



## INFORMATIONSBLATT: ROTATORENMANSCHETTENRUPTUR

Die Rotatorenmanschette ist ein Sehnenverbund von Schultergürtelmuskeln, die am Oberarmkopf ansetzen und ihn bedecken (M. Supraspinatus, M. Infraspinatus, M. Subscapularis, M. Teres minor). Ihre Funktion liegt in der Bewegung des Oberarmes im Schultergelenk (Hebung, Drehung). Der größte Anteil dieser Sehnen läuft unterhalb des Schulterdaches (Acromion) hindurch um an den Oberarmkopf zu gelangen.

Diese Sehnen können aus unterschiedlichen Ursachen heraus Schäden entwickeln. Beim Engpaßsyndrom unter dem Schulterdach (Impingement) können sie chronisch gereizt werden und dabei Reibungsschäden erleiden. Bis auf wenige Ausnahmen spielt bei den Rotatorenmanschettschäden auch „Versleiß“ der Sehnen eine mitentscheidende Rolle, die Sehnen verletzlicher zu machen. So kann dann durch ein leichtes „Trauma“ (sog. Bagatellverletzung) bereits ein Riss in den Sehnen entstehen. Daher kommen Rotatorenmanschettenrupturen auch häufiger mit zunehmendem Alter vor. Auch schwerere Traumen wie z.B. die Schulterverrenkung (Luxation) können mit einer Rotatorenmanschettenruptur einhergehen. Auch hier ist die Häufigkeit der Sehnenruptur höher, je älter der Patient ist, der die Luxation erleidet. So ist aus der Literatur bekannt, daß in 50% der Schulterluxationen der über siebzigjährigen eine Rotatorenmanschettenruptur vorliegt.

Während bei den kleineren Sehnenrissen vor allem Schmerzen im Vordergrund der Beschwerden stehen, kommt es bei den großen Rissen und den „Massenrupturen“ insbesondere auch zu einem Funktionsausfall. Dieser richtet sich nach den betroffenen Sehnen. So können Hebung und Ausdrehung bei Verletzung von Infra- und Supraspinatussehne ausfallen. Bei der Schädigung der Subscapularissehne ist die Einwärtsdrehung des Armes vermindert und zumeist schmerzhaft. Die Diagnostik umfasst die Krankengeschichte, die körperliche Untersuchung, sowie die Bildgebung (Röntgen, Sonografie, MRT). Während mit der körperlichen Untersuchung sehr deutlich der Ausfall der Funktion erfasst werden kann, ermittelt die Bildgebung den Schaden visuell und kann auch relevante Begleitumstände aufdecken (Engesyndrome, Arthrosen u.a.), die für die richtige Therapie mitentscheidend sein können.

Die Therapie kann konservativ oder operativ sein. Dies ist von vielen Begleitumständen, die den Patienten betreffen, abhängig und sollte zusammen mit dem behandelnden Arzt abgestimmt werden. Grundsätzlich ist die beste Situation für ein Schultergelenk natürlich eine intakte Rotatorenmanschette, die zum einen eine gute Funktion, zum anderen aber auch den Schutz des Schultergelenkes vor Arthrose durch Bedeckung des Oberarmkopfkorpels bedeutet. Bei der konservativen Therapie stehen die Schmerztherapie und Krankengymnastik im Vordergrund.