

Kleiner Eingriff mit großen Folgen

Die Behandlung von Sehnenrissen an der Schulter

Unsere Sehnen unterliegen einem ständigen Verschleiß. Denn durch den zunehmenden Wasserverlust des Körpers wird das Sehngewebe spröder und verliert an Elastizität. Die Folge ist, dass es schon im mittleren Alter zu spontanen Rissen kommen kann. Davon ist besonders die Supraspinatussehne betroffen, die sich durch die anatomische Besonderheit auszeichnet, dass ihr Ansatzgebiet von Natur aus schlecht durchblutet ist. Für die Patienten ist dies mit zunehmenden oder auch plötzlich auftretenden Schmerzen verbunden, die sich besonders beim Heben der Arme bemerkbar machen. Dabei kann es auch zu einem deutlichen Kraftverlust kommen. Typisch sind auch nächtliche Schmerzen. Grundsätzlich kann jeder von einem Sehnenriss betroffen sein, häufig jedoch tritt er bei Überkopfsportlern – z. B. Tennis- oder Handballspielern – auf, wobei allerdings nur sehr selten ein echter Unfall für einen Riss der Sehne verantwortlich ist.



Die Orthopäden Dr. Ryszard van Rhee und Dr. Stefan Krukenberg, Belegärzte an der Sophienklinik Hannover mit langjähriger Erfahrung auf dem Gebiet der Schultererkrankungen, weisen darauf hin, dass nicht jeder Sehnenriss sofort operativ behandelt werden muss. „Die Supraspinatussehne ist normalerweise etwa einen halben Zentimeter dick und umfasst den Oberarmkopf eher flächig wie eine Kappe“, so Dr. van Rhee. „Hier kommt es häufig nur zu Teileinrissen, bei denen eine Operation nicht dringend erforderlich

ist. Wir wissen jedoch aus Erfahrung, dass sich Teilrisse im Laufe der Zeit in komplette Risse umwandeln können.“

Bei Teilrissen steht Krankengymnastik im Vordergrund

Wie sieht die Behandlung bei solchen weniger schwerwiegenden Krankheitsbildern aus? „In den weitaus meisten dieser Fälle wird man sich mit einer konservativen Therapie begnügen, bei der die Krankengymnastik einen zentralen

Stellenwert einnimmt“, erläutert Dr. Krukenberg. „Dabei steht das Ziel im Vordergrund, die Muskeln, die die Schul-



In den letzten Jahren haben sich die Operationsverfahren entscheidend verändert. „Heutzutage werden die meisten Sehnenrisse arthroskopisch versorgt“, so Dr. Ryszard van Rhee.

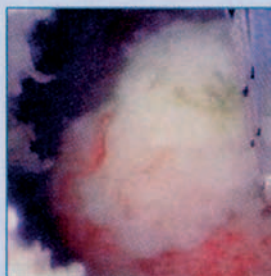
Arthroskopiebilder der Schulter



arthroskopisches Bild eines Sehnenrisses der Schulter



Setzen eines Fadenankers über die Schlüssellochtechnik



Fadenanker mit zwei Fadenpaaren



vollendete Sehnennaht

ter nach unten ziehen (Latissimus, Rhomboideus), zu stärken und die Muskulatur, die die Schulter hochhebt (Pectoralis, Deltoideus und Biceps), zu entlasten und zu dehnen.“ Daneben kann auch eine medikamentöse Behandlung sinnvoll sein. So ist es möglich, mit Hilfe von zwei bis drei kristallinen Cortison-Injektionen den akuten Reizzustand zu beheben und die Beschwerden zu lindern. Eine größere Zahl von Injektionen sollte allerdings vermieden werden, da zu hohe Konzentrationen der Wirkstoffe das Sehngewebe langfristig schädigen könnten. Darüber hinaus können bei starken Schmerzen auch schmerzstillende Medikamente eingesetzt werden. Man sollte sich allerdings klar machen, dass es sich hierbei um keine ursächliche Behandlung handelt.

Die Operationstechnik hat sich entscheidend verändert

Liegt ein kompletter Sehnenriss vor, so strebt man eine möglichst umfassende operative Rekonstruktion der Sehne an, um ihre Funktion zu erhalten. Während man früher auf diese Weise nur Menschen behandelte, die das 45. Lebensjahr noch nicht überschritten hatten, hält man diese Therapie mittlerweile auch bei älteren Patienten für sinnvoll. Dabei haben sich die Operationsverfahren in den letzten Jahren entscheidend verändert. „Heutzutage werden die meisten Seh-

nenrisse arthroskopisch versorgt“, erläutert Dr. van Rhee. „Nur bei sehr ausgedehnten Befunden behandelt man mit der so genannten Mini-open-Technik.“

Im Gegensatz zu herkömmlichen offenen Verfahren wird bei der Mini-open-Technik nur ein etwa vier bis sechs Zentimeter langer Schnitt angelegt, und der Deltoideusmuskel muss nicht knöchern abgetrennt werden. Der Muskelbauch wird lediglich gespalten, während die Sehne über einen kleinen Zugang versorgt wird. Dazu benutzt man heute spezielle Fadenanker, die einfach im Knochen zu platzieren sind. Da die Fäden, mit denen die Sehne fixiert wird, schon daran befestigt sind, benötigt man für die Fixierung erheblich weniger Raum als früher.

Neue arthroskopische Verankerungsverfahren

Dr. Krukenberg erläutert die verschiedenen arthroskopischen Nahtverfahren, die sich heutzutage einsetzen lassen: „Zum einen gibt es die Möglichkeit, mit Fadenankern zu arbeiten, mit denen die Sehne über Knoten fixiert wird. Daneben setzen wir knotenlose Techniken ein, bei denen ein Anker in der Schulter befestigt und die Sehne mit Hilfe eines kleinen Plättchens ergriffen und festgemacht wird. Außerdem gibt es inzwischen auch ein ganz neues System mit integrierten Fäden, mit denen die Sehne sukzessive – auch kno-

tenlos – vorgespannt werden kann.“ Die Vorteile dieser Methoden liegen im kleinen Zugang und der schmerzfreieren Nachbehandlung. Nach der Operation dürfen die Patienten die Schulter sechs Wochen lang nicht in vollem Umfang bewegen. Darüber hinaus ist eine Nachbehandlung in Form von Krankengymnastik erforderlich, die anfangs passiv und im weiteren Verlauf zunehmend aktiv erfolgt. Nach etwa drei Monaten ist eine sportliche Betätigung möglich.

Auf den Zustand des Sehngewebes kommt es an

„Die Prognose ist umso besser“, resümiert Dr. van Rhee, „je jünger die Patienten sind. Entscheidend ist vor allem, wie gut der Zustand ist, in dem sich das Sehngewebe befindet. Je älter die Patienten und je stärker die Sehnen degeneriert sind, umso größer ist das Risiko für erneute Risse.“

Heiko Fröhlich



„Die Vorteile der arthroskopischen Methode liegen im kleineren Zugang und der schmerzarmen Nachbehandlung“, so Dr. Stefan Krukenberg.