

Rotatorenmanschettenriss

Krankheitsbild und typische Beschwerden:

Mit zunehmendem Alter kommt es häufiger zu verschleißbedingten Rissen der sog. Rotatorenmanschette: Am häufigsten ist die sog. Supraspinatussehne betroffen. Unfallbedingte Sehnenrisse sind insgesamt seltener. Typische Beschwerden sind Schmerzen, insbesondere auch nachts, häufig tritt ein Kraftverlust hinzu. In fortgeschrittenen Stadien kann eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung eintreten. Problematisch sind länger bestehende Sehnenrisse, da sich die Sehnenenden dann zurückziehen, was eine operative Rekonstruktion erschwert, unmöglich macht oder mit einem deutlich schlechteren funktionellen Ergebnis einhergeht.

Diagnosestellung:

Neben der Untersuchung der Schulter und Röntgenbildern zum Ausschluß anderer Erkrankungen kann die Diagnose letztlich durch eine Kernspintomographie (MRT) gestellt werden (s. Abb. 1). Hier kann auch abgeschätzt werden ob eine Sehennaht noch möglich bzw. sinnvoll ist.

Behandlung:

Grundsätzlich ist, insbesondere bei Sehneteiltrissen, eine konservative Therapie mit Krankengymnastik und entzündungshemmenden Medikamenten möglich. Therapie der Wahl ist jedoch die operative Rekonstruktion der Sehne(n), da hierdurch mit ca. 80-90%iger Wahrscheinlichkeit eine Beschwerdeverbesserung erzielt werden kann und insbesondere auch die Langzeitfolgen wie die Entwicklung eines rissbedingten Schultergelenkverschleisses vermieden werden können.

Liegt in der Kernspintomographie ein nicht rekonstruierbarer Riss vor so bestehen 3 Optionen: das Belassen der Situation, eine arthroskopische Operation zur Linderung der Schmerzen oder bei fortgeschrittener Situation mit Verschleiss des Schultergelenks und deutlichem Funktionsverlust die Implantation eines künstlichen Schultergelenkes (sog. inverse Schulterprothese, s. dort).

Operation/ Komplikationen/ Nachbehandlung:

Bei der Operation wird der Raum unter dem Schulterdach erweitert, der Schleimbeutel entfernt und die Sehne arthroskopisch (in Schlüssellochtechnik), gelegentlich auch offen wieder am Oberarmknochen fixiert (Abb. 2). Mögliche Komplikationen sind die Infektion, Wundheilungsstörungen, eine Bewegungseinschränkung, ein verbleibendes Kraftdefizit, ein erneuter Sehnenriss sowie der Verbleib von Restbeschwerden. Die Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgt am 3. Tag nach der Operation. Die Schulter wird für 4 Wochen in einer Schulter,-Armschlinge ruhiggestellt und aus der Schlinge heraus entsprechend einem von uns mitgegeben Nachbehandlungsschema krankengymnastisch beübt. Bis zur kompletten Beschwerdefreiheit können 4-6 Monate vergehen.

Arbeitsfähigkeit:

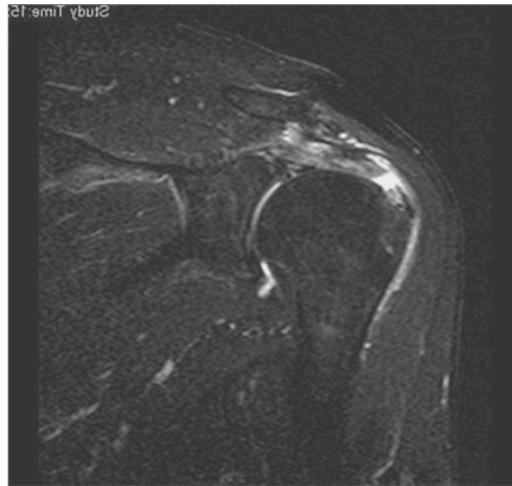
Für sitzende Tätigkeiten besteht je nach Schmerzen nach 3-4 Wochen Arbeitsfähigkeit. Schulterbelastende Tätigkeiten können erst nach 3-4 Monaten wieder aufgenommen werden.

Sport:

Joggen und Fahren auf dem Ergometer sind nach 6-8 Wochen möglich. Schulterbelastende Sportarten sollten erst nach ca. 4-5 Monaten bzw. kompletter Beschwerdefreiheit durchgeführt werden.



Normalbefund



Sehnenriss

Abb. 1: Kernspintomographie (MRT) einer gesunden (links) und einer gerissenen (rechts) Supraspinatussehne

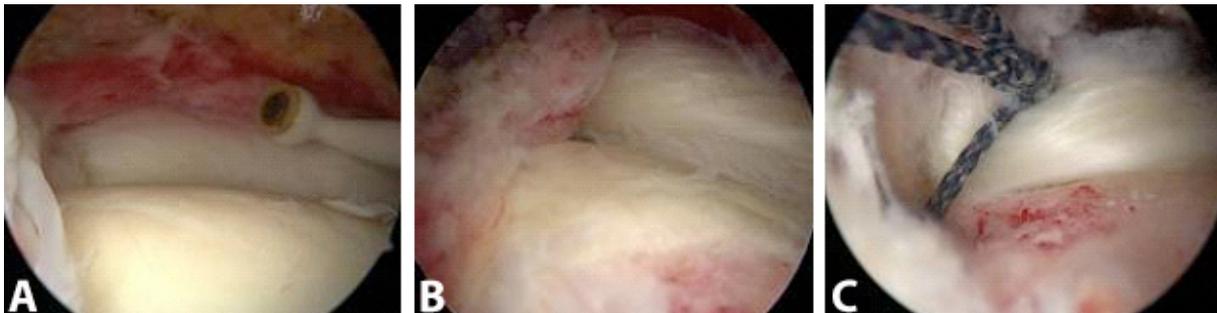


Abb. 2: Arthroskopische Photos einer Supraspinatussehnennaht. A zeigt die freie Sicht von subacromial auf den Oberarmkopf bei großem Riss der Supraspinatussehne. B zeigt den Zustand nach teilweisem Verschluss mit einer Seit-zu-Seit Naht. C zeigt den vollständigen Verschluss des Risses durch zusätzliche Refixation am Oberarmknochen mittels Nahtanker.