

Bei einer Brustmuskelruptur besser gleich unters Messer

Eine Ruptur des Musculus pectoralis major ist sehr selten und tritt meist nur bei Kraftsportlern auf. Für die Athleten stehen die wiederhergestellte Krafftleistung und der kosmetische Aspekt im Vordergrund. Eine Studie zeigt nun, dass operierte Patienten deutlich bessere Ergebnisse aufweisen als konservativ Behandelte.

Anzeichen einer Ruptur

Bei einer Ruptur des M. pectoralis major wird seit einigen Jahren die operative Therapie gegenüber der konservativen deutlich bevorzugt. Der dreiteilige Muskel setzt am Humerus über eine flache Sehne an. Zu Verletzungen kommt es vor allem beim Bankdrücken, wenn die kurzen unteren Anteile des Muskels extrem gedehnt und gespannt sind. Dabei ist der Muskel beim Ablassen der Hantel verletzungsanfälliger als beim Stemmen.

Zwischen 1997 und 2008 wurden 91 Patienten mit insgesamt 105 M. pectoralis Rupturen behandelt. Alle Patienten waren männlich und kamen fast immer aus dem Kraftsport. Neben der klinischen Untersuchung wurde auch immer eine Sonographie, in manchen Fällen auch eine Magnetresonanztomographie erhoben. Typisch bei einer unteren Ruptur ist der Verlust der vorderen Axillarfallen-Kontur. Ein Hämatom ist, wenn vorhanden, eher am Arm als an der Brust zu finden.



Operationstechnik

Bei 61 Patienten erfolgte die Therapie operativ. Der Zugang erfolgte über einen 5-6 cm langen Schnitt entlang der Spaltlinien. Schneidet man gegen diese Linien, kommt es zu einer Striktur des Gewebes. Anschließend wird die Faszie gespalten, ein gegebenenfalls vorhandenes Hämatom entfernt und die Ruptur dargestellt. Für die Verbindung der Muskelanteile legt man modifizierte Masson-Ellen-Nähte sowie horizontale und vertikale U-Nähte an.

Am Ende wird die Haut intrakutan verschlossen. Nach sechswöchiger Ruhigstellung der Schulter kann mit der Krankengymnastik begonnen werden und nach drei Monaten mit dem Kraftsport.

Regeneration des Muskels

Die klinischen Nachuntersuchungen erfolgten sechs Wochen und ein Jahr nach der Operation. Auch das kosmetische Ergebnis sowie die wieder erreichte Krafftleistung wurden dokumentiert. Zeitnah operierte Patienten (innerhalb der ersten sechs Wochen nach der Ruptur) zeigten gute bis sehr gute Ergebnisse und erreichten zum Großteil alte Leistungen im Bankdrücken. Bei einer chronischen Ruptur war das Ergebnis teilweise so unbefriedigend, dass die Operationstechnik auf eine aggressivere Mobilisation umgestellt wurde, was zu besseren Ergebnissen führte.

Fazit

Um den Erfolg bei der Wiederherstellung der Krafftleistung zu gewährleisten, ist eine Operation der M.-pectoralis-major-Ruptur vor allem bei Athleten immer der konservativen Therapie vorzuziehen. Generell hängt der Regenerationserfolg vom Zeitpunkt der Operation ab. Selbst eine verspätete Operation bringt bessere Resultate als eine konservative Therapie.

Kurzfassung dieses Artikels aus SpringerMedizin.de von Dr. Stefanie Schumacher.

Quelle: Obere Extremität 2010; 5 (3): 179-185, Evaluierung und Management der M.- pectoralis-major-Ruptur.

Autoren: M. Ritsch (Orthopädische Gemeinschaftspraxis im Ärztehaus Rosenheim, Klinik für Schulterchirurgie und Sportorthopädie, Schön Klinik Vogtareuth, Rosenheim)

Der komplette Beitrag als PDF (kostenfreie Registrierung auf SpringerMedizin.de erforderlich)

