

Wenn die Schulter schmerzt

Rotatoren- manschettenruptur

Viele Menschen über 40 kennen und fürchten den stechenden Schmerz im Schultergelenk. Was da schmerzt und unser beweglichstes Gelenk in seiner Funktion manchmal erheblich beeinträchtigt, steht fast immer in Verbindung mit der sogenannten Rotatorenmanschette, einer müzenartigen Sehnenplatte gebildet von vier Muskeln, die den Oberarmkopf in der flachen Gelenkpfanne des Schulterblattes hält und damit die extreme Beweglichkeit unseres Armes gewährleistet.

Die hohen physikalischen Kräfte, die ständig auf diese Muskel-Sehnen-Platte einwirken, können zu einem Riss, der so genannten Rotatorenmanschettenruptur, führen. Ursächlich ist ein meist altersbedingter und mit Bandscheibenschäden an der Halswirbelsäule vergesellschafteter Muskelabbauprozess. Das "unrunde Laufen" des Schultergelenks führt zu übermäßigem Abreiben der Sehnen und zur Verplumpung der am Schulterdach beteiligten Knochen. Das führt zum sogenannten "Impingement", dem Einklemmen der Sehnen und Schleimbeutel zwischen Oberarmkopf und Schulterdach, das nicht nur ein schmerzhaftes Anheben des Armes zur Folge hat, sondern im Laufe der Zeit zu chronischen Reizzuständen und Entzündungen bis hin zu Verkalkungen und dem Einreißen der Rotatorenmanschette führt. Die Funktion des Schultergelenks ist dann stark beeinträchtigt und es entwickelt sich eine schmerzhafte Arthrose.

Ein Riss der Rotatorenmanschette kann auch bei Sportverletzungen oder bei schwereren Traumen wie z. B. Stürzen aus größerer Höhe vorkommen. Solche Läsionen sind jedoch gegenüber den degenerativen, Verschleiß bedingten Schäden, wesentlich seltener.

Man muss davon ausgehen, dass ca. 70% der 70-jährigen Menschen eine degenerative Schädigung der Rotatorenmanschette entwickeln.

Was kann man tun, wenn die Diagnose "Rotatorenmanschettenruptur" lautet?

Die Behandlung richtet sich nach dem Ausmaß der Verletzung. Bei einem sehr kleinen oder nur partiellen Einriss kann eine konservative Behandlung mit Krankengymnastik, Querfrictionsmassage und muskulärer Stabilisierung zur Ausheilung der Beschwerden führen. Besteht eine ausgedehntere Verletzung, wird eine Operation notwendig. Eine Naht der Muskel-Sehnen-Platte ist heute in der Regel in endoskopischer Technik möglich, bei größerem Ausmaß muss sie unter Umständen in offener Technik versorgt werden.

Bei einer offenen Operation sind Eingriff und Nachbehandlung für den Patienten jedoch wesentlich unangenehmer als bei endoskopischer Vorgehensweise. Die Diagnose Rotatorenmanschettenriss sollte deshalb möglichst frühzeitig abgeklärt und versorgt werden. Bedenken Sie, dass durch eine arthroskopische Erweiterung des Schulterdaches ("subakromiale Dekompression") ein Riss der Rotatorenmanschette möglicherweise sogar verhindert werden kann.

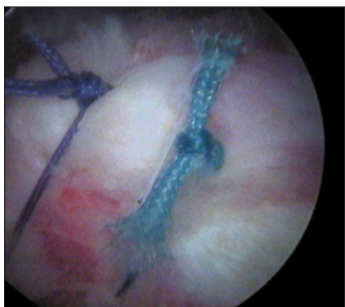
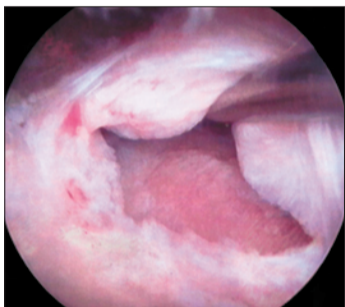


Bild oben: Ist die Sehnenplatte der Schultermuskulatur gerissen, wird der Oberarmkopf sichtbar. Schmerzen und Kraftlosigkeit treten auf.

Bild Mitte und unten: Ein kleiner Einriss der Rotatorenmanschette kann endoskopisch, z. B. in der Giant-Needle-Technik sehr gut versorgt werden.

Arthroskopische Rotatorenmanschettennaht

Zur endoskopischen Rekonstruktion der Rotatorenmanschette können verschiedene Techniken zur Anwendung kommen. Nach einer ausgedehnten subakromialen Dekompression kann z. B. mit Hilfe einer langen,



Ein Beitrag von Dr. med. Adrian Chinta
Facharzt für Orthopädie + Sportmedizin
Mornwegstraße 32 • 64293 Darmstadt
www.chinta.de • praxis@chinta.de

gebogenen Nadel (Giant-Needle) unter endoskopischer Sicht, von außen eine Naht durch die beiden Enden der gerissenen Rotatorenmanschette gelegt und verknötet werden.

In den Fällen, in denen zur Stabilisierung der Rotatorenmanschette die Anheftung an den Oberarmknochen notwendig wird, wird nach der subakromialen Dekompression eine Rinne im Bereich des großen Oberarmkopfhöckers gefräst. Die Naht erfolgt dann entweder in der bereits beschriebenen Giant-Needle-Technik oder unter Verwendung von sogenannten Ankerknäulen. Die Muskel-Sehnen-Platte legt sich dann in die gefräste Rinne und kann hier festwachsen.

Auf die richtige Nachbehandlung kommt es an.

Nach dem operativen Eingriff einer reinen Schulterdacherweiterung ist eine Ruhigstellung des Gelenks für ca. 5 Tage im so genannten Gilchrist-Schlingenverband notwendig. Der Arm sollte mehrmals täglich aus der Schlinge genommen werden und darf frei hängen und durchpendeln. Bei einer einfachen Naht muss zur Nachbehandlung ein Abduktionskissen (siehe Abbildung) für ca. vier Wochen getragen werden. Ca. 6 Wochen lang darf der Arm nicht aktiv seitlich abgespreizt werden. Stärkere Drehbewegungen der Schulter sind in dieser Zeit dringend zu vermeiden. Mit der passiven Beübung der Schulter im Rahmen der Krankengymnastik wird bereits am zweiten Tag nach der Operation begonnen. Nach 6 Wochen kann dann mit aktiven Übungen mit langsam steigendem Widerstand und mit Muskelaufbau begonnen werden. Die heilungsfördernden Injektionen mit Hyaluronsäure bewährt. Diese auch vom Körper selbst produzierte Substanz erhöht die Viskosität der Gelenkflüssigkeit, verbessert so die Gleitfähigkeit, den

Stoffwechsel und Ernährung des Knorpels und der Sehnen, was schließlich deren Belastbarkeit erhöht. Mit einer solchen Behandlung sollte allerdings frühestens 4 bis 6 Wochen nach der Operation begonnen werden. Als sinnvolle ergänzende Maßnahmen zur Regeneration haben sich Verfahren der Kernspinresonanztherapie (MBST) herausgestellt.

Die größte Gefahr besteht in einem erneuten Riss der Manschette bzw. der gelegten Nähte. Eine strikte Einhaltung des vorgegebenen Nachbehandlungskonzepts ist deshalb unbedingt notwendig.

Keine aktive Abspreizung und Außenrotation für sechs Wochen! Übermut darf nicht die Ausheilung der genähten Rotatorenmanschette gefährden.

Je nach Rissgröße, Versorgungsart und Schulterbelastung im Beruf muss mit einer Arbeitsunfähigkeit von 2 bis 8 Wochen gerechnet werden. Bei schweren Belastungen der Schulter im Beruf oder bei Tätigkeiten mit großer Überkopfbeanspruchung kann die Arbeitsunfähigkeit auch länger dauern.

Sportarten ohne große Armbelastung (Laufen, Fahrradfahren etc.) können in der Regel nach 6 bis 8 Wochen wieder ausgeübt werden. Vorsichtiger Beginn mit Sport mit Armeinsatz (Volleyball, Handball, Basketball, Tennis, Wurfdisziplinen etc.) ist bei gutem Muskelaufbau frühestens nach vier Monaten möglich.

Rotatorenmanschettennaht in offener Technik

Ist die Verletzung der Rotatorenmanschette sehr ausgedehnt oder war eine Naht aus technischen Gründen, z. B. wegen starker Sehnen Schrumpfung arthroskopisch nicht möglich, ist eine offene Operation notwendig. Mit einem ca. 5 cm langen Schnitt über der Schulter und der Durchtrennung des Schulterkappenmuskels können die Naht oder die notwendi-



Thorax-Armduktionskissen

gen, plastischen Veränderungen an der Muskel-Sehnen-Platte in offener Technik durchgeführt werden.

Der etwas umfangreichere Eingriff gegenüber der endoskopischen Therapie erfordert eine etwas längere Ruhigstellung auf der Thorax-Armduktionskissen für insgesamt vier bis sechs Wochen. Die Schiene wird Tag und Nacht getragen. Eine Abnahme der Schiene kann nach zwei Wochen zur Krankengymnastik und Körperpflege erfolgen. Nach den ersten vier Wochen wird die Schiene gegen eine Armkissen ausgetauscht, das weitere vier Wochen ebenfalls ständig getragen werden muss. Die weitere Beübung der Schulter findet nach dem gleichen Behandlungsschema wie bei der endoskopischen Operation statt. Die entsprechenden Aussagen zu Dauer der Arbeitsunfähigkeit und künftiger sportlicher Betätigung gelten gleichermaßen.

Und nach der OP?

Nur selten, v.a. wenn sehr starke degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette zum Zeitpunkt der Operation vorhanden waren, kommt es trotz der Operation zum weiteren Fortschreiten der Sehnenbeschädigung mit später erneuter Rissbildung. Manchmal kann eine Kraftschwäche verbleiben. Ein individuelles Gespräch mit dem behandelnden Arzt ist unabdingbar.

Bei Überkopfsportarten (Volleyball, Handball, Basketball, Tennis, Wurfdisziplinen etc.) muss je nach Schwere der Schädigung mit jedem Einzelnen besprochen werden, ob es sinnvoll ist, die Sportart weiterhin zu betreiben.

Fazit: Die konservative und/oder operative Versorgung von Schultergelenkschäden durch Schulterdacherweiterungen, Verkalkungen oder Riss der Rotatorenmanschette ist heute medizinisch kein großes Problem mehr. Ein Spezialist kann hier viel Gutes tun. Für eine dauerhafte Wiederherstellung der Schulter- und Armfunktionalität kommt es aber in besonderem Maß auf die möglichst frühzeitige Diagnosestellung und postoperative Betreuung an, die in engster Abstimmung zwischen Physiotherapeut und behandelndem Arzt erfolgen sollte. Achten Sie vor Ihrer Entscheidung für eine Therapie darauf, dass Ihnen dort ein breites therapeutisches Leistungsspektrum offen steht. Nur so kann gewährleistet werden, dass Ihre Beschwerden wirklich individuell versorgt werden. Am besten ist jedoch die Vermeidung von Schäden durch geeignete Präventivmaßnahmen. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt über gezielte Maßnahmen, die Ihrer persönlichen Lebenssituation gerecht werden.



Orthopädische Praxis Dr. med. Adrian Chinta

Sportmedizin und Sportverletzungen
Chirotherapie · Arbeitsunfälle
Ambulante Operationen

Telefon: 0 61 51 - 17 87 66 · Fax: 0 61 51 - 278 34 51
E-Mail: praxis@chinta.de · Internet: www.chinta.de

Ärztlich geleitetes medizinisches Therapie- und Trainingszentrum

Telefon: 0 61 51 - 78 33 22 · Fax: 0 61 51 - 78 33 21
E-Mail: info@medisport-darmstadt.de · Internet: www.medisport-darmstadt.de

Physiotherapie- und Rehabilitationszentrum

Telefon: 0 61 51 - 17 87 62
E-Mail: info@medi-care-darmstadt.de · Internet: www.medi-care-darmstadt.de

GEWIDA

Gelenk- und Wirbelsäulenzentrum
Darmstadt

PRÄVENTION · THERAPIE · REHABILITATION

Mornwegstraße 32
(Nähe Hauptbahnhof)

64293 Darmstadt

