteilen zu können. Die weitere Operation ist abhängig von den Verletzungen, die bei der Arthroskopie zu erkennen sind. Liegt eine Schädigung der Sehne vor, sollte diese über einen kleinen Hautschnitt repariert werden. Wenn die Sehne keine wesentliche Schädigung aufweist, werden nur die Knochenkanten am Akromion (Schulterdach), die zu einer Einengung des Sehnenkanals führen, abgeschliffen. Das Abschleifen des Akromions bezeichnet man als Akromioplastik. Dies ist immer arthroskopisch über zwei kleine Hautschnitte möglich. Die Operation erfolgt ambulant. Sofern kein Eingriff an der Sehne erforderlich war, ist keine spezielle Ruhigstellung der operierten Schulter notwendig, das Schultergelenk sollte aber für vier bis sechs Wochen geschont werden. Die Schmerzgrenze muss bei der Nachbehandlung grundsätzlich respektiert werden. Unterstützt werden kann die Nachbehandlung durch abschwellende Medikamente und lokale Eis-anwendungen.

Ergebnisse und Risiken

Bei etwa 90% der Patienten bilden sich die Beschwerden innerhalb von drei bis sechs Monaten zurück. In seltenen Fällen verbleibt eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung des Armes. Operationsbedingte Risiken wie Infektionen, Nerven- und Gefäßverletzungen sind selten.

Sehnenverkalkung (Tendinosis calcarea)

Ursachen

Das Schultergelenk wird hauptsächlich durch die vier Sehnen der sogenannten Rotatorenmanschette stabilisiert und bewegt. Diese Sehnen verlaufen direkt um das Gelenk in einem engen knöchernen Kanal zwischen dem Oberarmkopf und dem Schulterdach. Im Laufe des Lebens kann es dabei zunächst unbemerkt zu Verschleißerscheinungen vor allem der Supraspinatussehne kommen. Im Rahmen dieser Verschleißerscheinungen können sich Verkalkungen bilden, die bevorzugt in der Supraspinatussehne auftreten. Diese Verkalkungen treten meist in Verbindung mit einem sogenannten Engpass-Syndrom (Impingement) auf.

Beschwerden des Patienten

Die Patienten klagen meistens über nächtliche Schmerzen beim Liegen auf der Schulter oder über Schmerzen, die bei Abspreizbewegungen ab einem bestimmten Winkel auftreten. Die Beweglichkeit des Armes ist häufig schmerzhaft eingeschränkt. Akute Schmerzen können ein indirektes Zeichen für die Auflösung des Kalkherdes sein.

Diagnostik

Die Untersuchung und Befragung des Patienten ergibt bereits in den meisten Fällen den entscheidenden Hinweis auf eine Erkrankung im Bereich der Rotatorenmanschette. Die Kalkherde können durch Röntgenbilder und die Sonographie sicher nachgewiesen werden. Dadurch kann auch beurteilt werden, ob ein chronisches Stadium oder ein akutes Stadium mit Auflösung des Kalkherdes vorliegt.

Behandlung

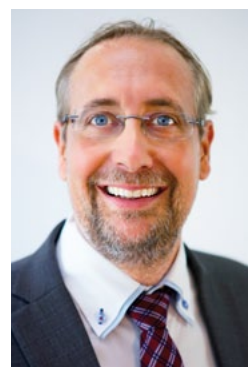
Prinzipiell können sich die Kalkherde spontan auflösen. Dies ist meistens mit erheblichen Beschwerden verbunden. In diesem Stadium sollte zunächst abgewartet werden. Durch vorübergehende Schonung, abschwellenden und schmerzstillende Medikamente, lokale Eis- oder Wärmeanwendung können die Schmerzen gelindert und die Kalkresorption unterstützt werden. Sofern die Schmerzen über einen längeren Zeitraum unverändert anhalten und sich das Kalkdepot im Röntgenbild unverändert darstellt, ist die operative Ausräumung des Kalkherdes angezeigt. Als sehr gute Behandlungsalternative zur Operation besteht die Zerstörung des Kalkherdes durch eine Stoßwellentherapie.

Operation bei Kalkherden der Rotatorenmanschette

Bei der Operation wird zunächst eine Gelenkspiegelung (Arthroskopie) durchgeführt und der Kalkherd lokalisiert. Nach Längsinzision der betroffenen Sehne wird der Kalk mit einem Löffel möglichst vollständig entfernt. Eventuell vorliegende Knochenkanten, die zu einer Kompression der betroffenen Sehne führen, werden arthroskopisch abgeschliffen. In seltenen Fällen, in denen der Kalkherd bei der Arthroskopie nicht gefunden werden kann, muss ein kleiner Hautschnitt zur Kalkentfernung durchgeführt werden. Häufig ist eine vollständige Entfernung des Kalkes nicht möglich. Ein Großteil der verbliebenen Kalkreste löst sich dann jedoch im Verlauf von selbst auf.

Ergebnisse und Risiken

Bei 80–90 % der Patienten kann durch die Operation wieder eine schmerzfreie Situation erreicht werden. Bei inkompletter Entfernung des Kalkherdes können Restbeschwerden verbleiben. Operationsbedingte Risiken wie Infektion, Nerven- und Gefäßverletzungen sind selten.



Dr. Anton

Verhaltensregeln nach der OP

Allgemeine Verhaltensregeln

Das operierte Körperteil sollte direkt nach der OP nicht voll belastet werden. Trainieren Sie ggf. bereits vor der OP das Laufen mit Gehstützen. Zudem stehen Sie nach dem Eingriff weiterhin unter Einfluss der Vollnarkose. Bitte fahren Sie deshalb nicht selbst Auto und sorgen Sie im voraus für eine Begleitperson für den Heimweg und die häusliche Betreuung. Zu Hause wird das operierte Körperteil am besten hochgelagert und in den ersten drei Tagen mit einem trockenen Eisbeutel mehrmals täglich für ca. 10–15 Minuten gekühlt. Bitte denken Sie an die Einnahme Ihres Schmerzmedikaments „Diclofenac“.

Bei Operationen der unteren Extremität ist eine Thromboseprophylaxe notwendig. Dafür spritzen Sie vier bis zehn Tage eine Injektion „Clexane“ täglich in die Bauchhaut, so wie es Ihnen bei der Nachsorge erklärt wurde. Zusätzlich tragen Sie den Thrombosestrumpf durchgehend 10 Tage bis zum Fadenzug.

Zwei bis drei Stunden nach der OP ist es sinnvoll einige Schritte zu gehen. Durch Aktivierung der Unterschenkelmuskulatur können Sie selbst am besten eine Thrombose verhüten.

Sollte die kleine Drainageflasche bis zur Nachsorge volllaufen, bitte in Ruhe lassen und nicht entleeren, es passiert nichts.

Bitte schützen Sie für mindestens eine Woche nach der OP die Wunde vor Wasser. Das Entfernen der Fäden erfolgt ca. 10 Tage nach dem Eingriff, den Termin vereinbaren Sie bei der OP-Nachsorge in unserer Praxis.

Arthroskopische Eingriffe

Oberes Sprunggelenk

Am OP-Tag dürfen Sie aufstehen. Nach Entfernung der Drainageschläuche, die am ersten Tag Blut und Wundflüssigkeit aus der Wunde ableiten, beginnt die Rehabilitation.

Nach der OP wird das Bein in der Regel ein bis zwei Wochen mit 10–20 kg teilbelastet. Je nach Schweregrad und Ausdehnung der Arthrooperation sind bis zu acht Wochen Entlastung notwendig, wobei in diesen Wochen nur die Abrollbewegung des Fußes mit nicht mehr als 5 kg erlaubt ist. Auch bei schweren Arthrosegelenken tritt gewöhnlich nach der Operation eine spürbare und anhaltende Besserung ein.

Schulter

Die Beschwerden verschwinden nach der Operation nicht sofort, sondern bilden sich nur langsam zurück. Eine Schonung des Armes ist für vier bis sechs Wochen erforderlich. Die Schulter sollte vorsichtig im schmerzarmen Bereich mobilisiert werden. Die Schmerzgrenze darf dabei nicht überschritten werden. Unterstützt wird die Nachbehandlung durch abschwellende Medikamente und lokale Eisanwendung. Bis zur Wiederherstellung einer schmerzfreien Schulterfunktion ist mit einer Dauer von drei bis sechs Monaten zu rechnen.

Unsere Leistungen im Überblick

Moderne Diagnostik

- › Digitales Röntgen mit verminderter Strahlenbelastung
- › Ultraschalluntersuchungen
- › Sonographie des Binde- und Stützgewebes
- › 4-Dimensionale Wirbelsäulen- und Fußvermessung

Konservative Therapien

(Praxiseigenes Therapiezentrum)

- › Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT)
- › Klassische Chirotherapie
- › Infiltrationstherapie der Gelenke und Wirbelsäule
- › Schmerztherapien
- › Arthrosetherapie
- › Wirbelsäulen-Therapie
- › Lasertherapie
- › Sportmedizinische Prophylaxe u. Therapie
- › Sportmedizinische Untersuchungen

Operationen

- › Arthroskopische Operationen spezialisiert auf alle Behandlungsfelder (Knie, Sprunggelenk, Schulter, Ellenbogen)
- › Rekonstruktive Gelenkchirurgie
- › Endoprothetischer Gelenkersatz (minimalinvasiv)
- › Kreuzband-Operationen
- › Hand- und Fußchirurgie

Naturheilverfahren

- › Homöopathie
- › Physioenergetik
- › Kinesologie
- › Eigenblutbehandlung
- › Akupunktur

Praxis Dr. Anton Orthopädische Facharztpraxis

Kleiner Biergrund 18
63065 Offenbach am Main

Telefon 069-98558299-0
Telefax 069-98558299-99

info@praxisdranton.de

Niederlassung Oberursel

Karl-Hermann-Flach-Straße 15 B
61440 Oberursel

Telefon 06171-59969
Telefax 06171-580807

info.oberursel@praxisdranton.de

Niederlassung Großwallstadt

Am Neubergsweg 6
63868 Großwallstadt

Telefon 069-98558299-0
Telefax 069-98558299-99

info.grosswallstadt@praxisdranton.de