

Datum: 16.09.2025

Patient: Mustermann, Max *01.01.1990
MRT der rechten Schulter vom 15.09.2025Befundung durch: K. Lamadé
Facharzt für RadiologieKlinische Angaben

Seit mehreren Wochen bestehende, zunehmende Schmerzen in der rechten Schulter, zunächst belastungsabhängig, inzwischen auch in Ruhe. Der Beginn der Beschwerden wird ohne erinnerliches Trauma angegeben. Es bestehen insbesondere Schmerzen bei Überkopfbewegungen und beim seitlichen Abspreizen des Armes. Nachtschmerzen mit Schlafstörung werden angegeben, eine Besserung unter Schonung blieb bislang aus. Klinisch zeigt sich eine eingeschränkte Beweglichkeit mit schmerzhafter Außenrotation und Abduktion.

Fragestellung

Verdacht auf Läsion der Rotatorenmanschette.

Technik

MRT der rechten Schulter in axialer, koronarer und sagittaler Schichtführung. Protonendichte- und T2-gewichtete Sequenzen mit und ohne Fettsättigung wurden angefertigt.

Gerät: Siemens Altea

Magnetische Feldstärke: 1.5T

Befund*Knochen und Gelenkknorpel*

Das Glenohumeralgelenk ist regelrecht konfiguriert. Kein Nachweis einer Ergussbildung oder Synovitis. Kein Hinweis auf osteochondrale Läsionen. Die knöchernen Strukturen (Humeruskopf, Glenoid, Akromion, Clavicula) zeigen ein regelrechtes Marksignal ohne Anhalt für Fraktur, Bone bruise oder osteonekrotische Veränderungen. Kein Hinweis auf knöcherne Anbauten mit Relevanz für ein subakromiales Impingement.

Labrum und Gelenkkapsel

Das Labrum glenoidale ist in allen Abschnitten signal- und formgerecht abgrenzbar, ohne Nachweis einer Ruptur oder Ablösung. Die Gelenkkapsel ist unauffällig, keine Zeichen einer Kapselverdickung oder -kontraktur. Kein Nachweis von paralabralen Zysten.

Rotatorenmanschette

Am Ansatz der Supraspinatussehne zeigt sich eine artikulareseitige Partialruptur (PASTA-Läsion). Der Defekt betrifft etwa 50–60 % der Sehnendicke, ohne Nachweis einer Transfixation oder Retraktion. Die Muskelqualität ist regelrecht, ohne Nachweis fettiger Infiltration (Goutallier Grad 0). Die Subscapularissehne weist signalalterierte Areale im distalen Verlauf auf, vereinbar mit einer Tendinopathie, ohne Hinweis auf Teilruptur. Infraspinatus- und Teres-minor-Sehne sind unauffällig darstellbar.

Lange Bizepssehne

Die lange Bizepssehne ist korrekt in der Bizepsrinne gelegen, reguläres Signal, kein Nachweis einer Ruptur oder Subluxation. Pulleystrukturen intakt.

Bursa subacromialis et subdeltoidea

Die Bursa subakromialis-subdeltoidea ist schmal und unauffällig, ohne relevante Flüssigkeitsansammlungen.

Weichteile

Die umgebenden Weichteilstrukturen, Muskulatur und Fettgewebe sind regelrecht. Keine Raumforderungen, Ödeme oder entzündlichen Veränderungen.

Beurteilung

Artikulareseitige Partialruptur des Supraspinatussehnenansatz (PASTA-Läsion) mit Defekt von etwa 50–60 % der Sehnendicke, ohne Retraktion und mit erhaltener Muskelqualität (Goutallier Grad 0).

Zusätzlich Tendinopathie der Subscapularissehne.

Keine weiteren pathologischen Veränderungen.

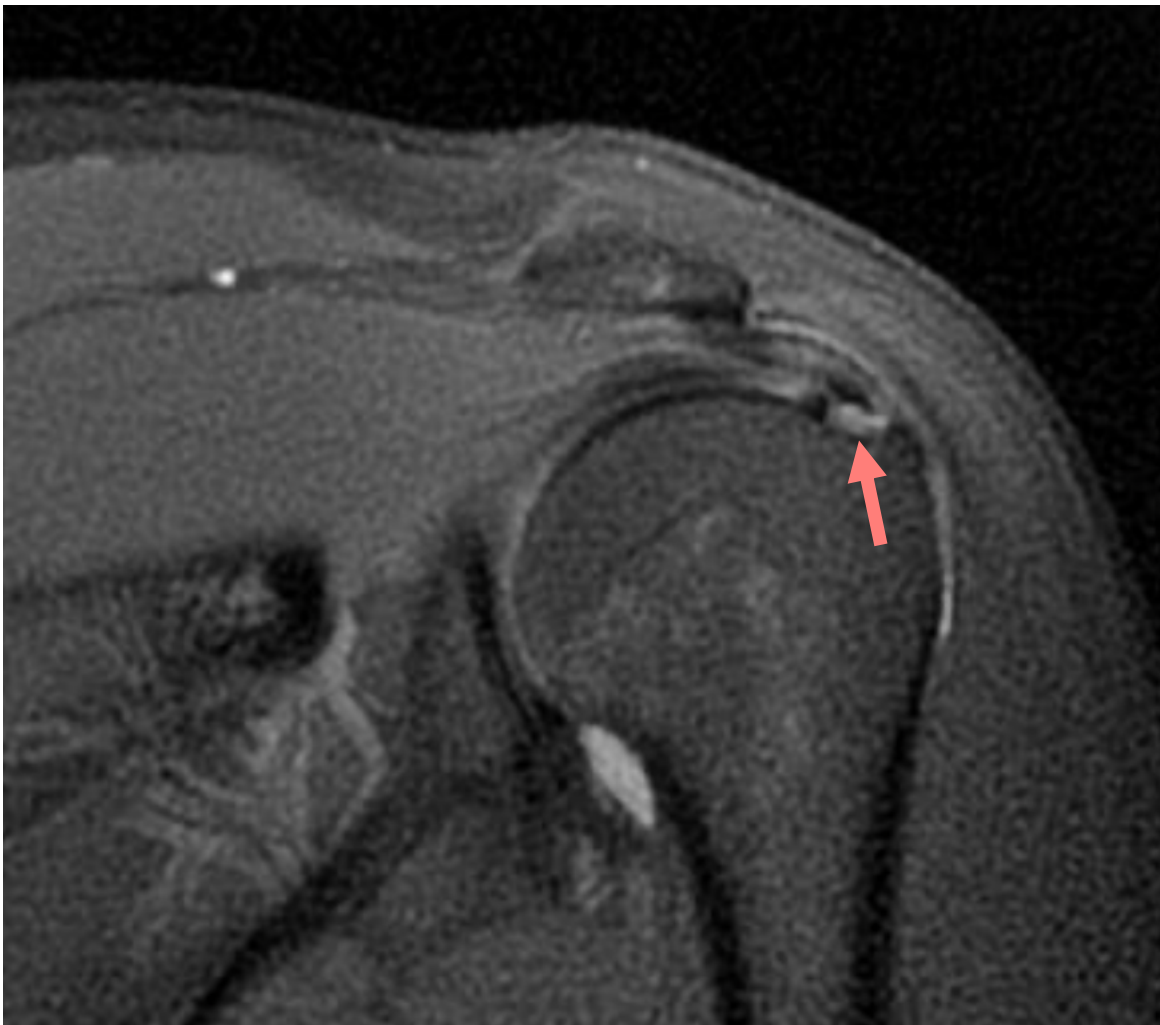
Laienverständliche Erklärung

Bei der Untersuchung hat sich gezeigt, dass an einer wichtigen Sehne der Schulter, der sogenannten Supraspinatussehne, ein Schaden vorliegt. Diese Sehne ist ein Teil der Rotatorenmanschette, die für die Beweglichkeit und Stabilität der Schulter entscheidend ist. Es handelt sich nicht um einen vollständigen Riss, sondern um eine teilweise Verletzung an der Innenseite der Sehne, die etwa die Hälfte der Sehnendicke betrifft. Solche Veränderungen können die beschriebenen Schmerzen erklären, besonders beim Anheben des Armes oder bei Überkopfbewegungen, sowie die nächtlichen Beschwerden, die typisch für diese Art von Sehnenverletzung sind. Positiv ist, dass die Muskulatur in diesem Bereich gesund erhalten ist, was für die weitere Behandlung und eine mögliche Heilung ein günstiger Faktor ist.

Zusätzlich zeigen sich kleinere Veränderungen an einer weiteren Sehne, der Subscapularissehne, die auf eine beginnende Überlastung oder Abnutzung hindeuten. Diese Veränderungen sind jedoch weniger ausgeprägt und haben derzeit vermutlich eine untergeordnete Bedeutung für die Beschwerden. Andere wichtige Strukturen der Schulter, wie das Gelenk, die Bizepssehne, das Labrum oder die Schleimbeutel, sind unauffällig und zeigen keine krankhaften Veränderungen. Auch das umgebende Knochengewebe weist keine Auffälligkeiten auf.

Empfehlung

Für das weitere Vorgehen ist es sinnvoll, die Schulter zunächst konservativ zu behandeln. Dazu gehören Schonung in Kombination mit gezielter Physiotherapie, schmerz- und entzündungshemmende Medikamente sowie gegebenenfalls Infiltrationen, wenn die Beschwerden bestehen bleiben. Sollte sich darunter keine ausreichende Besserung einstellen, kann ein operatives Vorgehen in Erwägung gezogen werden. Eine frühzeitige orthopädische Mitbetreuung ist daher empfehlenswert.



Gelenkseitiger Teilriss am Ansatz der Supraspinatussehne

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen,

Ihr Team von Verimedis, vertreten durch K. Lamadé.