

## Stress mit der Schulter

Der Schulterschmerz stellt eine erhebliche Beeinträchtigung der Alltags- und Berufsaktivitäten dar. Eine Vielzahl von Erkrankungen können Schulterschmerzen verursachen. Die umfassende Darstellung aller möglichen Ursachen sprengt den Rahmen dieses Artikels, so dass wir uns auf zwei häufige Erkrankungsbilder beschränken wollen. Häufigste Ursache für Schulterschmerzen stellen die so genannten Engpasssyndrome der Schulter dar. Aber auch die Arthrose des Schultergelenkes kann eine schmerzhafte Funktionseinschränkung bewirken.

Häufig sind es lediglich kurzzeitige Schmerzphasen nach Überlastung der Schulter (z.B. ungewöhnliche Belastungen wie Umzug, Gartenarbeiten oder das Tapezieren einer neuen Wohnung). Nach einigen Tagen klingen die zum Teil heftigen Beschwerden ohne Folgen ab. Ursache ist dann eine überlastungsbedingte Schleimbeutelentzündung (Bursitis) der Schulter. So schnell wie sie gekommen ist, geht sie auch wieder. Viele von uns haben diese Situation schon einmal erlebt. Lästig wird es erst, wenn die Schmerzen nicht wieder nachlassen, sondern chronisch werden. Jede Überkopfbewegung ist schmerzhaft, Liegen auf der betroffenen Schulter ist kaum möglich und häufig ist der so wichtige Nachtschlaf gestört. Nicht nur die berufliche Belastbarkeit sinkt oder es kommt gar zur Arbeitsunfähigkeit, auch kann das Allgemeinbefinden durch die ständige Störung des Nachtschlafes beeinträchtigt sein.

Spätestens dann ist ärztliche Hilfe gefragt. Zu klären sind zunächst die Ursachen der nicht enden wollenden Schmerzsymptomatik. Die oben angeführten Überlastungen stellen nämlich meist nur den Anlass für den Schulterschmerz dar. Die Ursache ist ein chronisches Engpasssyndrom des Schultergelenkes. Ob diese Enge durch die Knochenform und/oder die Stellung der Knochen zueinander, die muskuläre Situation (Muskelkraft und Muskelbalance) oder die Muskelsteuerung (also den Bewegungsablauf) bedingt ist, muss durch verschiedene Untersuchungen geklärt werden.

Neben der ausführlichen Befragung des Patienten (Anamnese) ist die subtile klinische Untersuchung schon häufig richtungweisend in der Diagnose. Zusätzlich liefern die Ultraschalluntersuchung (Sonographie) und das Röntgenbild wichtige Informationen über die Ursache des Schulterschmerzes. Wenn nach dieser „Basisdiagnostik“ immer noch keine eindeutige Diagnose zu stellen ist, müssen die so genannten Schichtbildverfahren weiterhelfen. Hier ist besonders das MRT (Magnetresonanztomographie) geeignet, um die Weichteilstrukturen (Muskeln, Sehnen und Bänder) des Schultergelenkes zu beurteilen.



Ultraschalluntersuchung der Schulter

Die einfachste Form der Engpasssyndrome sind die Schleimbeutelentzündungen (Bursitis). Nach Chronifizierung kommt es dann zur Sehnenentzündung (Tendinitis) mit der Sonderform der verkalkenden Sehnenentzündung (Tendinitis calcarea, „Kalkschulter“). Hält das Engpasssyndrom unbehandelt an, kann es zur Zerreißung der Sehnenkappe (sog. Rotatorenmanschette) kommen. Obwohl diese Zerreißung im sehr hohen Lebensalter häufig symptomlos bleibt, stellt sie im mittleren Alter eine erhebliche schmerzhafte Funktionsstörung der Schulter dar.

Konnte durch eine subtile Diagnostik die oben beschriebenen Ursachen differenziert werden, ist eine gezielte Therapie einzuleiten. Wie fast immer in der Orthopädie beginnt man mit einer konservativen Therapie. Neben der meist notwendigen medikamentösen Schmerztherapie erfolgt die eine oder andere Form der Krankengymnastik und Physiotherapie. Leider sind hier vom Gesetzgeber im aktuellen Heilmittelkatalog sehr restriktive Einschränkungen „verordnet“ worden. Die weltweit anerkannten krankengymnastischen Behandlungen auf neurophysiologischer Grundlage, wie die PNF-Therapie, sind in Deutschland z.Z. für Kassenspatienten nicht verordnungsfähig.

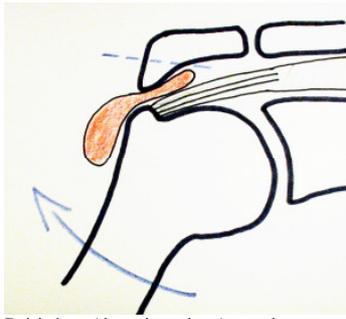
Höchste Priorität hat allerdings das tägliche Hausübungsprogramm durch die Patienten selbst. Die beim Physiotherapeuten erlernten Übungen sollten täglich wiederholt werden. Wie ein Sportler sein tägliches Training absolviert, muß der Schulterpatient seine funktionsgestörte Schulter täglich konditionieren. Dies gilt insbesondere bei den Formen, bei denen Muskelschwäche- bzw. Dysbalance Ursache des Engpassyndromes sind.

Sind diese Behandlungsformen nicht ausreichend, hat sich eine spezielle Injektionstherapie (Spritze) bewährt. Durch ein lokal wirkendes Betäubungsmittel und ein entzündungshemmendes Präparat kann der entzündlich verdickte Schleimbeutel zur Abschwellung gebracht werden. Die räumliche Enge unter dem Schulterdach nimmt ab, die Schmerzen lassen nach bzw. verschwinden und die Funktion der Schulter normalisiert sich. Bei den einfachen Formen der Engpasssyndrome ist das Problem damit häufig behoben. Bei den chronifizierten Formen, kommt die Symptomatik nach 6 – 12 Wochen häufig wieder. Kann auch eine Wiederholung der Injektion keine dauerhafte Linderung erzielen, muss über operative Möglichkeiten nachgedacht werden.



Der Gleitraum für Sehne und Schleimbeutel (gelb) ist durch den darüberliegenden Knochen deutlich eingengt.

Gemeinsame Basis aller operativen Möglichkeiten stellt die sog. subakromiale Dekompression (SAD), die operative Erweiterung des verengten Gleitraumes dar. Entsprechend der Erkrankungsform sind dann noch weitere Maßnahmen, wie Sehnennaht bzw. Sehnenrekonstruktion oder Entfernung des Kalkdepots notwendig. Nach der Operation ist meist eine gewisse Ruhigstellung der Schulter in einem speziellen Verband notwendig.



Bei jedem Abspreizen des Armes kommt es zum Einklemmen von Schleimbeutel (rot) und Sehne.

Die Länge der Ruhigstellung richtet sich nach der durchgeführten Operation und liegt zwischen 2 – 6 Wochen. Integraler Bestandteil der operativen Therapie von Schultererkrankungen ist die postoperative Rehabilitation. Sie sichert die Wiedererlangung der durch die Erkrankung und die Operation gestörten Koordination des Bewegungsablaufes des Schultergelenkes sowie deren Belastbarkeit. Häufig besteht 6 Wochen nach der OP schon wieder eine volle Belastbarkeit der Schulter. Manchmal, besonders bei längerer Krankengeschichte, dauert die Rehabilitation deutlich länger und stellt die Geduld des Patienten aber auch des Therapeuten und Arztes auf eine harte Probe. Deshalb ist ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis und die Integration aller Beteiligten in den Therapieplan bei der operativen Therapie von Schultererkrankungen von ausschlaggebender Bedeutung. Dieses Prinzip ist bei der Betreuung von Schulterpatienten in einer Praxisklinik optimal umsetzbar. Die Diagnosestellung, die anfängliche konservative Therapie, die Indikationsstellung, die Operation sowie die postoperative Betreuung liegen in der Hand eines Arztes, der Patient hat Vertrauen, fühlt sich sicher. Es besteht keine Anonymität, der vertraute Ansprechpartner (Arzt) ist jederzeit für seinen Patienten da.

Das zweite Krankheitsbild, was ich noch kurz anreißen möchte, stellt den Behandler häufig vor ein größeres Problem. Gemeint ist die Arthrose des Schultergelenkes, die sog. Omarthrose. Hierbei kommt es zu einem Abrieb der gleitfähigen Knorpelschicht im Gelenk sowie zur Bildung von Knochenvorsprüngen und später auch zur Verformung der Gelenkpartner, was zu einer erheblichen Funktionsstörung, Bewegungseinschrän-

kung und Schmerzhaftigkeit der Schulter führt. Therapeutisch kann man zwar die Schmerzen lindern, eine wesentliche Funktionsverbesserung ist konservativ, also nicht-operativ, kaum möglich. Die starke Bewegungseinschränkung der Schulter, insbesondere bei beidseitigem Befall, kann die Selbständigkeit eines Menschen stark beeinträchtigen, denken wir nur an die Körperhygiene.

Wie bei der Hüft- und Kniearthrose besteht auch an der Schulter die Möglichkeit der Implantation von Gelenkprothesen. Obwohl ebenso gute Ergebnisse wie z.B. mit Hüftendoprothesen zu erreichen sind, wird die Indikation zur Schulterprothese noch relativ selten gestellt. Fast immer kann eine deutliche Schmerzreduktion bzw. Schmerzfreiheit und eine alltagstaugliche Beweglichkeit der Schulter geschaffen werden. Durch Weiterentwicklung der Prothesenmodelle sind auch reine Oberflächenersatzprothesen möglich. Hier wird nur der erkrankte Knochenanteil entfernt und durch die Prothese ersetzt. Die Verankerung der Prothese mit langen Metallstielen ist nicht mehr notwendig.



„Resurfacing“-Schulter-Prothese der Fa. Argomedical. Foto: PD Dr. R. Hertel, Bern

Durch diese Prothesenart sind die Verletzungen des Gewebes bei der Operation relativ gering, die Operationszeit ist kurz, so dass auch hier eine kurzstationäre Behandlung möglich ist. Ein langer Krankenhausaufenthalt kann vermieden werden.

Stress mit der Schulter kann meist vermieden werden. Eine subtile Diagnostik, eine hochqualifizierte Therapie und nicht zuletzt ein gut motivierter Patient führen fast immer zum Ziel.

Dr. Thomas Wuthe,  
Saale-Klinik-Halle