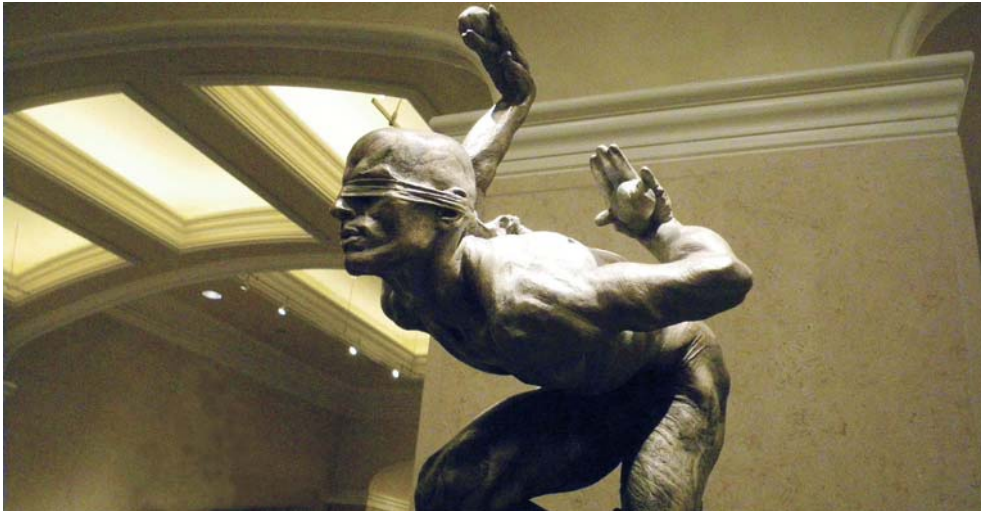


Riss der Rotatorenmanschette

Die RM besteht aus 4 zusammenhängenden Muskeln, die vom Schulterblatt zum Oberarmkopf ziehen und dort mit ihren Sehnen ansetzen (Bild 1+1a).



Riss der Rotatorenmanschette

Schulterchirurgie
Dr. Gernot Aitzetmüller



Bild 1: Grafik, der die Schultergelenkscapsel umgebende Rotatorenmanschettenmuskulatur

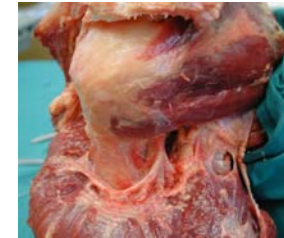


Bild 1a: RM-Muskulatur am Leichenpräparat



Bild 2: Riss der Supraspinatussehne

Die Rotatorenmanschette bewegt den Arm zur Seite und nach oben, dreht ihn nach außen und innen und zentriert den Oberarmkopf in die Schultergelenkspfanne, wodurch der RM eine zentrale Rolle in der Stabilisierung des Schultergelenks zukommt. Durch ein Unfallereignis oder durch zunehmenden Verschleiß infolge hoher mechanischer Beanspruchung kann es zu einem Riss einer oder mehrerer Sehnen kommen (Bild 2). Ob ein Riss der RM operativ behandelt werden sollte, hängt von zahlreichen Faktoren ab und ist daher sehr individuell von einem Schulter spezialisten zu entscheiden.

Behandlungsziel

Ziel der operativen Behandlung ist die Wiedererlangung der Kraft und der Beweglichkeit sowie die Schmerzausschaltung. Mit den uns heute zur Verfügung stehenden modernen Operationstechniken können nahezu alle Risse in arthroskopischer Technik (Schlüssellochchirurgie) behandelt werden. Daraus ergeben sich zahlreiche Vorteile für den Patienten gegenüber der offenen Operationstechnik, wie : kaum sichtbare Narben, geringere Schmerzen, Schonung von nicht verletztem Weichteil- und Knochengewebe, Erkennen von krankhaften Veränderungen, die der offenen Chirurgie verborgen bleiben, raschere Rehabilitation und dadurch früheres Wiedererlangen der Berufs- und Sportfähigkeit. Hat sich die gerissene Sehne soweit zurückgezogen, dass sie nicht mehr an den Oberarmkopf fixiert werden kann und hat sich der dazugehörige Muskel zurückgebildet, so kann er durch einen Muskel-/Sehnentransfer ersetzt werden (Bild 9-12 & Bild 13). Beim älteren Patienten (in der Regel älter als 70 Jahre) und/ oder gleichzeitig bestehender starker Knorpelschädigung am Schultergelenk ist der Implantation einer sog. inversen Schulterprothese der Vorzug zu geben.

Arthroskopische Operationstechnik (Bild 3-8)

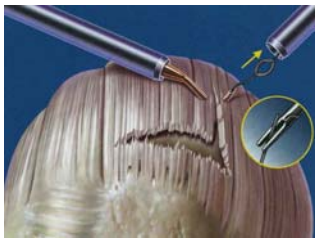


Bild 3 und Bild 3a: Seit-zu-Seit-Naht eines Sehnenrisses

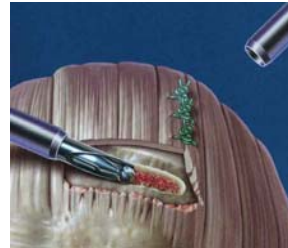


Bild 4: Anfrischen des Knochens mittels Knochenfräse

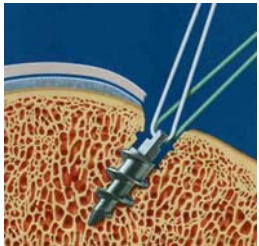


Bild 5: Fadenanker aus Titan im Knochen versenkt



Bild 6



Bild 7

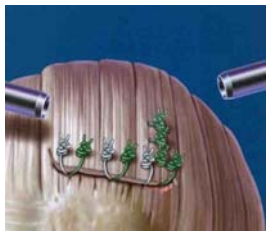


Bild 8

Bild 6-8: schrittweises Annähen der gerissenen Sehne an den Knochen

Latissimus Dorsi-Transfer (Bild 9-12)

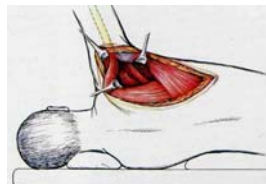


Bild 9

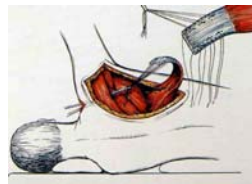


Bild 10



Bild 11

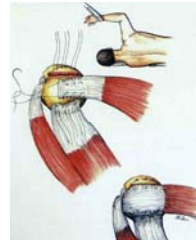


Bild 12

Bild 9-12: Einnähen des Latissimus-dorsi-Muskels in einen hinteren Sehndefekt der RM

Pectoralis Major-Transfer (Bild 13)



Bild 13: Einnähen des Pectoralis-major-Muskels in einen vorderen Sehndefekt der RM



Bild 14

Der Krankenhausaufenthalt beträgt für die arthroskopische Rotatorenmanschette-Naht 5-6 Tage und für den Muskeltransfer ca. 1 Woche.

Nachbehandlung

Nach einer RM-Rekonstruktion wird der Arm für 4-6 Wochen tagsüber und für insgesamt 6 Wochen nachts in einem Schulterabspreizverband ruhiggestellt (Bild 14). Der Verband wird über der Kleidung und nicht direkt an der Haut am Körper getragen (hygienischer Vorteil!) und darf zur Körperhygiene und zur Heilgymnastik abgenommen werden. Mit einer passiven HG wird bereits am ersten Tag nach der Operation begonnen, unterstützt durch Kühlung, Lymphdrainage und Massage. In den darauffolgenden Wochen wird eine dem jeweiligen Fortschritt des postoperativen Krankheitsverlaufes angepasste Physiotherapie durchgeführt. Mit einer aktiven HG wird in der Regel ab der 7. postoperativen Woche begonnen. Ein etwa 3-wöchiger Aufenthalt in einer Reha-Klinik während der aktiven Heilgymnastikphase wird empfohlen, um die Heilung und Regeneration der operierten Sehne optimal zu gewährleisten.

Arbeitsunfähigkeit

Bei Büro-, Lehr-, Management- oder ähnlichen Tätigkeiten ist die Rückkehr in den Arbeitsprozess nach 3-6 Wochen realistisch. Patienten mit Muskeltransfer sollten eine Arbeitsunfähigkeit von 3 Monaten einplanen. Bei Patienten mit schwerer körperlicher Arbeit ist die volle Rehabilitationszeit von 5-6 Monaten einzuplanen. Autofahren kann nach 6-8 Wochen erfolgen.

Sportfähigkeit

In Abhängigkeit von der Sportart ist das sportartspezifische Training nach ca. 3 Monaten, bei Muskeltransfers nach ca. 6 Monaten wieder aufzunehmen. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen sind zur Feststellung von Bewegungs- und Kraftdefiziten erforderlich und um das Trainingsprogramm entsprechend modifizieren zu können.

Kontakt/ Terminvereinbarung:

unter der Telefonnummer
oder per e-mail:

0732 7675-348

fb.ebene3.linz@diakoniewerk.at