

Schmerzen in der Schulter

EL-Gesundheitstipp: Gelenk ist anfällig für Erkrankungen

Von Bernd Schmitz

Thuine (EL) – Das Schultergelenk ist ein so genanntes kraftschlüssiges Gelenk und ermöglicht uns ein hohes Maß an Bewegungsfreiheit. Diese Tatsache macht das Gelenk aber auch anfällig für unterschiedliche, schmerzhaft Pathologien.

Anders als das Hüftgelenk, was einen hohen Führungsgrad zwischen Gelenkpfanne und Gelenkkopf aufweist und deshalb als „formschlüssig“ bezeichnet wird, ist die Schulter als „kraftschlüssiges“ Gelenk sehr von einem komplexen statischen und dynamischen Weichteilmantel abhängig. Das Verhältnis von Schulterpfanne zu Oberarmkopf beträgt lediglich 1:5. Somit kann man sich leicht vorstellen, dass ein disharmonisches Weichteilspiel enorme Probleme in der Biomechanik der Schulter auslösen kann. Zu Beginn steht meist ein sich langsam entwickelnder Schmerz, welcher häufig ohne äußere Einwirkung entsteht.

In der orthopädischen Praxis gehören Schulterschmerzen zum dritthäufigsten muskuloskelettalen Beschwerdebild. Ein zentraler Bestandteil in der Schulterproblematik spielt häufig die sogenannte Rotatorenmanschette. Diese Sehnenhaube umgibt den Oberarmkopf vollständig und ist im wesentlichen für die Zentrierung des Oberarmkopfes in der Gelenkpfanne und für die kraftvolle Bewegung der Schulter in allen Ebenen zuständig. Bei Bewegung des Schultergelenkes gleitet diese Sehnenhaube unter dem Schulterdach durch und wird dabei von einem Schleimbeutel unterstützt. Dieser sog. subacromiale Raum muss ausreichend weit sein, damit die Sehnenhaube ungestört gleiten kann.

Kommt es zu einer Enge unter dem Schulterdach liegt ein „Engesyndrom“ oder auch „Impingementsyndrom“ vor. Dazu beitragen können knöcherne Ausziehungen vom Schulterdach, vom Schulter-eckgelenk, Entzündungen des Schleimbeutels sowie Risse in der Rotatorenmanschette. Häufig kommt es dann zu Schmerzen beim Liegen auf der Schulter oder bei Überkopparbeiten. Häufig leiden auch Wurfspieler, Handballer sowie Volleyballer unter einem Impingementsyndrom.

Ein weiteres Krankheitsbild, welches starke Schmerzen erzeugen kann, stellt die Kalk-



Bernd Schmitz ist Chefarzt der Abteilung für Orthopädie, Endoprothetik und Unfallchirurgie am Elisabeth-Krankenhaus in Thuine. NSK-Foto

schulter dar. Die Pathogenese dieses Krankheitsbildes ist wissenschaftlich noch nicht abschließend geklärt; hierbei kommt es aufgrund sowohl mechanischer als auch vaskulärer Ursachen zu Kalkablagerungen in der Rotatorenmanschette häufig begleitet mit Entzündungen des Schleimbeutels unter dem Schulterdach.

Eine weitere teilweise sehr schmerzhaft Erkrankung ist die Schultersteife, auch „frozen shoulder“ genannt. Hierbei beschreiben die Patienten eine meist spontane Einschränkung der Schulterbeweglichkeit, welche zu Beginn rasant fortschreitet. Nach dieser Einsteifungsphase folgt die Phase der Schultersteife, gefolgt von der Phase des „Auftauens“. Im wesentlichen handelt es sich um eine unspezifische Entzündungsreaktion der Gelenkkapsel häufig vergesellschaftet mit Erkrankungen wie dem Diabetes mellitus sowie Schilddrüsenleiden.

Als letzte grosse Erkrankungssäule im Bereich der Schulter ist die Omarthrose, also die Schultergelenksarthrose zu nennen. Hierbei kommt es wie in jedem Gelenk, welches von Arthrose befallen ist, zu einem drastischen Abbau des Gelenkknorpels zwischen Gelenkpfanne und -kopf. Hierbei muss man zwischen primären Arthrosen, bei denen die Ursache nicht abschliessend geklärt werden kann und sekundären Arthrosen (Entzündung, Fraktur, Fehlstellung) unterscheiden. Auch bei der Schulter besteht dann häufig ein Anlauf- und Belastungsschmerz begleitet von einer zunehmenden Bewegungseinschränkung.

Zentral für die Einleitung der korrekten Therapie ist zunächst die Diagnosefindung. Dazu gehören eine ausführliche Patientenbefragung - auch zu be-



stehenden Begleiterkrankungen. Im weiteren muss eine dezidierte klinische Untersuchung des Schultergelenkes erfolgen, in der das Bewegungsausmaß kontrolliert wird und Schmerzpunkte identifiziert werden können. Zudem werden Provokationstest gemacht, um zu sehen, bei welcher Bewegung und bei welcher Position des Armes die Schmerzen auftreten. Auch die Kraftentfaltung muss bestimmt werden. Orientierend wird die Halswirbelsäule immer mit begutachtet.

Im nächsten Schritt wird dann eine Sonografie des Schultergelenkes durchgeführt, in der dynamisch alle Weichteilstrukturen beurteilt werden können. Es folgt die Röntgendiagnostik ggf. unterstützt durch eine Kernspintuntersuchung (MRT) oder eine Computertomographie (CT).

Nach Diagnosefindung kann häufig konservativ ohne operative Intervention eine Linderung bzw. Heilung der Pathologie erreicht werden. Hierzu gehören die Durchführung von Krankengymnastik und Funktionstraining sowie Einnahme von Schmerzmitteln. Im weiteren können physikalische Anwendungen einen Erfolg bringen oder eine Reizstromtherapie. Auch eine Infiltrationstherapie kann sinnvoll sein.

Sollten diese Maßnahmen keinen dauerhaften Erfolg erwirken, stehen uns an der Schulter viele arthroskopische, minimal-invasive OP-Methoden (Schlüssellochtechnik) zu Verfügung, um die strukturelle Pathologie zu beseitigen. Dazu gehören die Beseitigung von Engstellen unter dem Schulterdach, die Naht von Sehnenrissen, das Entfernen von Kalk-einlagerungen sowie die Gelenklösung zur Normalisierung des Bewegungsausmaßes. Sollte eine hochgradige Arthrose oder die vollständige Zerstörung der Sehnenhaube vorliegen ist, bei entsprechendem Leidensdruck, die Implantation einer Schulterprothese zu diskutieren, was heutzutage bei erfahrenen Operateuren zu guten funktionellen Ergebnissen führt.