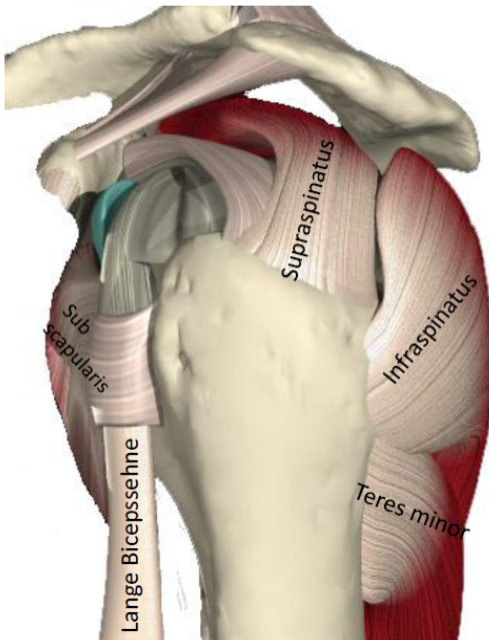


Eingriffe bei Rotatorenmanschettenläsionen

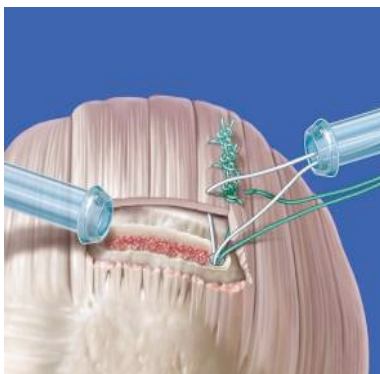


Als Rotatorenmanschette wird die Sehnenhaube um den Oberarmkopf bezeichnet. Sie setzt sich aus den Sehnen des Musculus subscapularis, supraspinatus, infraspinatus und teres minor zusammen. Diese Sehnen können im Rahmen einer Schulterprellung oder als Folge einer chronischen Überlastung reißen. Dabei löst sich die Sehne von ihrer Verankerung am Oberarmknochen ab. Gleichzeitig kann durch diesen Vorgang die lange Bicepssehne, welche im Schultergelenk ansetzt, gereizt und abgenützt werden. Dies führt oft zu schwer therapierbaren Schmerzen, die in den Oberarm ausstrahlen. Generell klagen die Patienten/innen auch über Nachtschmerzen. Der Patient/die Patientin verspürt auch einen Kraftverlust und eine Bewegungseinschränkung in der Schulter

Sehnennaht

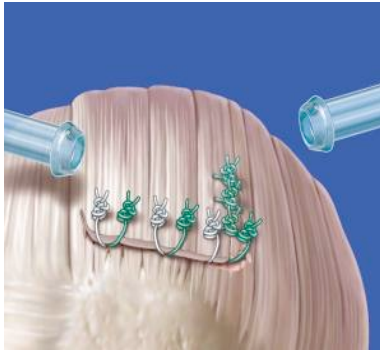
Ein Sehnenabriss als Folge einer Schulterprellung sollte nach dem heutigen Stand des Wissens zeitnah operiert werden. Bei längerem Zuwarten kann sich die Sehne weiter verkürzen, was die Operation dann sehr erschwert.

Bei einem chronischen, nicht durch einen Unfall ausgelösten Sehnenriss wird meist versucht, durch Physiotherapie die Beschwerden zu lindern. Gelingt dies nicht, empfehlen wir die Operation. Dabei muss aber geprüft werden, ob der zur Sehne gehörende Muskelbauch als Folge nicht schon weitgehend abgebaut und verfettet ist. Findet sich im Muskelbauch mehr Fett als Muskel, wird eine Wiederbefestigung der Sehne an den Knochen mit grosser Wahrscheinlichkeit wieder ausreißen.



Das Wiederbefestigen einer abgerissenen Rotatorenmanschettensehne führen wir meist anhand einer Schultergelenkspiegelung (Arthroskopie) durch. Hierbei werden über kleine Schnitte eine Kamera und Instrumente in das Gelenk eingebracht. Der eigentliche Sehnenriss kann so gut dargestellt und repariert werden. Dabei kommen mit Fäden armierte Knochenanker zur Anwendung. Diese Anker werden am ursprünglichen Sehnenansatz in den Knochen eingebracht. Die am Anker befestigten Fäden werden mit speziellen Instrumenten durch die Sehne durchgestochen

und über der Sehne verknötet. Dadurch gelingt es, die abgerissene Sehne am Knochen zu befestigen.



Im Weiteren wird während der Operation die lange Bicepssehne begutachtet. Ist diese stark abgenützt und entzündlich verändert muss sie während dem Eingriff durchtrennt werden. Da der Bicepsmuskel über eine weitere Sehne am Schultergürtel befestigt ist, resultiert dadurch kein wesentlicher Kraftverlust. Manchmal kann es aber zu einer kleinen Vorwölbung des Muskels oberhalb des Ellenbogens kommen. Möchte man ein kosmetisch ansprechenderes Resultat, kann die Bicepssehne nach Durchtrennung auch wieder am Oberarmkopf befestigt werden.

In gewissen Fällen muss eine offene Operation über einen circa 5 cm langen Hautschnitt durchgeführt werden. Das offene Verfahren kommt eher bei grossen Rissen mit bereits weit in das Gelenk zurückgezogenen Sehnenstümpfen zur Anwendung.

Nach einer Rotatorenmanschettennaht muss die Schulter in der Regel sechs Wochen in einem Abspreizkissen ruhiggestellt werden. In dieser Zeit wird der Arm nur passiv durchbewegt. Danach darf die Schulter wieder aktiv beübt werden. Nach drei Monaten ist die Naht soweit verheilt, dass die Muskulatur mit spezifischen Übungen wieder gekräftigt werden kann.

Débridement („Putzen“)

Bei einer schlechten Muskelqualität mit weitreichender Verfettung kann keine Naht der abgerissenen Sehnen durchgeführt werden. Hier kann aber ein sogenanntes Débridement angeboten werden, wobei abgerissene Sehnen abgetragen und entzündliche Gelenksanteile entfernt werden. Dadurch können Schmerzen oft reduziert werden, was auch oft eine Verbesserung der Schulterfunktion mit sich bringt. Ebenso kann die Sehne nur débridiert (= „geputzt“) werden, wenn ein nur ein kleiner Teilriss der Rotatorenmanschette vorliegt.

Nach einem Débridement wird die Schulter während ein paar Tagen in einer Schlinge ruhiggestellt. Danach darf der Arm sofort bewegt werden.

Sehnentransfer

In seltenen Fällen führen wir bei einem nicht reparierbaren Eingriff der Rotatorenmanschette ein Sehnentransfer durch. Dabei wird oft die Sehne des breiten Rückenmuskels (latissimus dorsi) verwendet. Die Sehne wird an ihrem Ansatz am Oberarmknochen abgesetzt und in den Defekt an der Rotatorenmanschette hineingeschwenkt. Dadurch kann die Schulterfunktion gebessert aber nicht vollends wieder hergestellt werden.

Risiken und Prognose

Nach einer Naht der Rotatorenmanschette kann es zu einem Wiedereinreissen (Reruptur) der Sehne kommen. Wird eine Sehne repariert beträgt dieses Risiko ca. 10-15%, werden zwei Sehnen repariert bis zu 40-60%. Eine Reruptur muss aber nicht unbedingt Beschwerden machen. Im Weiteren kann die Schulter nach der Operation steif werden, welche sich aber in den allermeisten Fällen von selbst löst. In ca. 5 % der Fälle muss die Schulter aber in einem Zweiteingriff chirurgisch mobilisiert werden. Sehr seltene Komplikationen sind Infekte oder Gefäss- und Nervenschäden. Die Operation bringt in 80-90% der Fälle eine deutliche Verbesserung der Schmerzen. Der Arm kann auch oft besser bewegt werden. Oft bleibt aber ein gewisses Restdefizit in der Funktion bestehen.

© Copyright 2013 · Dr. med. Andreas Müller

Gelenkzentrum Basel · Bethesda Spital Basel · Gellertstrasse 144 · 4052 Basel

www.gelenkzentrum.ch/