

7.1.2 M. supraspinatus

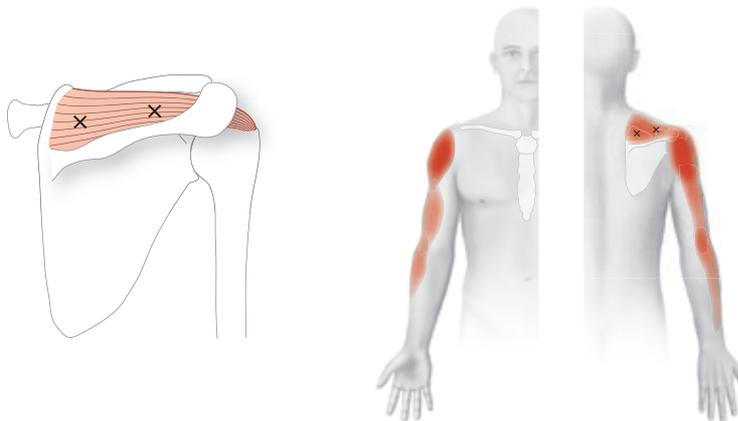


Abb. 7.8 M. supraspinatus.

Anatomie	Ursprung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fossa supraspinata, Fascia supraspinata
	Ansatz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tuberculum majus humeri (proximale Facette) ▪ an der Bildung der Rotatorenmanschette mitbeteiligt
	Innervation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N. suprascapularis (C4–C6)
Funktion	Humeroskapulargelenk	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ABD ▪ Zentrierung des Humeruskopfs in der Fossa glenoidalis, Kapselspanner ▪ hält bei frei herabhängendem Arm den Humeruskopf in der Pfanne
Referred Pain		<ul style="list-style-type: none"> ▪ v.a. im Bereich des M. deltoideus (ventral, lateral, dorsal) ▪ Ausstrahlungen nach distal: lateral am Oberarm entlang mit Schwerpunkt Ellbogen (Epicondylus lateralis), selten bis zum Handgelenk
Symptome	Schmerzen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schulterschmerzen ventral, lateral, dorsal; tief „im Schultergelenk“ ▪ Schmerzzunahme während der Abduktion ▪ dumpfer Ruheschmerz, Nachtschmerzen wenn auf der betreffenden Schulter liegend ▪ Schürzengriff schmerzhaft ▪ kann bei Impingement-Symptomatik mitbeteiligt sein ▪ ähnlich einer Bursitis subdeltoidea ▪ Epikondylopathie
	Funktionsstörungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mühe beim Haarekämmen, Zähneputzen, Rasieren; Sport: Tennisaufschlag ▪ „Knackgeräusche“ im Schultergelenk infolge schlechter Humeruskopfzentrierung
auslösende Faktoren	Überlastung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ akut: Schultertraumen (z.B. Sturz auf die Schulter) ▪ chronisch <ul style="list-style-type: none"> – Tragen schwerer Gegenstände mit seitlich herabhängendem Arm (Handkoffer: z.B. Vertreter, Handwerker) – repetitive Bewegungen in angenäherter Position, z.B. langes Arbeiten über Kopfhöhe (Maler, Elektriker) – Überlastung bei viel Computerarbeit – Hund, der wiederholt an der Leine zerrt
	primäre TrPs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ M. trapezius ascendens
Hinweise für den Therapeuten		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlung erfolgt größtenteils durch den M. trapezius hindurch <ul style="list-style-type: none"> → M. trapezius sollte entspannt sein, um in die Tiefe dringen zu können (Abb. 7.9), → Triggerpunkt-Hölzchen als Hilfsmittel verwenden (Abb. 7.10 und Abb. 7.11). ▪ Die ventralen Faseranteile können direkt behandelt werden: Zugang von ventral mittels Technik IV zwischen Vorderrand des M. trapezius descendens und M. supraspinatus. Die Fasern des M. trapezius descendens müssen dabei angenähert und entspannt sein, denn nur so kommt man in die Tiefe (Abb. 7.12). ▪ geeignete Ausgangsstellungen: Bauch- oder Seitenlage, Sitz ▪ bei TrPs im M. supraspinatus, M. infraspinatus und M. teres minor immer auch die Einstrahlungsstelle am Tuberculum majus untersuchen und ggf. behandeln (ligamentäre/periostale Triggerpunkte) ▪ mitbeteiligt bei Impingement-Symptomatik

Empfehlungen für den Patienten

- Meiden perpetuierender und auslösender Faktoren
 - Vermeiden von längerem Arbeiten über Kopfhöhe
 - Vermeiden, schwere Lasten (Koffer) mit hängendem Arm zu tragen (Rolli benutzen)
 - Entlastungsstellungen einnehmen, z.B. Hand in Manteltasche; Arm auf Tisch bzw. Stuhllehne legen
- Selbstbehandlung („Einhacken“ mit Fingerkuppen der Hand der Gegenseite)
- regelmäßige Dehnung des Muskels (Schürzengriff; **Abb. 7.13**)



Abb. 7.9 Ischämische Kompression (Technik I) durch den M. trapezius descendens hindurch.



Abb. 7.10 Das Aufdehnen der TrP-Region (Technik II) erfolgt durch den M. trapezius hindurch; ein Triggerpunkt-Hölzchen entlastet die Finger des Therapeuten.



Abb. 7.11 Fasziendehnung (Technik III) durch den M. trapezius hindurch.



Abb. 7.12 Faszientrennung (Technik IV) zwischen M. supraspinatus und M. trapezius descendens; dies ermöglicht die direkte Behandlung der ventralen Fasern (Technik I bzw. II) des M. supraspinatus.



Abb. 7.13 Selbstdehnung (Technik V) des M. supraspinatus mit „Schürzengriff“.