In der Rubrik „Literatur kompakt“ werden die wichtigsten Originalarbeiten aus der internationalen Fachliteratur referiert.

© Mehmet Dilsiz / Fotolia.com

Im Alter besser konservativ: verschleißbedingte Ruptur der Rotatorenmanschette nicht obligat

Eine isolierte, verschleißbedingte Ruptur der Rotatorenmanschette muss man zumindest bei älteren Patienten initial nicht operieren. Das postulieren Forscher der Universität Turku. In ihrer Vergleichsstudie waren Rekonstruktion und/oder Akromioplastik funktionell und in puncto Schmerzen nicht von Vorteil.

Die Studie von Dr. Juha Kukkonen und Kollegen ist erst die dritte randomisierte, kontrollierte Untersuchung zum Thema. Das Durchschnittsalter der insgesamt 160 Teilnehmer – das ist von Bedeutung – lag bei 65 Jahren, keiner war jünger als 55 Jahre; alle hatten einen radiologisch bestätigten kompletten Riss der Supraspinatussehne, der nicht auf einem Trauma beruhte. Aus dieser Kohorte wurden per Losverfahren drei Gruppen gebildet:

- Gruppe 1 führte über ein halbes Jahr ein standardisiertes Übungsprogramm durch, angeleitet von einem professionellen Physiotherapeuten.
- In Gruppe 2 ging der Physiotherapie eine minimal-invasive Akromioplastik mit Abtragen und Glätten verschlissener Strukturen, gegebenenfalls mit Resektion des Akromioklavikulgelenks und Absetzen der Bizepssehne, voraus.
- Bei den Patienten der Gruppe 3 wurde zunächst in einem arthroskopischen Eingriff die Supraspinatussehne mit zwei bis drei nicht resorbierbaren Nähten rekonstruiert. Im Anschluss daran erfolgte die Akromioplastik wie in Gruppe 2. Nach dem Eingriff wurde der Arm für drei Wochen in einer Schlinge immobilisiert, ehe die Physiotherapie begann.

In regelmäßigen Abständen wurden die

betroffenen Schultern (insgesamt 167) der Patienten evaluiert. Als Maßstab dienten die vier Parameter des Constant-Score: Schmerzen, Aktivität, Beweglichkeit (Range of Motion) und Kraft. Am Ende der Auswertung, nach zwei Jahren, hatten sich die Werte in den drei Gruppen wie folgt entwickelt: Gruppe 1 hatte sich auf der 100-Punkte-Skala im Mittel um 18,4 Punkte verbessert, Gruppe 2 um 20,5 Punkte und Gruppe 3 um 22,6 Punkte. Die Ausgangswerte hatten bei 57,8, 59,6 beziehungsweise 58,0 Punkten (von bestenfalls 100 Punkten) gelegen.

Wie Kukkonen et al. betonen, sind diese Unterschiede nicht signifikant. Die Abweichungen seien vor allem dem Unterpunkt Schmerz geschuldet. Hier waren die operierten Gruppen mit einer Verbesserung auf der Zehn-Punkte-VAS-Schmerzskala um 1,8 beziehungsweise 2,0 Punkte zwar minimal im Vorteil (Gruppe 1 hatte sich im Mittel um 1,3 Punkte verbessert). Der Unterschied blieb jedoch unter dem, was man als klinisch relevant erachtet hätte. Zwei Jahre nach dem Eingriff erreichten die Patienten der Gruppe 1 im Mittel 1,4 Absolutpunkte auf der VAS-Skala, in der Gruppe 3 waren es 0,6. In allen drei Gruppen lagen die Zufriedenheitswerte bei den Patienten in etwa gleich auf (89 %, 95 % und 94 %).

Zum Zeitpunkt der Endauswertung konnten die Ärzte von 148 Schultern MRT-Scans durchführen lassen. Die rekonstruierte Gruppe zeigte zwar einen deutlichen Rückgang der Risslänge von ursprünglich 8,4 mm auf 4,2 mm. Funktionell und in puncto Schmerzen hatte das jedoch offenbar wenig gebracht. Nach zwei Jahren sah man in Gruppe 3 in 31 % der Schultern erneut einen kompletten Riss der Supraspinatussehne. Der Anteil mit Sehnenriss lag in der Gruppe 1 bei 80 % und in der Gruppe 2 bei 83 %. Bei den Patienten mit einer solchen Heilungsstörung lag der Constant-Score bei 78,4 Punkten, bei Patienten mit geheilter Sehne bei 79,0 Punkten; auch dieser Unterschied war nicht signifikant.

Fazit: „Die funktionelle und subjektive Vergleichbarkeit der Behandlungsergebnisse in unserer Studie lässt es fraglich erscheinen, ob ein isolierter, nicht traumatischer Riss der Supraspinatussehne überhaupt irgendwelche klinische Folgen hat“, resümieren Kukkonen und sein Team. Studienkommentator Dr. Ken Yamaguchi von der Washington University School of Medicine in Missouri weist darauf hin, dass sich die Empfehlung zur primär konservativen Therapie nur auf ältere Patienten bezieht. Jüngere Menschen hätten höhere Erwartungen an ihr Aktivitätsniveau. Hier müsse man eher mit einem Fortschreiten der Ruptur rechnen, was dann durchaus Probleme bereiten könne.

Dr. Elke Oberhofer

Kukkonen J et al. Treatment of Nontraumatic Rotator Cuff Tears. J Bone Joint Surg Am 2015; 97: 1729–37; doi: 10.2106/JBJS.N.01051