

WILLKOMMEN WILLKOMMEN



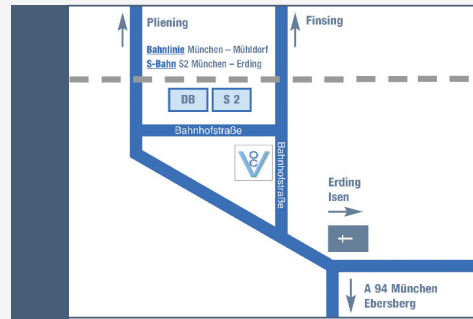
Ihr Spezialist im OCV:
Dr. med. Gerhard Röhrich

Facharzt für Orthopädie,
Facharzt für Chirurgie,
Schwerpunkt:
Schulter- und
Ellenbogenchirurgie

Dr. med. Gerhard Röhrich war bis zu seiner Niederlassung 2005 in einem der deutschlandweit führenden Zentren für Schulter- und Ellenbogenchirurgie und insbesondere Schulterendoprothetik tätig.

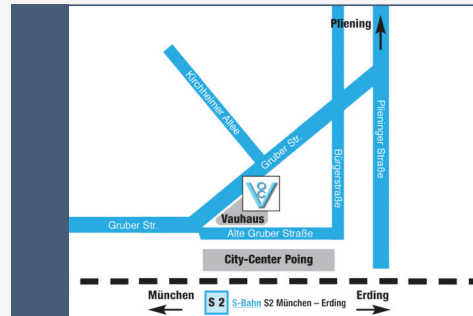
Als langjähriger Mitarbeiter und einer der Hauptoperateure war er dort lange Zeit als Mitglied der German Shoulder Group im Team um die Hauptentwicklergruppe von Schulterprothesen sowie in der Organisation von Endoprothetikworkshops, als auch in der Durchführung und Leitung der Workshops tätig. Nach seiner Niederlassung ist er nach wie vor an der Weiterentwicklung bestehender Prothesenmodelle, Instrumentarium und Implantationstechniken sowie in der Ausbildung in der Schulter- und Ellenbogenchirurgie insbesondere Schulterendoprothetik engagiert. Als einer von Wenigen in Deutschland führt er auch schwierigste Implantationen mit Knochenaufbau, Revisionen als auch Wechseloperationen an der Schulter auf höchsten Niveau durch.

Standort Markt-Schwaben



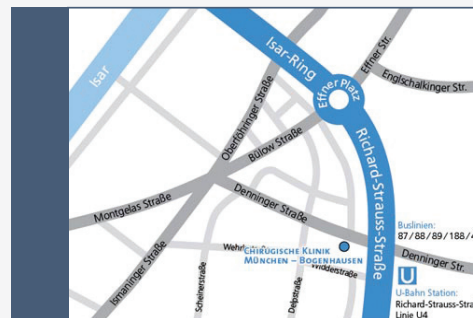
Bahnhofstr. 25 · 85570 Markt Schwaben
Tel. 08121/40404 · Fax 08121/43404

Standort Poing



Alte-Gruber-Str. 1 · 85586 Poing
Tel. 08121/40408 · Fax 08121/9959612

Chirurgische Klinik München-Bogenhausen



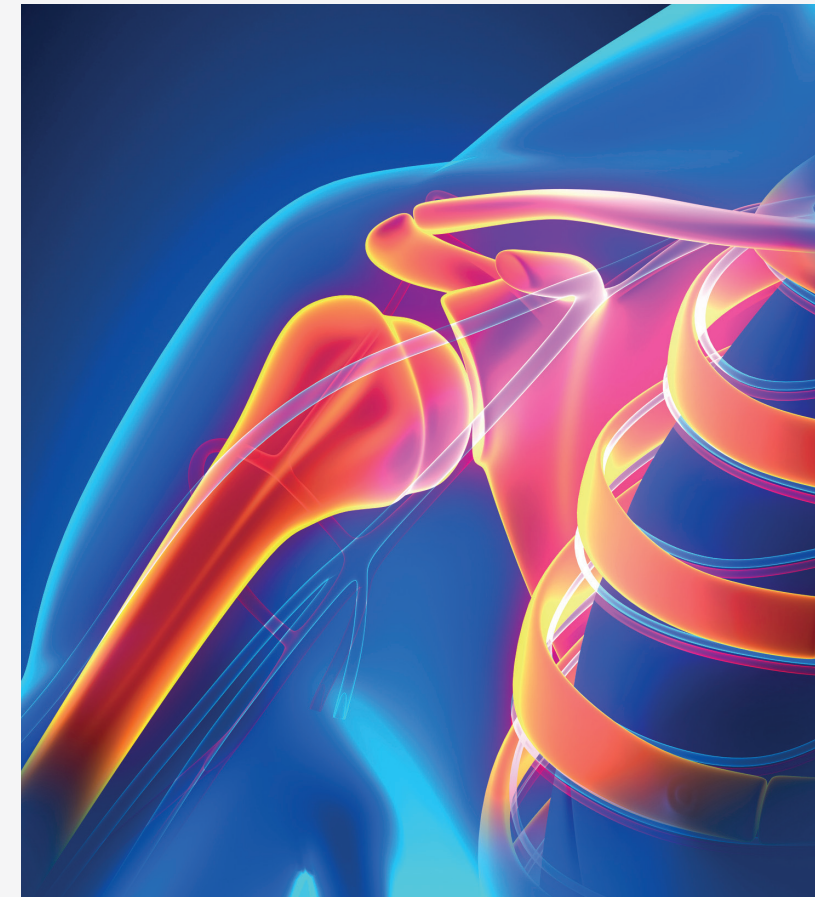
Denninger Str. 44 · 81679 München
Tel. 089-92794-0

www.ocv.de



Orthopädisch Chirurgische
Versorgungszentren
Markt Schwaben - Poing

Das künstliche Schultergelenk



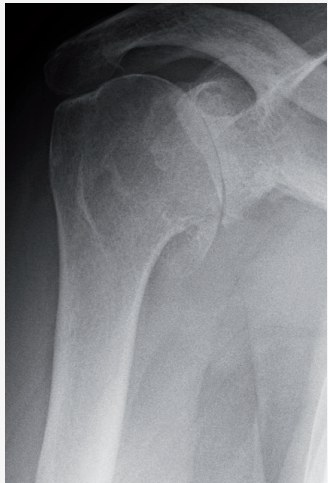
info@ocv.de

www.kunstliches-gelenk.com

Das künstliche Schultergelenk

Gründe für den künstlichen Schultergelenkersatz:

Langfristig kann es im Schultergelenk zu abnutzungsbedingten Veränderungen mit Aufbrauch des Knorpelüberzuges und auch der knöchernen Strukturen im Sinne einer Arthrose kommen. Bei fortgeschrittenen Befunden ist dann der Einbau eines künstlichen Schultergelenkes erforderlich.



Röntgenbild einer Schultergelenksarthrose:

Verschmälerung der Gelenkspaltes

Anbau Knochen am Humeruskopf

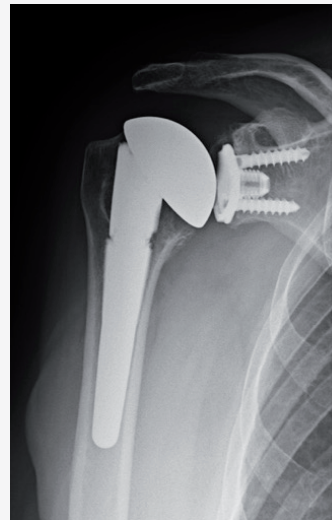
Neben altersbedingten Verschleiß des Gelenkknorpels kommen hier auch unfallbedingte und rheumatische Ursachen sowie das Absterben des Knochens (Humeruskopfnekrose) als auch Folgen von Rotatorenmanschettensehnendefekten in Frage.

Wenn durch die konservative Therapie wie z.B. Krankengymnastik, Injektionen und sonst. Physikalische Massnahmen keine wesentliche Beschwerdelinderung mehr erzielt werden kann und regelmäßig Schmerzmittel eingenommen werden müssen als auch nach fehlgeschlagener Frakturversorgung von Schultergelenksbrüchen ist der Einbau (Implantation) einer Schulterprothese geeignet, Schmerzlinderung und Bewegungssteigerung herbeizuführen.

Die Implantation des künstlichen Schultergelenkes:

Im Gegensatz zu Hüfte und Knie ist die Schulter vorwiegend muskulär geführt, so daß für unterschiedliche zu Grunde liegende Ursachen verschiedene Prothesenmodelle verwendet werden müssen. Neben der Möglichkeit zementierte und nichtzementierte Prothesen zu verwenden richtet sich die Wahl des zu verwendenden Implantates im Wesentlichen nach der Intaktheit der, das Schultergelenk umgebenden, Muskulatur der sog. Rotatorenmanschette.

Ist diese Rotatorenmanschette intakt kommt eine **Anatomische Prothese** in Frage:

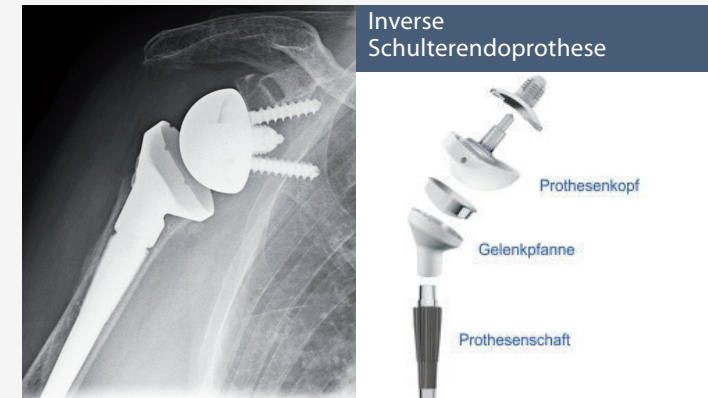


Anatomische Schulterendoprothese



Hier wird der defekte Gelenkanteil ersetzt, knöcherne Anbauten entfernt sowie die Verwachsungen gelöst, die Muskulatur ausbalanciert, als auch etwaige freie Gelenkkörper entfernt.

Bei Fehlen der Rotatorenmanschette sowie bei komplexen Brüchen beim älteren Menschen (>70) kommt eine sog. **Inverse Prothese** zum Einsatz: Hier ist das Kugel-Kopfprinzip umgetauscht (invers), so daß durch die Verbesserung des Hebelarmes des Deltamuskels eine Bewegung möglich ist. Eine äußerst muskel- und weichteilschonende Operationstechnik ist für alle Arten von Schulterprothesen unverzichtbar.



Inverse Schulterendoprothese

Auf Grund der Komplexität des Eingriffes sind sowohl langjährigste Erfahrung sowie die häufigere Durchführung der Operation incl. Fähigkeit des Prothesenwechsels absolute Voraussetzungen für den Erfolg. Sowohl schnellere Gebrauchsfähigkeit des Schultergelenkes, als auch die rasche Schmerzerleichterung werden dadurch realisiert. Ein bedeutsamer Blutverlust entsteht kaum, Hautschnitte über 8cm Länge sind nur bei ausgeprägten Weichteilmantel erforderlich. Da es auch bei implantiertem Schulterprothese in der Folge zu einem Verschleiß der Rotatorenmanschette kommen kann, werden ausschliesslich lang erprobte Prothesenmodelle verwendet, die mit minimalen Aufwand in eine Inverse Prothese umgewandelt werden können, also ohne die gesamte Prothese ausbauen zu müssen (modulare Prothesensysteme)

Nachbehandlung:

Nach der Operation darf der Arm sofort beschwerdeorientiert aktiv bewegt und gebraucht werden. Nach Sicherung der Wundheilung kann die Belastung langsam gesteigert werden. Der Aufenthalt im Krankenhaus beschränkt sich in der Regel auf 4 Tage. Eine stationäre Anschlußheilbehandlung ist nicht zwingend erforderlich aber möglich. Eine wohnortnahe, krankengymnastische Beübung, Versorgung mit einem sog. Bewegungsstuhl sowie regelmäßige Eigenübungen sich ausreichend, um eine rasche, vollständige Gebrauchsfähigkeit zu erreichen. Eine längerfristige Ruhigstellung in einem Schulterverband ist nicht erforderlich.

Im weiteren Verlauf ist die regelmäßige ärztliche Nachsorge und Weiterbehandlung durch Dr. Röhrich und seine Kollegen vom OCV Team sicher gestellt.