

## Rotatorenmanschette

### Anatomie:

Die sog. Rotatorenmanschette, eine den Oberarmkopf umfassende Sehnen-/Muskeleinheit besteht aus 4 Muskeln und ihren Sehnen. Musculi teres minor, M. subscapularis sowie M. supra-



Abb.: Firma Arthrex

und infraspinatus. Die Rotatorenmanschette zentriert den Gelenkkopf des Oberarmknochens in der Gelenkpfanne.

### Funktion:

Die Rotatorenmanschette ist für die Stabilisierung der Schulter und für Bewegungen in allen Ebenen von Bedeutung. Sie ist für die Rotationsbewegung und für das seitliche Anheben des Armes verantwortlich.

### Ursache der Schädigung:

Eine Schädigung der Rotatorenmanschette kann sowohl degenerativ, aber auch durch ein Trauma begründet sein.

### Beschwerden:

Eine symptomatische Verletzung der Rotatorenmanschette führt neben einer Bewegungs- und Kraftminderung häufig auch zu einer Schmerzsymptomatik. Je nach Aktivitätsniveau des Patienten kann auch bei einer Bewegungseinschränkung und Kraftminderung der Schulter eine Operation indiziert sein, ohne dass eine wesentliche Schmerzsymptomatik vorliegt.

**Diagnose:**

Zur Diagnose einer Rotatorenmanschettenruptur ist neben Röntgen- und Ultraschalluntersuchungen vor allem die MRT-Diagnostik von Bedeutung, da hierdurch die genauesten Informationen über die Schädigung der Rotatorenmanschette gewonnen werden können.

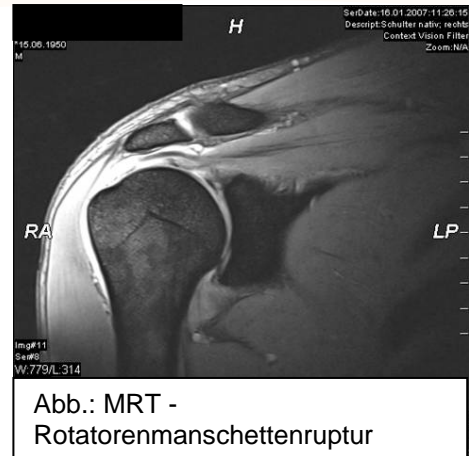


Abb.: MRT -  
Rotatorenmanschettenruptur

**Behandlungsform:**

Bevor die Entscheidung zu einem operativen Vorgehen getroffen wird, kann ein konservativer Behandlungsversuch (Physiotherapie, Injektionen, etc.) unternommen werden. Bei anhaltenden Beschwerden wird die arthroskopische Operation zur Verbesserung des Kraft- und Bewegungsniveaus und zur Verbesserung der Schmerzsymptomatik durchgeführt.

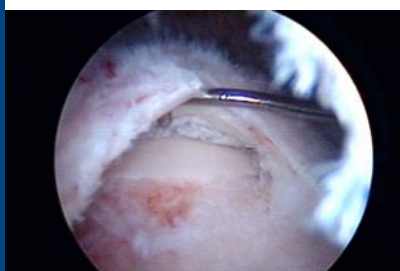
**Operativer Eingriff:**

Abb.: Arthroskopie -  
Rotatorenmanschettenruptur

Aufgrund neuer Operationstechniken ist eine arthroskopische Naht der Rotatorenmanschette in fast allen Fällen möglich. Ausnahmen bilden Massenrupturen und alte Verletzungen der Rotatorenmanschette, welche arthroskopisch häufig nicht vollständig gedeckt werden können. Aber auch in solchen Fällen kann durch eine arthroskopische Operation eine Verbesserung der Kraftminderung und der Schmerzsymptomatik erzielt werden. Neben der Naht der gerissenen Rotatorenmanschettenanteile werden bei der Operation auch andere schmerzauslösende Faktoren beseitigt. Dazu zählt die Erweiterung des Schultertraumes

(subacromiale Dekompression), um dem Engpasssyndrom entgegenzuwirken. Zudem erfolgt die Entfernung des Schleimbeutels unter dem Schulterdach.

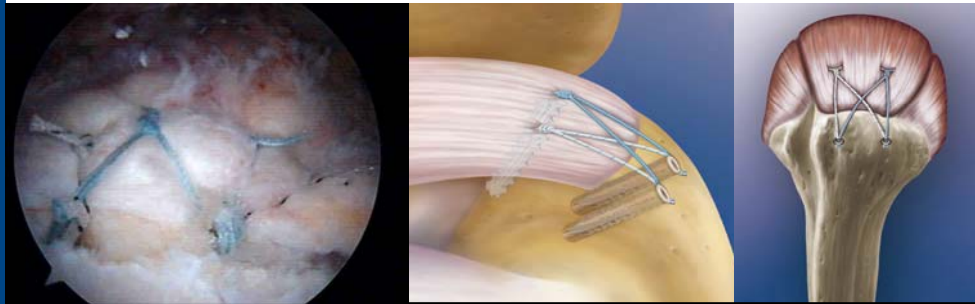


Abb.: arthroskopische und schematische – Rekonstruktion der Rotatorenmanschette

### Nachbehandlung:

Die genähten Sehnenstrukturen benötigen einen Zeitraum von ca. 6 Wochen bis sie in das knöcherne Bett eingeeilt sind und wieder beansprucht werden können. Zur Vermeidung bestimmter Bewegungen sind während dieses Zeitraumes keine übermäßigen aktiven Bewegungen erlaubt (Tragen einer Schulterfixationsbandage für 6 Wochen). Jedoch sind eine frühfunktionelle Behandlung und eingeschränkte passive Bewegungen ab dem 1. Tag nach der Operation wichtig, um Verklebungen und damit einhergehende Bewegungseinschränkungen zu vermeiden.

- Tawara-Grip Bandage für 6 Wochen Tag und Nacht.
- Frühzeitige, zunehmende passive Mobilisierung der Schulter im nicht schmerzhaften Bereich, aktive Mobilisierung ab der 7. postoperativen Woche

### Kontakt:

MediaPark Klinik  
Orthopädie und Unfallchirurgie  
Im MediaPark 3  
50670 Köln  
Tel.: +49(0)221-9797-400  
Fax: +49(0)221-9797-449  
Email: orthopaedie@mediapark-klinik.de