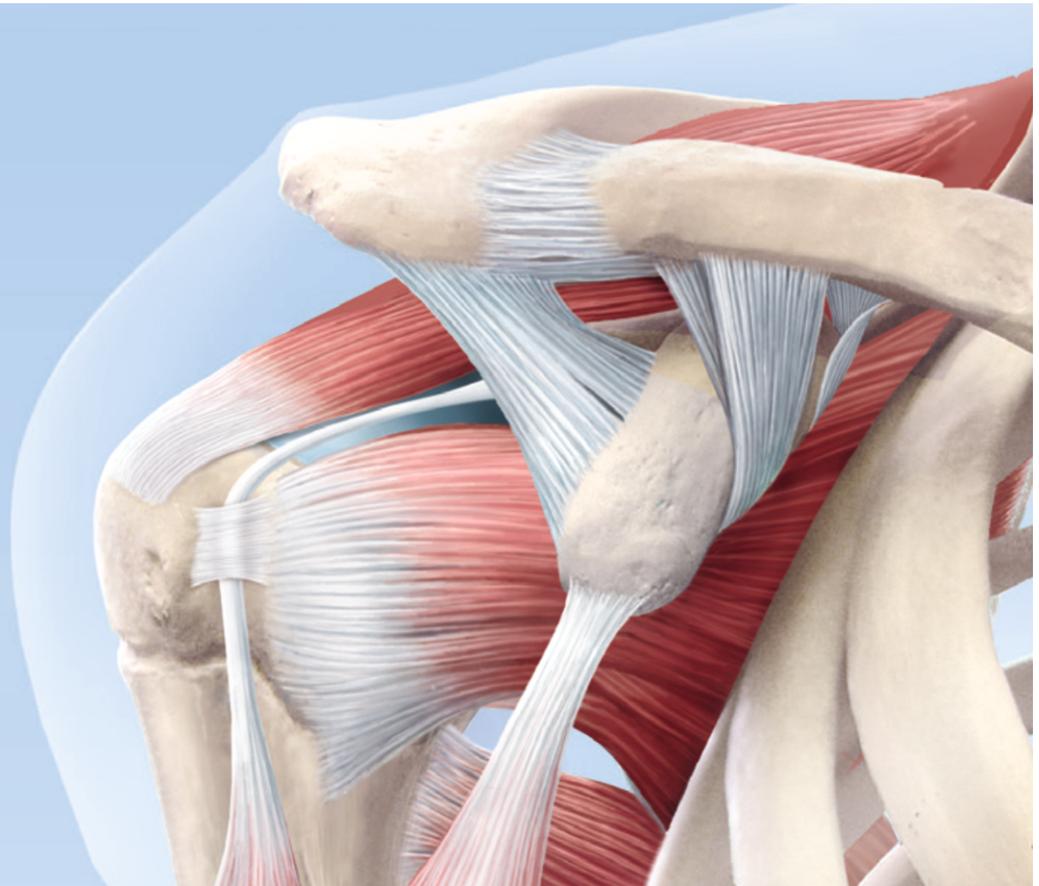


Schulter

Rekonstruktion Rotatorenmanschette

Sehnenverletzung / Ruptur der Sehnenmanschette



Liebe Patientin, lieber Patient

Das Schultergelenk ist ein sehr wichtiges Gelenk des menschlichen Körpers. Seine einzigartige Anatomie gibt ihm eine extreme dreidimensionale Beweglichkeit. Sind das filigrane Zusammenspiel und die Integrität der wichtigen anatomischen Strukturen gestört, kann dies zu Schmerzen und zu erheblichen Einschränkungen der Schulterfunktion führen. In solchen Fällen ist eine kompetente Behandlung sehr wichtig.

Seit vielen Jahren konzentriere ich mich ausschliesslich auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit den unterschiedlichsten Schulterproblemen. Diese langjährige klinische und chirurgische Erfahrung, zusammen mit dem Wissen der komplexen Anatomie und deren Pathologien, lassen mich dieses faszinierende Gelenk immer mehr verstehen. Von diesem Verständnis sollen alle meine Patientinnen und Patienten profitieren.

Damit Sie bestens betreut werden können, ist es wichtig, dass Sie selbst gut über Ihre zugrundeliegende Schulterproblematik und die anstehende Behandlung informiert sind. Dies ist das Ziel dieser Broschüre. Sie enthält grundlegende Informationen über das Krankheitsbild, die Behandlungsmöglichkeiten und Näheres zum geplanten Eingriff.

Bitte lesen Sie die Broschüre in Ruhe durch. Wenn Sie etwas nicht verstehen oder genauer wissen wollen, zögern Sie nicht, sich an mich zu wenden. Ich werde Ihre Fragen gerne beantworten.

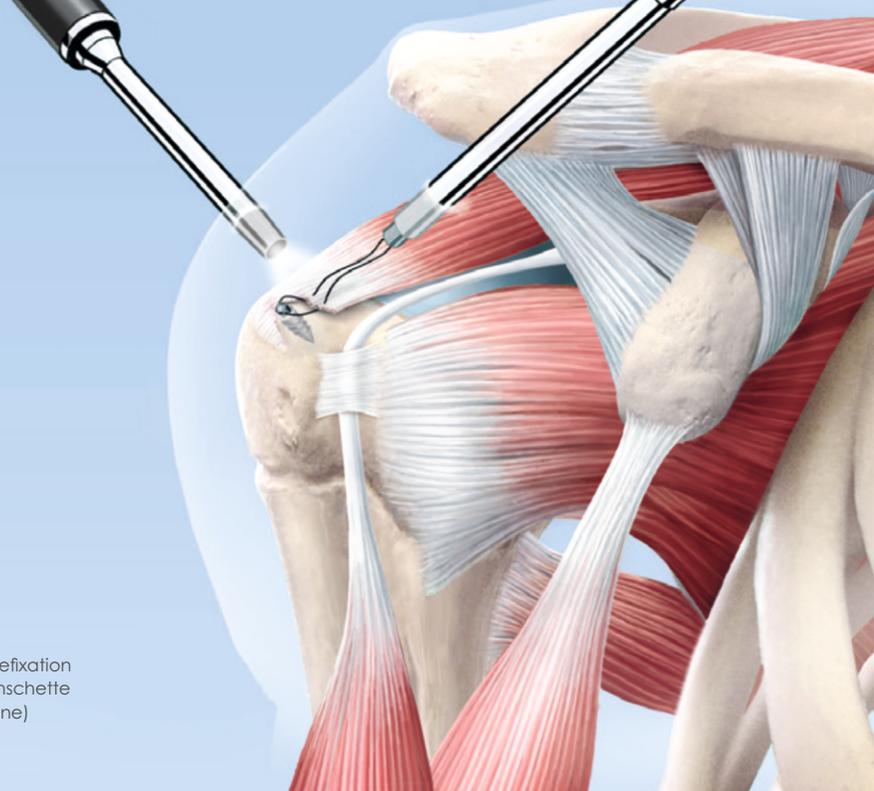
Ihr



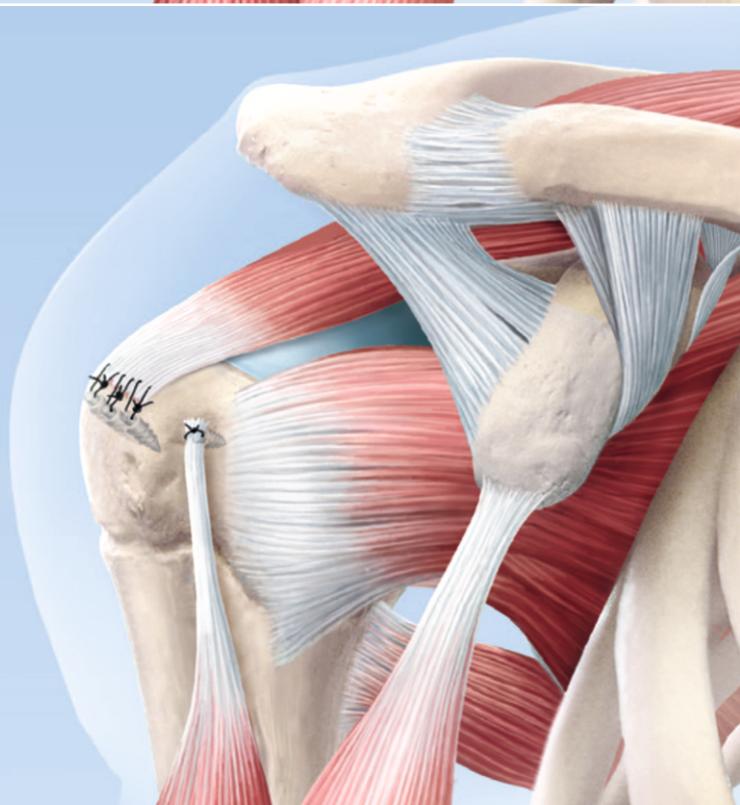
Dr. med. Markus Pisan

Facharzt Orthopädie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, FMH





Arthroskopische Refixation der Rotatorenmanschette (Supraspinatussehne)



Nach Refixation der Sehne mit Nahtankern und begleitender Fixation (Tenodese) der langen Bizepssehne

Ruptur der Rotatorenmanschette

Wozu dient die Rotatorenmanschette?

Die Rotatorenmanschette setzt sich aus vier Sehnen zusammen. Die dazugehörigen Muskeln entspringen am Schulterblatt und vereinigen sich in ihrem sehnigen Ansatz am Oberarmkopf. Diese Sehnenmanschette stabilisiert den Oberarmkopf in der Schultergelenkpfanne und bewegt den Oberarm in Relation zum Schulterblatt.

Wie kann die Rotatorenmanschette reissen?

Die Sehnen der Rotatorenmanschette unterliegen im Laufe des Lebens einer gewissen Abnutzung bzw. Degeneration. Das Ausmass ist teils eine Frage der Veranlagung, teils hängt es von der Belastung der Schultergelenke in Beruf oder Sport ab. Diese Veränderungen geschehen oft schleichend und bleiben lange unbemerkt. Beim Reißen einer oder mehrerer Sehnen, spontan oder durch einen Unfall, kommt es schliesslich zu Schmerzen und einem Funktionsverlust. Nur selten ist eine Verletzung der Rotatorenmanschette rein unfallbedingt.

Muss bei einer Verletzung der Rotatorenmanschette operiert werden?

Nicht jede Verletzung der Rotatorenmanschette macht eine Operation erforderlich. Dies hängt zum einem vom Ausmass der Verletzung und zum anderen von den Symptomen ab. Bei sehr kleinen Verletzungen ist eine Rekonstruktion oftmals nicht nötig, bei sehr ausgedehnten Verletzungen oftmals nicht mehr möglich. Teilweise kann mit Physiotherapie und analgetischen Massnahmen wie Medikamenten oder Infiltrationen eine Beschwerdelinderung erreicht werden. Bei anhaltenden Schmerzen und reparabler Verletzung empfiehlt sich eine chirurgische Rekonstruktion. Das Ziel der Operation ist die Wiedererlangung der normalen schmerzfreien Schulterfunktion.

Wie verläuft die Operation?

In der Regel wird die Rekonstruktion der Sehnenmanschette arthroskopisch vorgenommen. In speziellen Situationen ist gelegentlich ein offenes Vorgehen notwendig. Dabei werden die gerissenen Sehnen zunächst mobilisiert und dann mit Hilfe von Faden und Anker an ihrem ursprünglichen Ansatz refixiert.

Begleiteingriffe

Durch Reduktion des knöchernen Schulterdaches (Acromioplastik) und Entfernung des entzündeten Schleimbeutels (Bursektomie) schafft man im Bedarfsfall genügend Platz unter dem Schulterdach, um die Sehne zu entlasten und dadurch eine ungestörte Einheilung zu ermöglichen.

Das AC-Gelenk bildet die Verbindung zwischen dem Schulterdach und dem Schlüsselbein. Bei entzündlichen Veränderungen oder fortgeschrittener Abnutzung (Arthrose) kann es auch hier zu belastungsabhängigen Schmerzen sowie einer schmerzhaften knöchernen Prominenz kommen.

Bei der arthroskopischen Resektion des AC-Gelenks werden ca. 5–7 mm des Schlüsselbeins entfernt und allfällige Verknocherungen abgetragen.

Eine Verletzung oder Instabilität der langen Bizepssehne kann begleitend zu einer Rotatorenmanschettenruptur vorkommen bzw. diese teilweise mitbedingen. Verletzungen treten typischerweise im Bereich der Aufhängung (SLAP-Läsion) oder im Bereich der Umlenkung auf. Hier kann entweder die Aufhängung stabilisiert werden (SLAP-Refixation), die Sehne in ihrem knöchernen Tunnel fixiert und der durchs Gelenk verlaufende Anteil entfernt werden (Bizepsstenodese) oder lediglich ein Absetzen der Sehne ohne Fixation erfolgen. (Bizepsstenotomie).

Wie geht es nach der Operation weiter?

Je nachdem, welche Sehne betroffen ist bzw. rekonstruiert wurde, wird der operierte Arm für 6 Wochen auf einer Schulterschiene abgespreizt vom Körper (Abduktionsschiene) oder in einer Armschlinge (Mitella) bzw. einer 0°-Rotationsschiene ruhigestellt. Meist darf die Schulter während dieser Zeit bereits passiv und/oder aktiv assistiert aus der Schiene mobilisiert werden, entweder eigenständig oder im Rahmen einer Physiotherapie. Nach 6 Wochen fängt die aktive Phase der Therapie an, jedoch noch ohne Widerstand. Nach 3 Monaten beginnen der dosierte Kraftaufbau und der schrittweise Übergang zur Vollbelastung. Sportliche Aktivitäten, v.a. im Überkopfbereich, sollten für mindestens 6 Monate unterlassen

Postoperative Ruhigstellung auf der Abduktionsschiene



werden. Die Hautfäden, sofern vorhanden, können nach 10–14 Tagen im Rahmen einer Wundkontrolle vom Hausarzt entfernt werden. Die Arbeitsunfähigkeit kann je nach Ausmass der Operation und Art der Tätigkeit zwischen ca. 6 Wochen und 6 Monaten variieren.

Was sind die Risiken der Operation?

Zu den Operationsrisiken gehören Infektionen (< 1 %), Einblutungen (Hämatome) sowie Nervenverletzungen durch Zug am Arm während der Operation, im Rahmen der Anästhesie oder (seltener) durch Instrumente (< 1 %). Dies kann zu temporären Gefühlsstörungen und Schwäche führen. In etwa 5 % der Fälle entwickelt sich eine Schultersteife (reaktive Capsulitis). Dies ist eine Erkrankung, die zumeist bei einer gewissen Prädispo-

0°-Rotationsschiene



sition auftritt, nahezu immer selbstlimitierend verläuft, aber zu einer Verzögerung der Rehabilitation führen kann.

Bis die Sehne nach einer Rekonstruktion ihre volle Belastbarkeit erreicht hat, dauert es 6–8 Monate. Bei einem erneuten Trauma wie z.B. einem Sturz oder vorzeitiger Belastung kann sie erneut reissen.

Bei sehr ausgedehnten Verletzungen mit stark verkürzter Sehne oder bereits stark verminderter Sehnenqualität kann es auch spontan zu einer Ruptur kommen. Je nach Alter des Patienten und Ausmass der ursprünglichen Verletzung beträgt das Risiko dafür ca. 10–50 %. Eine solche Ruptur muss jedoch nicht zwingend Beschwerden verursachen oder eine weitere Operation notwendig machen.

Wie sind die Erfolgsaussichten?

Sie sind von Verletzungsausmass, Alter und Begleiterkrankungen abhängig. In der Regel kommt es zu einer zuverlässigen Schmerzlinderung und einer Wiederherstellung der Funktion. Eine leichte Einschränkung der Beweglichkeit sowie ein Kraftdefizit können allerdings bestehen bleiben.



Dr. med. Markus Pisan

Facharzt Orthopädie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, FMH

Schulterchirurgie

Gelenkzentrum Winterthur AG
Schickstrasse 11
8400 Winterthur

T +41 52 266 12 12
F +41 52 266 12 13
praxis@gzw.ch



gzw.ch