

Patienteninformation

☎ 09561/90456 📠 Fax 09561/92152
☎ 0171/8386800

Rotatorenmanschettenriss

www.praxiszentrum-chirurgie.de
info@praxiszentrum-chirurgie.de

Sehr geehrter Patient!

Bei Ihnen wurde durch den behandelnden Arzt eine Rotatorenmanschetten (RM)-verletzung der Schulter festgestellt. Meist geht dieser Verletzung ein Sturz auf die betroffene Schulter voraus. Manchmal kann auch eine Überbeanspruchung der Schulter über Jahre durch schwere körperliche Arbeit, meist Über-Kopf-Arbeit eine RM-Verletzung hervorrufen.

Typische Beschwerden dabei sind eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung des Schultergelenkes und eine Kraftlosigkeit beim Anheben oder beim Innen/Außendrehen des Armes im Schultergelenk.

Mit einer klinischen Untersuchung, einer ergänzenden Ultraschalldiagnostik und einer Röntgenaufnahme kann die Diagnose gestellt werden, zur Beurteilung einer frischen oder alten Verletzung ist eine Kernspintomographie (MRT) sinnvoll, um die weitere Therapie planen zu können. Die Schmerzen nach einer frischen Verletzung der RM gehen in der Regel zurück, es bleibt jedoch meistens eine eingeschränkte Funktion im Schultergelenk und Arm zurück.

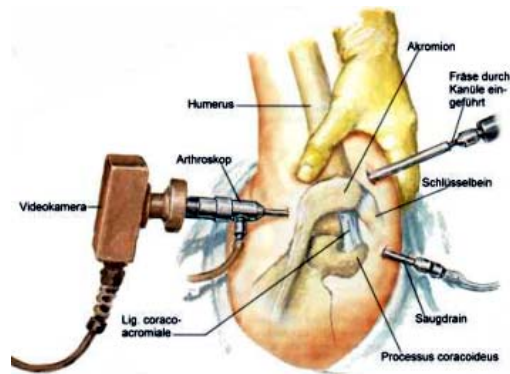
Liegt eine relevante relativ frische Verletzung der Rotatorenmanschette vor, dann sollte Ihnen eine Operation mit einer Naht der geschädigten Sehnenanteile empfohlen werden, v.a. wenn Sie noch einen Funktionsanspruch an Ihr Gelenk haben. Handelt es sich um eine alte Verletzung mit deutlichem Substanzverlust im Bereich der betroffenen Sehnen, dann kann lediglich eine Verbesserung der Platzverhältnisse unter dem Schulterdach durch eine sog. subacromiale Dekompression (SAD, s.u.) sinnvoll sein, um die Schmerzen, nicht aber die Funktion zu verbessern.

Operation

Durch eine ambulant oder stationär durchführbare Schulterarthroskopie können über kleine Stichinzisionen eine Kamera und spezielle Arbeitswerkzeuge in das Schultergelenk und den unter dem Schulterdach gelegenen Schleimbeutel eingeführt werden. Damit kann dann das Ausmaß der Verletzung sowie weitere Schäden im Schultergelenk beurteilt werden und eine nötige Therapie durchgeführt werden.

Bei frischen und nicht zu großen Rissen der RM ist eine arthroskopische Naht mit Metallankern möglich. Diese werden unter Sicht in den Knochen an der Stelle des Oberarmkopfes eingebracht, an der die Sehnen abgerissen sind. Mithilfe von Fäden, die an den Ankern befestigt sind, wird dann Die Sehne wieder an diese Stelle gebracht.

Zusätzlich kann es nötig sein, den Platz zwischen Sehne und Schulterdach zu vergrößern und eine so genannte Subacromiale Dekompression (SAD) durchzuführen. Dabei wird der Unterrand des Schulterdaches mit einer Walze geglättet und teilweise entfernt.



Handelt es sich um einen älteren Riss der RM, ist meistens eine schlechtere Sehnenqualität vorhanden. Außerdem hat die gerissene Sehne die Tendenz, sich zurückzuziehen, so dass eine Refixation u. U. schwierig sein kann. Dann ist es evtl. nötig, durch einen Hautschnitt über der Schulter eine offene Sehnenmobilisation, eine Sehnennaht und die Fixierung der Sehne mit Knochenanker durchzuführen.

Nachbehandlung

Nach der Operation können Sie die Praxis verlassen und der Arm wird mit einer Schulterschlinge vorübergehend ruhig gestellt. Eine Drainage wird in der Regel am 1. Tag entfernt.

Bereits am 1. p.o. Tag sollte eine Krankengymnastik mit Pendelübungen schmerzfrei begonnen werden, die Fäden werden 12 bis 14 Tage nach der Operation entfernt.

Ein selbstständiges Anheben des Armes über 30° und eine Außendrehung muss für 3 Wochen vermieden werden. Ab der 4. Woche darf der Arm schmerzfrei bis 90° angehoben werden, eine aktive Außendrehung darf ab der 7. Woche begonnen werden. Eine Aufnahme der normalen Beweglichkeit ist dann wieder möglich, Über-Kopf-Arbeiten sollten für ca. 12 Wochen vermieden werden. Sportliche Aktivitäten mit Einsatz der verletzten Schulter sollten frühestens nach 4-6 Monaten wieder durchgeführt werden.

Sollten Sie noch **Fragen** an uns haben, so wenden Sie sich jederzeit an uns oder das Praxispersonal, gerne können Sie uns auch eine E-Mail schreiben.

Ihre behandelnden Ärzte wünschen Ihnen einen guten Verlauf und eine erfolgreiche Rehabilitation!

	Krankengymnastik passiv/Pendelübungen	Aktive Kräftigung	Über-Kopf- Arbeit	Überkopf- Wettkampfsport
Woche 1-3	bis 30° Abduktion, Neutralrotation	-	-	-
Woche 4-6	Bis 90° Abduktion, Außenrotation	X	-	-
Woche 7-11	X	X	-	-
Woche 12-16	Bei verzögerter Mobilisation	X	X	-
Woche 17-		X	X	X