

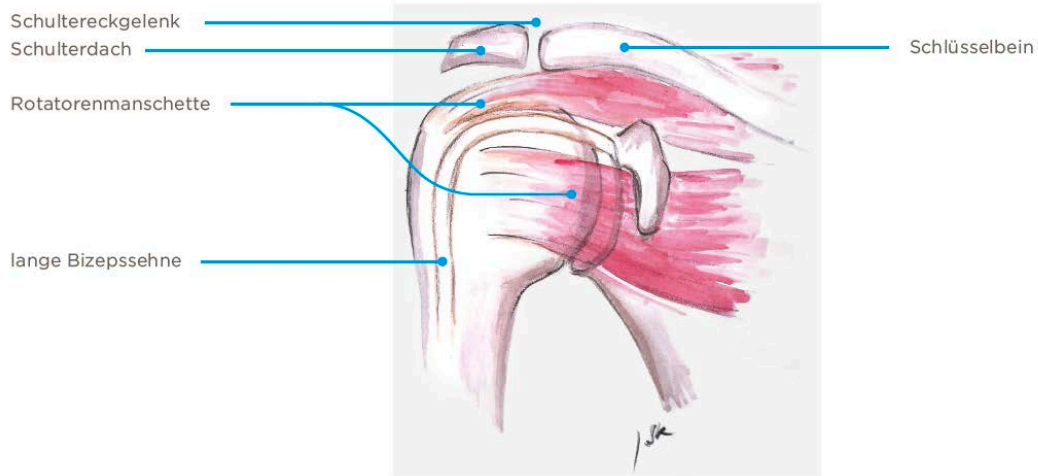
---

# **DIE REFIXATION DER ROTATOREN- MANSCHETTE UND SUBACROMIALE DEKOMPRESSION**

BEI ROTATORENMANSCHETTEN-  
DEFEKT/-RISS UND IMPINGEMENT

---

## ANATOMIE DER SCHULTER

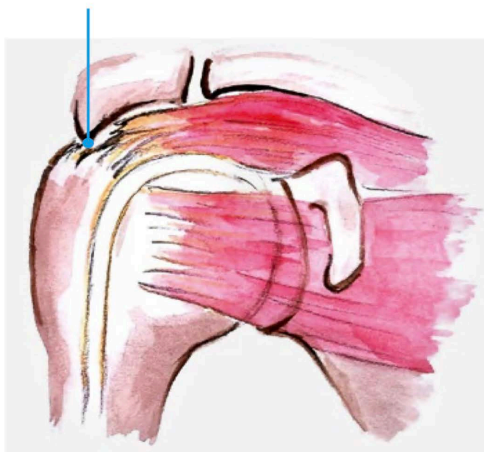


## SYMPTOME

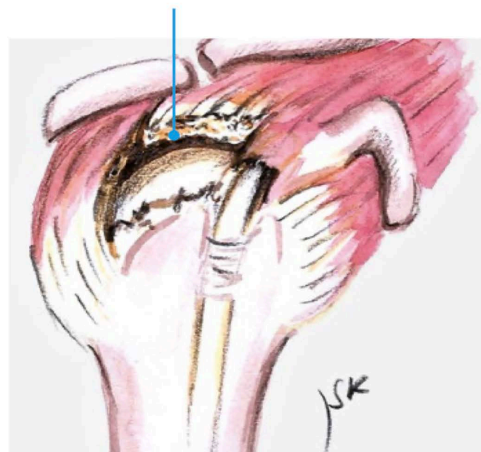
Durch ein Muskelungleichgewicht oder degenerative Veränderungen am Schulterdach kann es zu Einklemmungserscheinungen (Impingement) der Sehnenkappe (Rotatorenmanschette) unter dem Schulterdach kommen. Auch ein arthrotisch verändertes Schulterergelenk kann durch knöcherne Anbauten an dieser Einengung beteiligt sein.

Besteht diese Situation über längere Zeit, kann dies zu einem Schaden an Ihrer Rotatorenmanschette führen.

Impingement



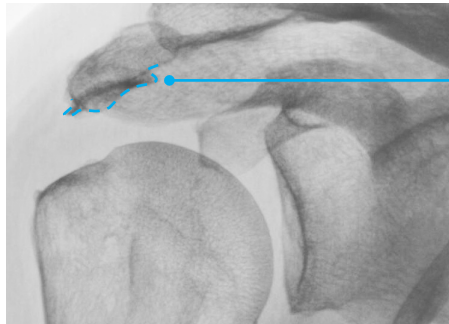
Sehnenverletzung



Die Folge sind Schmerzen beim Anheben des Armes und häufig auch Schmerzen in der Nacht. Teilweise können Sie auch unter Ruheschmerzen leiden. Sie werden die Schmerzen typischerweise im seitlichen Oberarm wahrnehmen. Eine akute Verletzung der Rotatorenmanschette kann auch durch einen Unfall (z. B. Sturz) entstehen. Häufig fällt dann ein Kraftverlust auf.

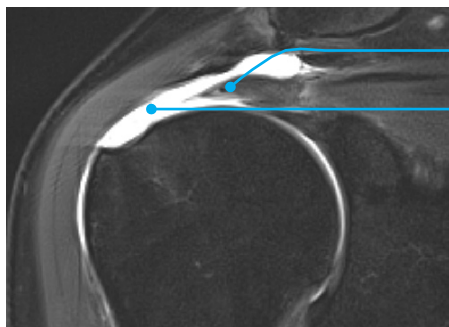
## UNTERSUCHUNG

Durch eine gründliche Untersuchung Ihrer Schulter mit Überprüfen der Beweglichkeit sowie die Kraftprüfung der einzelnen Sehnen und durch Provokationstests kann meist bereits eine genaue Diagnose gestellt werden. Durch gezielte Röntgenaufnahmen und eine MRT-Untersuchung (Magnetresonanztomographie) kann dann die Diagnose bestätigt und die Verletzung sichtbar gemacht werden.



knöcherner Anbau Schulterdach

Röntgen: Impingement



Rotatorenmanschette

Sehnendefekt

MRI: Sehnenriss

## BEHANDLUNG

Je nach Ausmass und Entstehungsart Ihrer Verletzung (akut-traumatisch/chronisch), Ihrem Alter und Aktivitätsgrad ist es sinnvoll den Defekt/Riss der Sehne zu nähen bzw. zu refixieren oder konservativ mittels Physiotherapie zu behandeln.

## OPERATION

In der Regel können sowohl das einfache Impingement, als auch Läsionen und Risse der Rotatorenmanschette arthroskopisch, d. h. über kleine Hautinzisionen (Schlüssellochtechnik) behandelt werden. Nur selten gibt es Gründe weshalb wir uns für ein «offenes» Vorgehen (grösserer Hautschnitt) entscheiden.

Die knöchernen Einengung beim Impingement wird mittels einer Spezialfräse abgetragen. Bei Mitbeteiligung des Schulterreckgelenkes wird der Knochen bis unter das äussere Ende des Schlüsselbeines abgeschliffen.

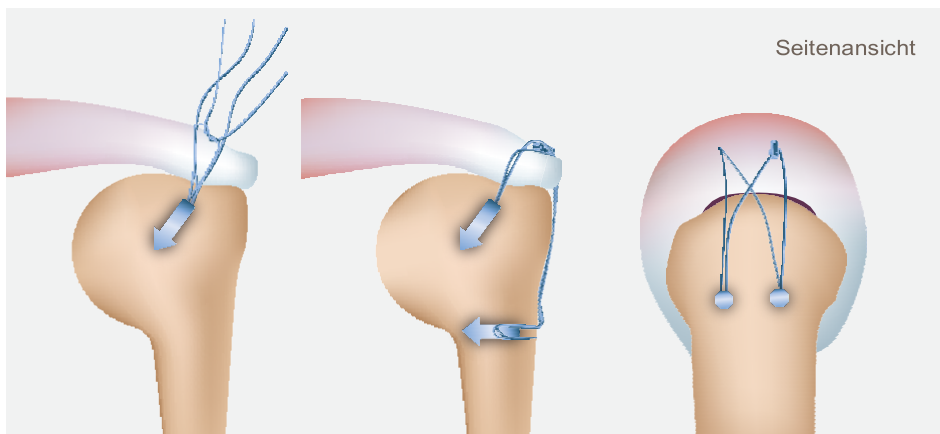
Impingement



nach Abfräsen/Glätten des knöchernen Schulterdaches

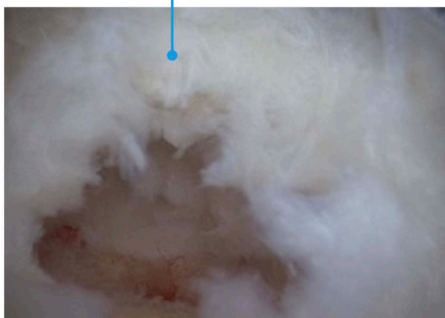


Bei der Naht der Rotatorenmanschette kommen sogenannte Fadenanker zum Einsatz, die in den Oberarmkopf eingebracht werden. Die daran fixierten Fäden werden durch die Sehne gestochen, verknötet und nach unten verspannt, damit die Sehne wieder auf ihren eigentlichen Ansatz aufgepresst wird und einheilen kann.



Naht mit Fadenankern

Rotatorenmanschette



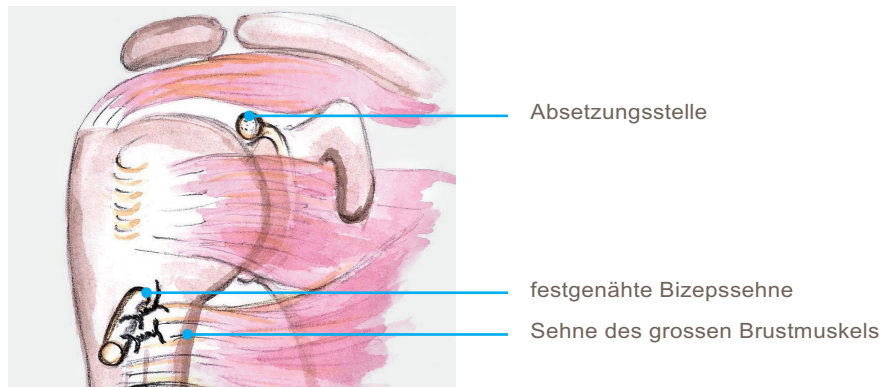
vor der Naht

aufgepresstes Sehnenende



nach der Naht

Falls die lange Bizepssehne von der Verletzung mitbetroffen ist, muss entweder eine alleinige Tenotomie (Sehnedurchtrennung) oder eine Tenotomie und Tenodese (Fixation) über einen zusätzlichen kleinen Hautschnitt am Oberarm durchgeführt werden. Bei der Tenodese wird die lange Bizepssehne zum Sehnenansatz des grossen Brustmuskels vernäht.



Bei einer alleinigen Tenotomie kommt es in ca. 50 % der Fälle zu einem sog. Popeye-Muskel, einer kleinen Vorwölbung am Oberarm, oberhalb der Ellenbeuge. Dies ist in der Regel kein Nachteil für Ihre Schulterbeweglichkeit und Kraft.

## RISIKEN

Sie werden bei uns durch erfahrene Operateure behandelt. Dennoch ist kein Eingriff frei von Risiken oder möglichen Komplikationen. Diese seien hier tabellarisch aufgezählt:

- Wundheilungsstörung
- Gelenksinfektion
- Verletzung von Blutgefässen und Nerven
- Re-Ruptur-Risiko
- Vorrübergehende Schultersteife

## AUFENTHALT

Ihr Arm wird während den ersten sechs Wochen nach der Operation in einer Schlinge oder Weste ruhiggestellt. Seltener wird das Tragen eines Ballonkissens zur Entlastung der Naht notwendig. Sie werden ab dem ersten Tag mit unseren Physiotherapeuten passive und/oder unterstützte Bewegungsübungen aufnehmen und selbständig durchführen. Der Spitalaufenthalt richtet sich primär nach Ihren Schmerzen und dauert Erfahrungsgemäss zwischen zwei und vier Nächten.

## AUSTRITT

Nach Austritt wird die Physiotherapie nahtlos weitergeführt. Dies erfolgt in der Regel ambulant. Die Hautfäden werden nach ca. 10–12 Tagen von Ihrem Hausarzt entfernt. Nach der ersten Kontrolle in unserer Sprechstunde nach sechs Wochen, kann die Schulterweste weggelassen werden. Ebenso wird die Bewegungstherapie kontinuierlich gesteigert. Das Lenken eines Autos ist in der Regel nach ca. 6–10 Wochen wieder möglich. Nach ca. 2–4 Monaten können sie Ihren Arm im Alltag auch mit mittlerer Kraft belasten. Die Physiotherapie zur Verbesserung der Beweglichkeit und der Kraft wird meistens 3–6 Monate nach dem Eingriff weitergeführt.

Sollten sich nach Ihrem Gespräch in unserer Sprechstunde und der Lektüre dieser Broschüre weitere Fragen ergeben, so stehen wir gerne zu Ihrer Verfügung.

## KONTAKT

### SCHULTER-TEAM LEONARDO

Hirslanden Klinik Birshof  
Reinacherstrasse 28  
4142 Münchenstein  
Tel. + 41 61 335 24 32  
schulter.leonardo-ortho@hin.ch



#### **DR. MED. C. BRINKMANN**

Fachärztin FMH Orthopädische  
Chirurgie und Traumatologie des  
Bewegungsapparates  
brinkmann.leonardo-ortho@hin.ch



#### **DR. MED. J. SKARVAN**

Facharzt FMH Orthopädische  
Chirurgie und Traumatologie des  
Bewegungsapparates  
skarvan.leonardo-ortho@hin.ch



#### **DR. MED. A. MERTENS**

Fachärztin FMH Orthopädische  
Chirurgie und Traumatologie des  
Bewegungsapparates  
mertens.leonardo-ortho@hin.ch