



Schulter- und Ellbogenchirurgie

Ellbogenarthroskopie

Ellbogenarthroskopie

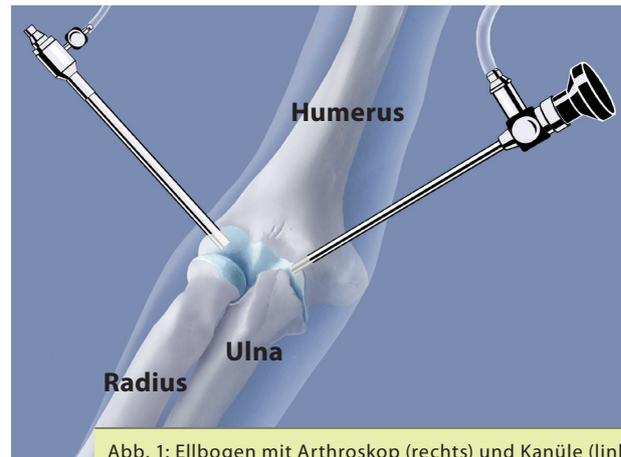


Abb. 1: Ellbogen mit Arthroskop (rechts) und Kanüle (links)

Was ist eine Ellbogenarthroskopie?

Bei einer Arthroskopie oder Gelenkspiegelung wird ein dünnes Metallrohr mit eingebautem Linsensystem (= Optik) durch einen kleinen Schnitt (5 bis 10mm) in das Ellbogengelenk eingeführt. Mit Hilfe einer Kamera, welche hinten auf die Optik gesteckt wird, kann der Gelenk-Innenraum samt Schleimhautfalten, Knorpelbeschaffenheit und -form beurteilt und behandelt werden. Die Arthroskopie wird wie folgt eingesetzt:

- Entfernung freier Gelenkkörper (Arthrose oder Osteochondrosis dissecans)
- Entfernung einer verdickten Schleimhautfalte
- Arthroskopische Operation eines «Tennisellbogens» (Epicondylopathia humeri radialis)
- Arthrolyse, d.h. zur Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit (z.B. bei Arthrose oder nach Frakturen)
- Entfernung der entzündeten Gelenk-Innenhaut bei rheumatoider Arthritis oder Infekt

Behandlung

Eine Arthroskopie kann in Voll- oder Teilnarkose durchgeführt werden. Bei einer Teilnarkose werden nur die zum Arm führenden Nerven in der seitlichen Halsregion betäubt. Für die Operation wird eine so genannte Oberarmblutleere angelegt. Dies ist eine stark aufgepumpte Blutdruckmanschette, die für den Zeitraum der Operation die Blutzufuhr zum Arm unterbricht. Das Ellbogengelenk wird von der Aussenseite her mit einer Kanüle punktiert, mit Flüssigkeit gefüllt und das Arthroskop eingeführt. Während des Eingriffs wird das Gelenk kontinuierlich mit einer Salzlösung gespült. Nach der Spiegelung wird die Spüllösung abgesaugt und die Einstichstellen werden vernäht. Der angelegte Verband wird meist nach 24 Stunden gewechselt, die Fäden sollten nach 10 Tagen durch den Hausarzt entfernt werden. Nach der Operation wird dem Patienten gezeigt, welche Bewegungsübungen erlaubt sind. Nach der Entlassung aus dem Spital müssen diese selbständig weiter geübt werden. Der Spitalaufenthalt beträgt in der Regel 1 bis 5 Tage.

Prognose

Die Ergebnisse einer Arthroskopie sind abhängig von Art und Ausmass der Gelenkschädigung. Blockierungen, welche freie Gelenkkörper oder verdickte Schleimhautfalten verursachen, verschwinden in der Regel nach der Operation. Beim «Tennisellbogen» wird in ca. 80% der Fälle eine Verbesserung erzielt, wobei aber lediglich 50% vollständig schmerzfrei werden. Bei Bewegungseinschränkungen wird in über 90% der Fälle das Bewegungsausmass verbessert und stabilisiert.

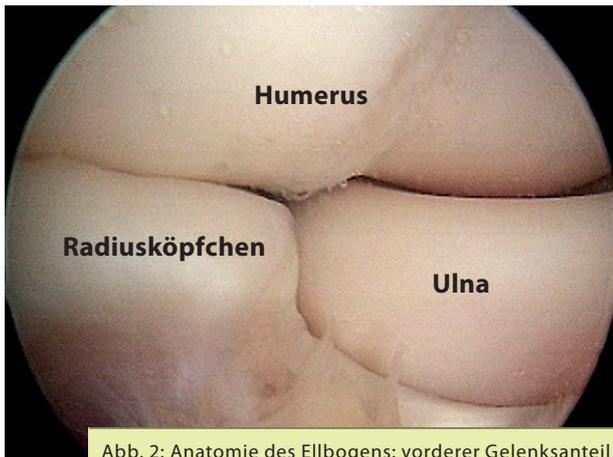


Abb. 2: Anatomie des Ellbogens: vorderer Gelenksanteil

Bei fortgeschrittener Arthrose, jahrelanger Bewegungseinschränkung oder früheren Eingriffen sind die Erfolgsaussichten reduzierter. Bei einer Knorpelabnützung (Arthrose) werden die Beschwerden durch das Abtragen des veränderten Gewebes (Osteophyten) sowie einer gründlichen Gelenkspülung vorübergehend gelindert; für wie lange hängt vom Ausmass der vorhandenen Schädigung ab. Die Knorpelschädigung bleibt jedoch bestehen und damit eventuell auch ein Teil der Schmerzen. Der Knorpel kann mit der Operation nicht wiederhergestellt werden. Bei kleineren Knorpelschäden wird versucht, eine Ersatzknorpelbildung einzuleiten, die jedoch nicht mit dem herkömmlichen Gelenkknorpel vergleichbar ist. Eventuell sind weitere/andere Eingriffe nötig. Bei der Entfernung der Gelenk-Innenhaut (Synovektomie) sind für den weiteren Verlauf die Begleittherapie und der Zeitpunkt der Operation entscheidend. Bei einer bakteriellen Infektion sollte der Eingriff so früh wie möglich und gleichzeitig mit einer antibiotischen Therapie erfolgen. Bei nicht bakteriellen entzündlichen Erkrankungen (z.B. Polyarthritiden) muss die entzündungshemmende Therapie (Basistherapie) fortgesetzt werden. Ca. 93% der Patienten haben im Kurzzeitverlauf ein gutes bis sehr gutes Ergebnis. Im Langzeitverlauf können wie bei der Arthrose erneut Beschwerden auftreten. Weitere operative Eingriffe, sogar Gelenkersatzoperationen, sind nicht auszuschliessen.

Mögliche Risiken

Es bestehen die üblichen Risiken eines operativen Eingriffs wie Blutgerinnelbildung mit möglichem Gefässverschluss (Thrombose/Embolie), Bluterguss, Herz-/Lungen-/Kreislaufkomplikation und Medikamenten-/Materialunverträglichkeit. Arthroskopie-spezifische Komplikationen wie Infekt, (vorübergehende) Nervenschädigung, Bewegungseinschränkung oder gelenknahe Verkalkungen sind selten (< 5%).

Universitätsklinik Balgrist
Orthopädie

Schulter & Ellbogen

Forchstrasse 340
CH-8008 Zürich

Sprechstunde
Montag und Mittwoch

T +41 44 386 30 12
F +41 44 386 30 09

schulter_ellbogen@balgrist.ch