

# Unfall- & Hand - Chirurgie am Grindel

**Dres. med. F. Graßmann / J. Huhnholz**

Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie  
Hand- &, Fußchirurgie, Sportmedizin  
Durchgangs-Arzt / Arbeitsunfälle  
Helene-Lange-Straße 2  
2 0 1 4 4 Hamburg

Tel.: 040 – 420 88 51

Fax.: 040 – 4210 4461

www.UHC-am-grindel.de  
praxis@UHC-am-grindel.de

## 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 Rotatorenmanschettenschäden auch „Verschleiß“ 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 schwerer Traumen wie z.B. die Schulterverrenkung (Luxation) kann 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 Aussendrehung 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. Die Krankengymnastik führt dabei aber nicht zur „Heilung“ der Sehnen, sondern stärkt die umgebenden intakten Strukturen um Schmerz zu vermindern und Beweglichkeit so weit wie möglich zu erhalten.

Die operative Therapie hat zum Ziel die Sehnen wieder in ihre Ursprungsposition zurückzuführen. Dies wird heutzutage über ein minimalinvasives Vorgehen erreicht – entweder rein endoskopisch oder über eine sog. Mini-open Zugang (kleiner Schnitt). Die im Sehnenverlauf gerissenen Sehnen werden dabei mittels speziell entwickelter, belastbarer Fäden genäht oder sie werden, wenn sie direkt vom Knochen abgerissen sind, mit sog. Ankersystemen (Biokompatibel, Titan) wieder am Knochen fixiert. Wichtig bei der Operation ist, gleichzeitig bestehende Schäden (Schulterdachhaken, Engpässe) mit zu therapieren um die rekonstruierten Sehnen zu schützen.

Am Ende der Operation wird Ihr operierter Arm auf ein Spezielles Kissen gelagert, um Spannungsmomente klein zu halten. Sie müssen sich damit vertraut machen, daß die Nachbehandlung viel Zeit und Geduld benötigt. Der erste wesentliche Drehungen im Schultergelenk stattfinden sollen. Es wird mittels assistierter, passiver Krankengymnastik behandelt, wobei der Therapeut die Last Ihres Armes trägt und es darum geht die Beweglichkeit in der Schulter zu erhalten.

Einzelheiten hierzu finden Sie in dem Nachbehandlungsblatt „Rotatorenmanschette“, das Sie auch von unserer Internetseite downloaden können.