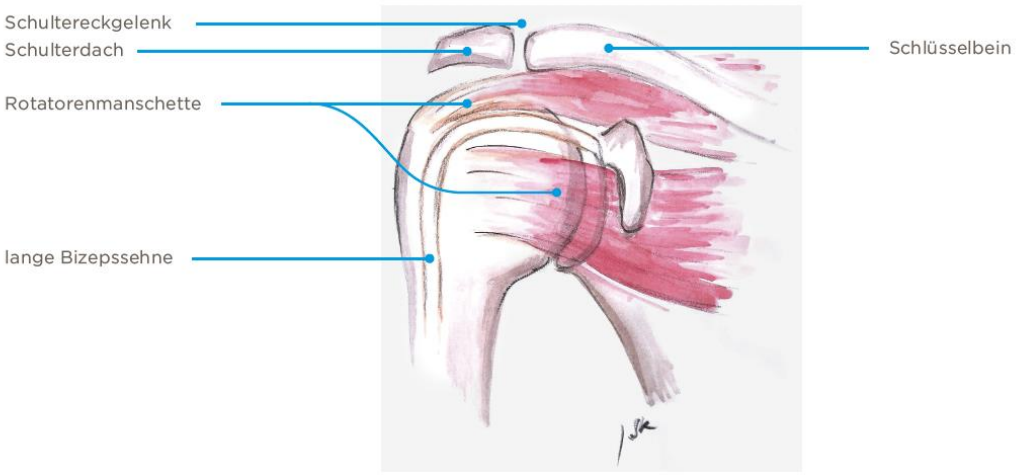
LEONARDO Ärzte für Orthopädie und Traumatologie

REFIXATION DER ROTATORENMANSCHETTE UND SUBACROMIALE DEKOMPRESSION

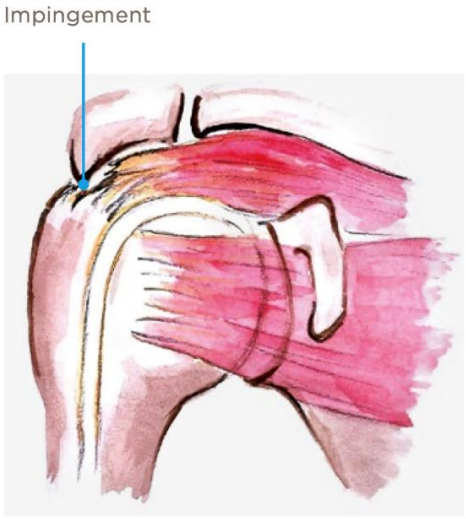
BEI ROTATORENMANSCHETTENLÄSION/-RISS UND IMPINGEMENT

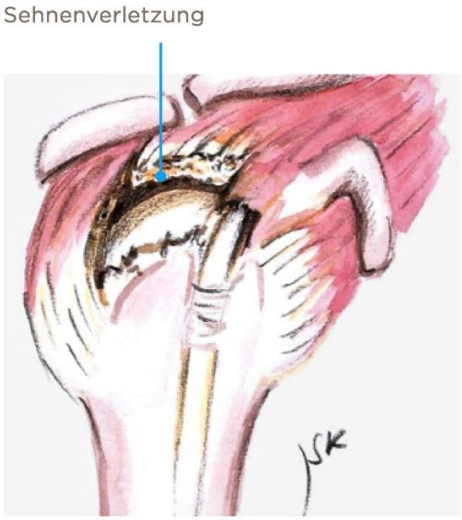
ANATOMIE DER SCHULTER



SYMPTOME

Durch ein Ungleichgewicht der Muskulatur oder degenerative Veränderungen (Abnutzung) am Schulterdach kann es zu Einklemmungserscheinungen (Impingement) der Sehnenkappe (Rotatorenmanschette) unter dem Schulterdach kommen. Auch ein arthrotisch verändertes Schultereckgelenk kann durch knöcherne Anbauten an dieser Einengung beteiligt sein. Besteht diese Situation über längere Zeit, kann dies zu einem Schaden an Ihrer Rotatorenmanschette führen.



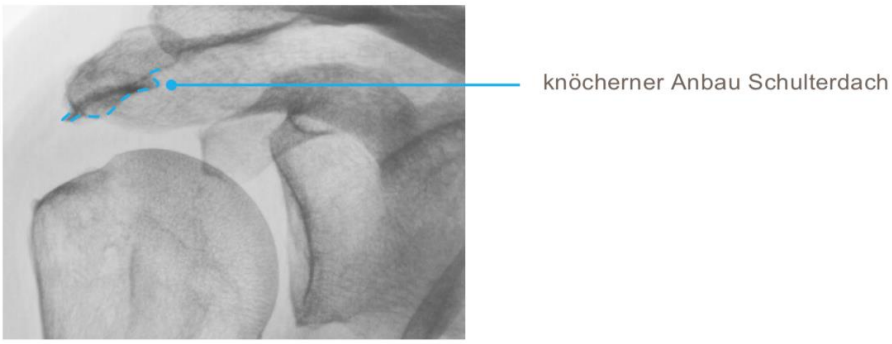


Die Folge sind Schmerzen beim Anheben des Armes und häufig auch Schmerzen in der Nacht.

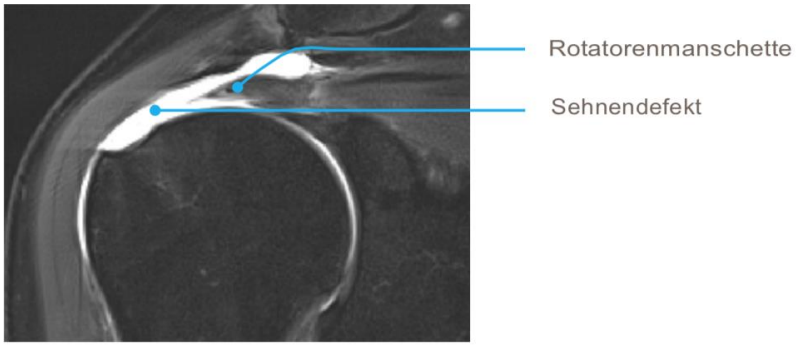
Teilweise können Sie auch unter Ruheschmerzen leiden. Sie werden die Schmerzen typischerweise am seitlichen Oberarm (im Bereich des Deltamuskels) wahrnehmen. Eine akute Verletzung der Rotatorenmanschette kann auch durch einen Unfall entstehen. Häufig fällt dann ein Kraft- bzw. Bewegungsverlust auf.

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 MRI-Untersuchung (Magnetresonanztomographie; auch MRT) kann die Diagnose bestätigt werden.



Röntgen: Impingement



MRI: Sehnenriss

BEHANDLUNG

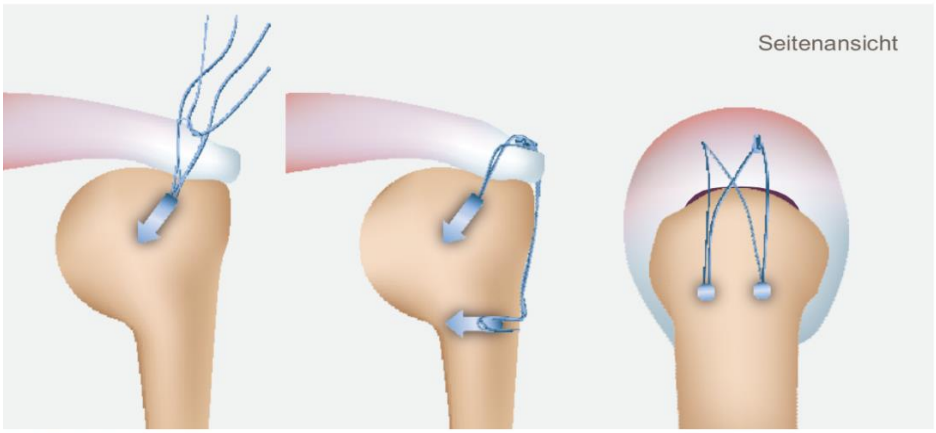
Je nach Ausmass und Entstehungsart Ihrer Verletzung (akut-traumatisch/ chronisch), Ihrem Alter und Aktivitätsgrad ist es sinnvoll den Defekt/Riss der Sehne zu refixieren oder konservativ mittels Physiotherapie zu behandeln.

EINGRIFF

In der Regel können sowohl das einfache Impingement, als auch Läsionen und Risse der Rotatorenmanschette arthroskopisch, d.h. über mehrere kleine Hautinzisionen (Schlüssellochtechnik) behandelt werden. Nur selten ist ein «offenes» Vorgehen (grösserer Hautschnitt) notwendig.

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

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, ggf. verknotet und nach unten verspannt, damit die Sehne wieder auf ihren eigentlichen Ansatz aufgepresst wird und einheilen kann.



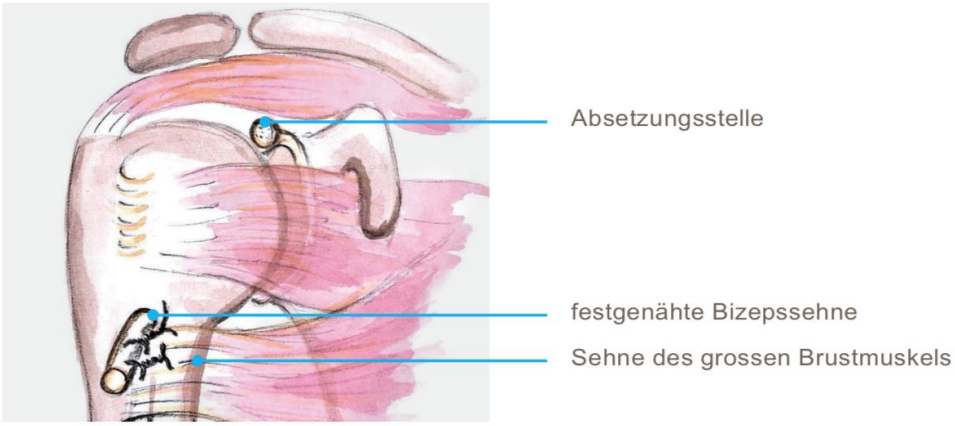
aht mit Fadenankern

vor der Naht

nach der Naht

Falls die lange Bizepssehne von der Verletzung mitbetroffen ist, wird diese versetzt: entweder durch eine alleinige Tenotomie (Sehnendurchtrennung) oder eine Tenotomie und Tenodese (Fixation) über einen zusätzlichen kleinen Hautschnitt am Oberarm. Bei der Tenodese wird die lange Bizepssehne zum Sehnenansatz des grossen Brustmuskels vernäht oder auch mit einem Knochenanker refixiert.

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 (erneuter Sehnendefekt)
- Vorrübergehende Schultersteife
- Restebeschwerden

STATIONÄRER AUFENTHALT

Ihr Arm wird in der Regel während den ersten sechs Wochen nach der Operation in einer Schlinge mit oder ohne Kissen ruhiggestellt. Sie werden ab dem ersten Tag mit unseren Physiotherapeuten passive und/oder unterstützte Bewegungsübungen erlernen. Der Spitalaufenthalt richtet sich primär nach Ihren Schmerzen und dauert in der Regel zwei bis seltener drei Nächte.

NACHBEHANDLUNG

Nach Austritt wird die Physiotherapie nahtlos weitergeführt. Dies erfolgt in der Regel ambulant. Die Hautfäden werden nach ca. 10–14 Tagen von Ihrem Hausarzt oder bei uns entfernt. Nach der ersten Kontrolle in unserer Sprechstunde nach ca. sechs Wochen, kann die Schlinge bzw. das Kissen weggelassen werden. Ebenso wird die Bewegungstherapie kontinuierlich gesteigert. Das Lenken eines Autos ist in der Regel nach ca. 8-12 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. Die Nachbehandlung kann bis zu einem Jahr dauern.

FRAGEBOGEN QUALITÄTSKONTROLLE

In unserer Praxis werden wir alle Patient: innen, welche an der Schulter operiert werden, bitten einen Fragebogen auszufüllen. Dieser Fragebogen umfasst Fragen zu Beschwerden und zur Funktionsfähigkeit um Alltag. Wir erhalten dadurch wertvolle Informationen zu Ihrem Behandlungsverlauf. Sie erhalten diesen Fragebogen vor der Operation, 6, 12 und 24 Monate nach der Operation. Die Teilnahme an diesem Projekt ist selbstverständlich freiwillig und beeinflusst Ihre Therapie nicht.

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

Sollten nach Ihrem Austritt Fragen auftauchen,
erreichen Sie uns unter

+41 61 335 24 32

schulter.leonardo-ortho@hin.ch

DR. MED. C. BRINKMANN

Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und
Traumatologie des Bewegungsapparates

schulter.leonardo-ortho@hin.ch

PD DR. MED. S.A. MÜLLER

Facharzt für Orthopädische Chirurgie und
Traumatologie des Bewegungsapparates

schulter.leonardo-ortho@hin.ch

DR. MED. J. SKARVAN

Facharzt für Orthopädische Chirurgie und
Traumatologie des Bewegungsapparates

schulter.leonardo-ortho@hin.ch

LEONARDO AG
Hirslanden Klinik Birshof, Reinacherstr. 28, CH-4142 Münchenstein
T +41 61 335 24 24

praxis.leonardo-ortho@hin.ch, www.leonardo-ortho.ch