

# Die rheumatische Schulter

*Rechtzeitiges Handeln erhält die Mobilität*

*Die meisten Menschen denken bei Rheumatoider Arthritis zunächst an Beeinträchtigungen der kleinen Gelenke. Dies hat durchaus seine Berechtigung, denn der Befall der Fingergrundgelenke stellt mit annähernd 75% den häufigsten und zumeist auch ersten Manifestationsort dieser Erkrankung dar. Allerdings ist auch ein frühzeitiger Befall der Schulter, deren Funktion für den gesamten Arm eine zentrale Bedeutung hat, ein wichtiges Merkmal dieser rheumatischen Erkrankung. Die fortschreitende Gelenkzerstörung verläuft nach den ersten Anzeichen meist rasch. Ohne eine adäquate Behandlung kommt es zu immer größerem Funktionsverlust. Über die Behandlung der rheumatischen Schulter sprach Orthopress mit Herrn Professor Dr. Markus Rittmeister, Rheumatologe, Sportmediziner und Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am St. Marienkrankenhaus in Frankfurt am Main.*

Was passiert da im Schultergelenk? Wie kommt es zu der schleichenden Zerstörung?

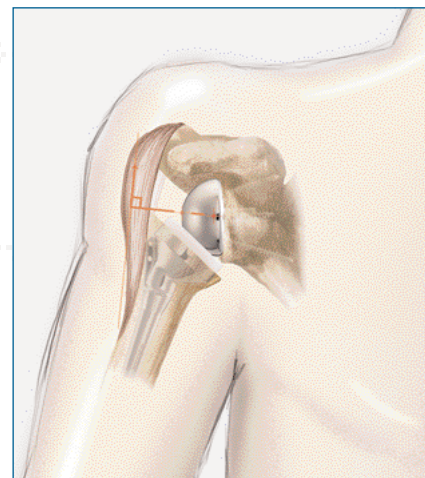
Prof. Rittmeister: Aus bislang nicht gekläarter Ursache greift der Körper selbst bestimmte Gewebestrukturen, wie etwa den Knorpel, Knochen, Sehnen und Muskeln der Schulter an und zerstört diese. Dies geschieht entweder schubweise oder schleichend. Die Gelenkentzündung vermag aufgrund ihrer zerstörerischen Kraft das Gelenk so zu verändern, dass es seine Funktion völlig einstellt. An der Schulter bedeutet dies, dass der Patient seinen Arm überhaupt nicht mehr anheben kann.

Als wesentlichster Mechanismus der Gelenkzerstörung gilt die unkontrollierte Wucherung der Gelenkinnenhaut (Synovialis), die sich unter die Gelenkfläche gräbt, um so Knorpel und Knochen der Schulter zu zerstören.

*Heute kann durch so genannte inverse Schulterprothesen auch bei geringer Restmuskulatur wieder eine ausreichende Beweglichkeit erreicht werden.*

Kann man dagegen etwas tun? Ist es möglich, diesen Prozeß aufzuhalten?

Prof. Rittmeister: Der Arzt vermag die Erkrankung nicht zu heilen. Es gibt allerdings Möglichkeiten, die Gelenkzerstörung zu verhindern, aufzuschieben oder abzumildern. Dies ist die wahrscheinlich wichtigste Botschaft dieses Interviews, denn es bedeutet, dass aus der Erkennung des rheumatischen Gelenkbefal-





*Prof. Rittmeister: „Eine Entfernung der Gelenkinnenhaut (Synovektomie) kann heute arthroskopisch vorgenommen werden. Damit wird der Gewebeteil beseitigt, über den das Rheuma das gesamte Gelenk zerstört.“*

Gefahr der fortschreitenden Zerstörung der weiteren Strukturen des Schultergelenkes abzuwenden.

**Für welchen Zeitraum ist die Gefahr mit einem solchen Eingriff gebannt? Kann der Patient damit rechnen, für die nächsten Jahre Ruhe zu haben?**

Prof. Rittmeister: Der Verlauf rheumatischer Erkrankungen ist unterschiedlichst. Ruhe nach einem operativen gelenkerhaltenden Eingriff wird nur der haben, der diese Behandlung nicht zu spät durchführen lässt. Sind zum Zeitpunkt der Entfernung der Gelenkschleimhaut schon Gelenkschäden eingetreten, wird die Erholung des Gelenkes niemals 100% sein. Unter optimalen Bedingungen ist aber nach einer Synovektomie die Prognose sehr gut. Nach unseren Erkenntnissen gelingt es bei weit mehr als der Hälfte synovektomierter Patienten, einen künstlichen Schultergelenksersatz für immer zu vermeiden und bei einem weiteren erheblichen Prozentsatz, die Notwendigkeit einer Schulterprothese um Jahrzehnte nach hinten zu verlagern.

**Wie sehen die Möglichkeiten aus, wenn die Schulter bereits so geschädigt ist, dass es nicht mehr ohne Prothese geht?**

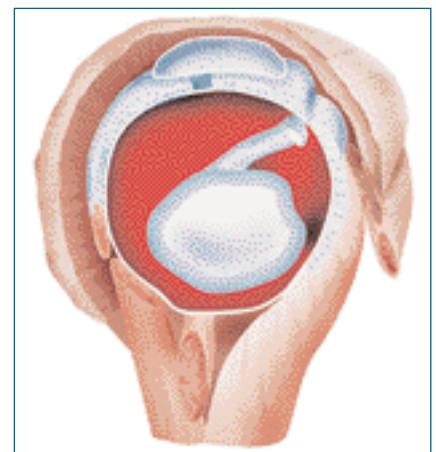
Prof. Rittmeister: Auch hier hängt der Erfolg des künstlichen Schultergelenksersatzes vom Ausmaß der Schädigung des Gelenkes ab. In Abhängigkeit der noch erhaltenen Schultermuskulatur muss man eine sehr differenzierte Wahl hinsichtlich der einzusetzenden Schulterprothese treffen. Die Befreiung vom Schulterschmerz gelingt mit einer Vielzahl von Schulterprothesen, denn das künstliche Schultergelenk ersetzt die zerstörten Gelenkoberflächen. Allerdings können wir künstlich nicht die Muskulatur der Schulter ersetzen, wenn das Rheuma auch diese zerstört hat. Dann gibt es heute Möglichkeiten, auch mit sehr geringer Restmuskulatur in Abwesenheit einer Rotatorenmanschette dennoch sehr befriedigende Situationen zu erlangen. Dies geschieht

mit den so genannten inversen Schulterendprothesen. Diese heißen invers, weil man damit nicht die Natur kopiert sondern umgedreht hat. Der Kopf ist nicht rund, sondern konkav, dafür ist die Pfanne rund. Eine solche Schulter gestattet, den Arm selbsttätig wieder über den Kopf zu heben, auch wenn der Zustand vor Operation nicht einmal mehr das Führen der Kaffeetasse zum Mund zugelassen hatte.

**Zu welchem Arzt geht ein Patient mit rheumatischer Schulter? Kann ein Orthopäde überhaupt alle wichtigen Parameter der Erkrankung abschätzen?**

Prof. Rittmeister: Für die Durchführung der arthroskopischen Techniken bzw. den künstlichen Schultergelenksersatz wird man in aller Regel den versierten Orthopäden oder Unfallchirurgen aufsuchen. Gut ist es, jemand aufzusuchen, der die ganze Palette der Schulterchirurgie durchführt, um so in Abhängigkeit des Erkrankungsstadiums dem Patienten die dann notwendige Therapie anbieten zu können. Schön ist natürlich, wenn auch eine rheumatologische Vorbildung des Operateurs vorliegt, der dann das Zusammenspiel von OP und Basisedikation, Prognose bei vorliegender Entzündungsaktivität und manches mehr beurteilen kann. Aber zuvorderst denke ich, dass ein guter vertrauensvoller Schulterchirurg das Wichtigste bei der Wahl des Arztes in der Behandlung der rheumatischen Schulter ist.

Herr Prof. Rittmeister, wir danken Ihnen für das Gespräch!



*Blick in das Schultergelenk (zur Übersichtlichkeit wurde im Schaubild der Oberarmkopf nicht und die Gelenkinnenhaut rot dargestellt).*