



Kompetenz Schulter
Impingementsyndrom



**KLINIKUM
WELS-GRIESKIRCHEN**
Eine Einrichtung der
Kreuzschwestern und Franziskanerinnen

Akademisches Lehrkrankenhaus der medizinischen Universitäten Wien und Innsbruck sowie der Paracelsus
medizinische Privatuniversität Salzburg

Impingementsyndrom

Es handelt sich dabei um ein Krankheitsbild, hervorgerufen durch eine Enge im subacromialen Raum, das ist der Raum zwischen Schulterdach und Oberarmkopf.

Ursachen:

Knöchern

- subacromialer Sporn (Bild 1)
- kaudaler Sporn an der lateralen Clavicula
- Os acromiale: Es handelt sich dabei um eine Normvariante, welche bei ca. 3- 8% der Gesamtbevölkerung vorkommt. Normalerweise fusionieren die 4 Knochenkerne am Acromion bis zum 25. Lebensjahr. Beim Os acromiale ist diese Fusion ausgeblieben. Falls ein hypermobiles Os acromiale vorhanden ist, kann dieses Os acromiale durch den Zug des Deltamuskels nach kaudal kippen und den Subacromialraum einengen. (Bild 2)
- Kalkherd

Weichteile

- Bursitis subacromialis (=Entzündung des Schleimbeutels)
- Entzündung der Rotatorenmanschette (=RM)
- Entzündung der langen Bicepssehne
- Riss der langen Bicepssehne
- Total- oder Teilriss der Rotatorenmanschette (= RM): Dabei entsteht das Impingementsyndrom einerseits durch die aufgeworfenen Sehnenstümpfe, andererseits auch durch die fehlende bzw. geschwächte RM Funktion, d.h.: durch die geschwächte oder fehlende Depressorfunktion.



Bild 1: Röntgenbild eines ausgeprägten Knochenorns unter dem Schulterdach

Neurogen (durch einen Nervenschaden verursacht)

- Läsion des N. suprascapularis (innerviert Musculus supra- und infraspinatus)

Instabilität

- sog. Instabilitätsimpingement

Stadien (Klassifikation nach Charles Neer 1972)

I Ödem und Einblutung in die Bursa subacromialis

- wie z.B. nach Schulterprellungen
- Patienten meist unter 25 Jahre alt

II Tendinitis und Fibrose

- zw. 25. und 40.Lj.

III Sehnenruptur und Osteophyten

Typische Beschwerden

- Bewegungsschmerz, vor allem beim Hochheben und Retroversion des Armes
- Nachtschmerz
- positive Impingementtests
- schmerzhafter Bogen zwischen 70 – 120°
- ev. schmerzhaft abgeschwächte Rotatorenmanschettentests

Diagnostik

erfolgt durch Röntgen der Schulter ap, axial (Os acromiale!) und outlet view. In der outlet view-Aufnahme können subacromiale Sporne nachgewiesen werden. Beurteilung des Acromiontyps nach Bigliani und Morrison.

Acromiontyp I (=Normaltyp) - flat acromion oder flaches Acromion

Acromiontyp II - curved acromion oder bogenförmiges Acromion

Acromiontyp III - hooked acromion oder hakenförmiges Acromion (siehe Bild 1)

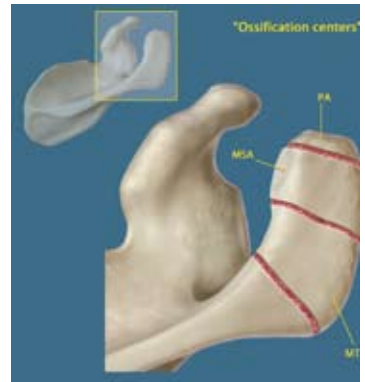


Bild 2: Knochenkerne des Schulterdaches (= Acromion)

Therapie

Primär konservativ!

- Infiltration mit einem Lokalanästhetikum und Cortison (nicht öfter als 2-3x)
- Voltaren 50 mg 3x1 für 5 Tage. Magenschutz!
- Ev. Ultraschallbehandlung
- Oberarmkopf- und scapulastabilisierende Übungen für 6-8 Wochen
- Bei Cervikalsyndrom zusätzlich auch Therapie für die HWS (Traktions HG, Elektrotherapie)
- Akupunktmassagen / Akupunktur

Sollte es unter der konservativen Therapie innerhalb von 6-8 Wochen zu keiner Besserung kommen, ist die OP (arthr. subacromiale Dekompression) angezeigt. Dabei wird der Sporn unter dem Schulterdach arthroskopisch über 2–3 ca. 1cm lange Hautschnitte abgetragen. (Bild 3)



Bild 3: arthroskopische Abtragung eines Knochenornes

Interdisziplinäre Kompetenzambulanz Schulter

Abteilung für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie

Abteilung für Unfallchirurgie

Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH

Bettentrakt 3 (blaue Markierung) 2. Stock

Grieskirchner Straße 42

4600 Wels

www.schulterkompetenz.at

Termine gegen Anmeldung unter: 07242/415-3602

Die Kompetenzambulanz Schulter ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von:

- Orthopädie
- Physikalische Medizin
- Unfallchirurgie

Ihre Ansprechpartner:



OA Dr. Franz Unger
Unfallchirurgie



OA Dr. Harald Göttel
Orthopädie

Leistungsspektrum:

- Konservative Therapie
- Arthroskopische Schulterchirurgie
 - o Arthroskopische subacromiale Dekompression
 - o Arthroskopische Kapsellösung
 - o Arthroskopische laterale Clavicularesektion
 - o Arthroskopisch assistierte Osteosynthese von Frakturen
 - o Arthroskopische Rekonstruktionen (arthr. Slap, Bankart und RM Repair)
- Offene Schulterchirurgie
 - o Offene Rotatorenmanschettenrekonstruktion inkl. Muskeltransfers (Latissimus dorsi Transfer, Pectoralis major Transfer)
 - o Offene Stabilisierungsoperationen (Bankart OP, OP nach Bristow, OP nach McLaughlin)
 - o Osteosynthesen am Oberarm, Oberarmkopf, Schlüsselbein und Schulterblatt
 - o Stabilisierungsoperationen am Schultergelenk (OP nach Weaver Dunn)
- Künstlicher Schultergelenkersatz
 - o Oberflächenersatz
 - o Schulterhemiprothese
 - o Schultertotalendoprothese
 - o Inverse Delta III Prothese
 - o Revisionsendoprothetik