

Problemfall Schulter

Text von unserer Redakteurin Iris Baars-Werner

Orthopädie-Serie: Erkrankungen, bei denen es auf die streng abgegrenzte Diagnose ankommt – Rätselhafte Ursachen

Patienten mit Schulterschmerzen sind häufige Gäste in der Praxis des Heilbronner Chirurgen und Orthopäden Dr. Andreas Simpfendörfer und in den Praxen des Physiotherapeuten Volker Sutor im Raum Heilbronn. Seit 15 Jahren, erzählt Simpfendörfer, hat das Thema „erheblich an Bedeutung zugenommen“. Nicht etwa, weil die Menschen sich bei Sport und Freizeit häufiger verletzen. Eher, weil es mehr alte Menschen gibt, vor allem mehr alte und aktive. Stärker als die Demografie tragen zur Zunahme zwei Dinge bei: Es gibt inzwischen differenziertere Untersuchungs- und deutlich bessere Behandlungsmethoden – und die Menschen sind nicht mehr bereit, Bewegungseinschränkungen hinzunehmen oder Schmerzen auszuhalten. Mit Schulterproblemen gehen sie in die orthopädische Sprechstunde.

Neben Frakturen, Sehnenverletzungen, Luxationen und Instabilitäten der Schulter gibt es drei Erkrankungsbilder: das Impingement, also das Engpasssyndrom, zu dem die Kalkschulter gehört, die adhäsive Kapsulitis, auch Frozen Shoulder genannt, und die Arthrose.

Sammelbegriff Engpasssyndrom

„Das Engpasssyndrom ist die häufigste Diagnose“, weiß Andreas Simpfendörfer – unter dem Begriff sammeln sich viele ähnliche Beschwerden, etwa der nächtliche Schmerz, Schmerzen bei Über-Kopf-Bewegungen und Schmerzen, wenn man den Arm in einem Bogen zur Seite führt. Der Sammelbegriff ist gleichzeitig das größte Problem der Diagnose: „Beim Befragen hören sich alle Symptome gleich an“, sagt Volker Sutor. Es kommt, so Simpfendörfer, darauf an „ganz genau nachzufragen“: Gab es einen Sturz, eine Verletzung? Kommen die Beschwerden in Wellen, sind sie episodisch oder ein Dauerzustand? Neben der Anamnese ist für den Arzt die körperliche Untersuchung ausschlaggebend, Ultraschall und Röntgen helfen dabei weiter.

Die Patienten sind meist erstaunt: Braucht es nicht ein MRT, die Untersuchung in einem Kernspintomografen? „Erfahrene Therapeuten brauchen das nicht oft“, sind sich Andreas Simpfendörfer und Volker Sutor einig. Zum MRT raten beide nur, „wenn die Therapie nicht anschlägt“ (Simpfendörfer), „wenn auch nach längerer Zeit keine Veränderung eintritt“ (Sutor). Trotzdem kommen schon viele Patienten mit einem MRT-Befund auf Sehnenriss zum Arzt. Doch: „Die Interpretation entlarvt häufig nicht die Ursache“, sagt Simpfendörfer. Sutor ergänzt: „Würde man alle Gesunden ab 60 zum MRT schicken, käme die Hälfte mit einem falsch-positiven Befund auf Sehnenriss ohne klinische Relevanz zurück.“

Als Form des Engpasssyndroms ist die sogenannte Kalkschulter eine spontan auftretende Erkrankung. Durch die Sehnenentzündung kommt es zur Kalkbildung, die man im Röntgenbild sieht. Auffällig: „Da kommt es zu extremen Verläufen. Die Patienten haben spontane Schulterschmerzen, quasi über Nacht“, berichtet der Mediziner. Die Patienten sind zumeist zwischen 30 und 50 Jahre alt – und in neun von zehn Fällen Frauen. „Die genauen Vorgänge der Entstehung sind nicht bekannt“, enttäuscht Andreas Simpfendörfer die Ursachenforscher unter seinen Patientinnen.

Adhäsive Kapsulitis

Genauso unklar ist, wie genau die Frozen Shoulder entsteht. Diese Autoimmunerkrankung heißt medizinisch korrekt adhäsive Kapsulitis, verklebende Kapselentzündung. Auch hier sind die Betroffenen eher Frauen als Männer, meist zwischen 40 und 60 Jahren alt (also etwas älter als bei der Kalkschulter). Auffällig häufig geht die Kapsulitis einher mit begleitenden Diagnosen wie Stoffwechselstörungen, auch Diabetes. Oder die Betroffenen sind Raucher. Der landläufige Name Frozen Shoulder leitet sich vom Krankheitsverlauf ab: In der ersten Stufe tritt der Schmerz

auf, dann friert die Schulter quasi langsam ein, die Bewegungen werden immer eingeschränkter und immer schmerzhafter, dann versteift die Schulter (ist also eingefroren), wobei der Schmerz nicht mehr dominant ist. In einer dritten, relativ schmerzfreien Stufe taut die Schulter wieder auf.

Sechs bis 18 Monate kann nach Andreas Simpfendörfers Erfahrung diese Erkrankung die Patientinnen beeinträchtigen, sogar ein bis vier Jahre, „wenn man es nicht richtig macht“, berichtet Volker Sutor. Der erfolgversprechendste Weg: „Die Patienten müssen früh kommen, dann muss man Schmerzen und Entzündung hochdosiert medikamentös bekämpfen“ – zumeist mit Cortison, das direkt in das Gelenk injiziert wird. „In dieser Phase muss man die Schulter in Ruhe lassen“, sagt Simpfendörfer, „da ist nur Schmerz lindern angesagt“, stimmt ihm Sutor zu.

Erst danach dürfe man als Therapeut „sehr sanft mobilisieren“, aber „immer am Schmerz orientiert“. Zum Schluss fügt sich eine sehr intensive Mobilisation an, um die Kapsel wieder beweglich zu machen. Neben der Manuellen Therapie in der Praxis des Therapeuten liegt die vollständige Heilung in der Verantwortung des Patienten: „Da muss man sich zu Hause weiterquälen“, so Sutor, Millimeter um Millimeter die Beweglichkeit zurückholen, sonst bleiben deutliche Resteinschränkungen: „Von alleine geht das nicht ganz weg.“

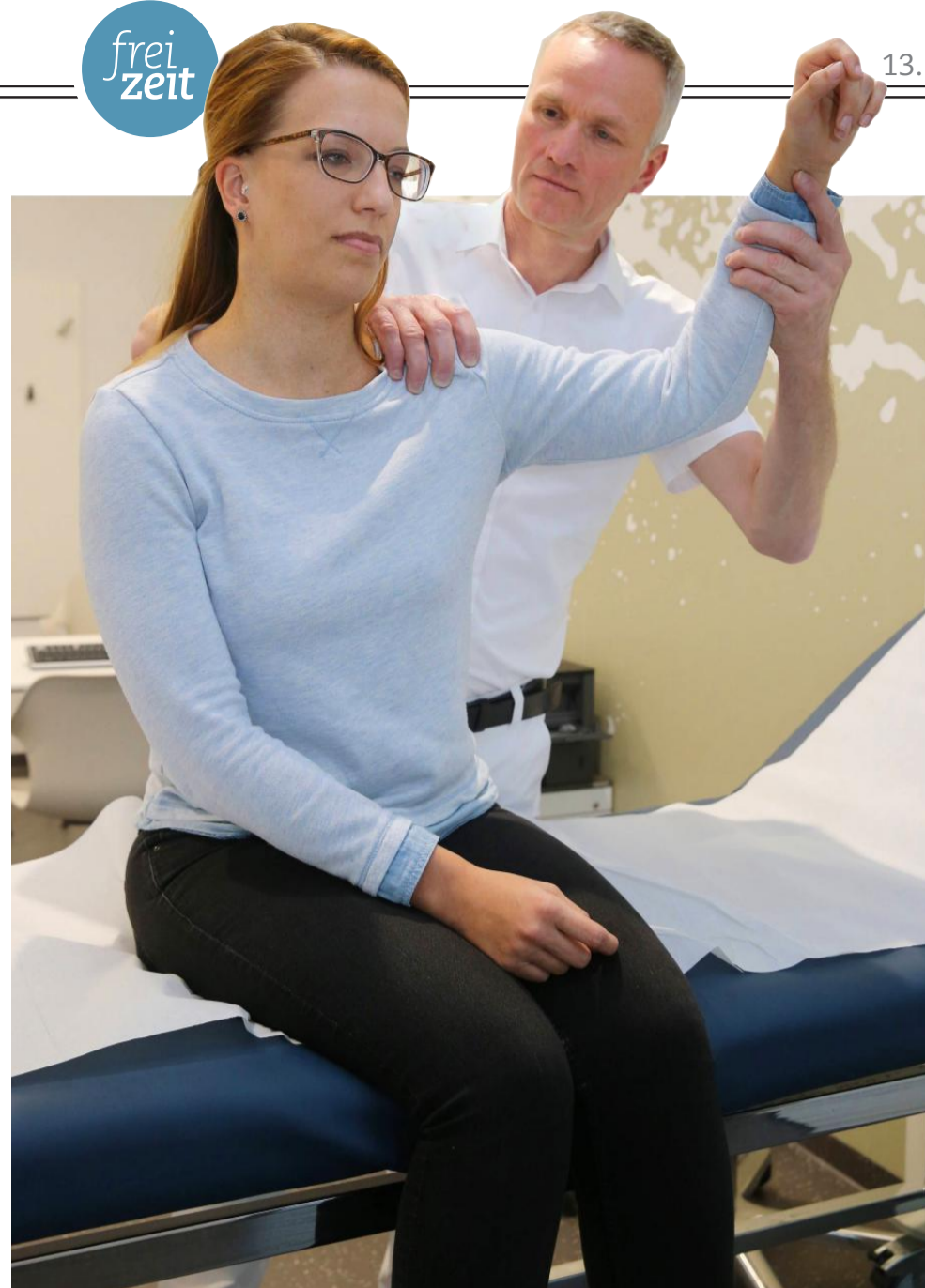
Eine Katastrophe ist, wenn eine Kapsulitis falsch diagnostiziert und wie ein Impingement behandelt wird, davor warnen der Arzt und der Therapeut gleichermaßen. Denn während das Impingement recht schnell zur Domäne des Therapeuten wird, ist bei der Kapsulitis eine zu frühe Mobilisation geradezu Gift. Wovon man auf jeden Fall die Hände lassen sollte: Mobilisation unter Narkose. Steht bei der Frozen Shoulder Manuelle Therapie auf dem Rezept des Arztes („Mit sechsmal ist es da nicht getan“, sagt Simpfendörfer), so wird beim Impingement, auch bei der Kalkschulter, Physiotherapie verordnet. Mit dem Therapeuten werden die Übungen der Krankengymnastik eingeübt, Schulterblatt und Haltung kontrolliert, Über- und Unterbeweglichkeiten beobachtet. Dann ist die Ausdauer des Patienten gefragt, die Übungen konsequent fortzuführen. Das Ziel? „Den Schulterkopf wieder in der Mitte zentrieren“, so Volker Sutor.

Und Operationen? „Extreme Zurückhaltung“ zeigt der Arzt bei der Operation einer Frozen Shoulder. Für ihn hat hier die konservative Therapie eindeutige Priorität. Höchstens ganz zum Schluss, nach ausgiebiger Therapie, kommt „ein kleiner arthroskopischer Eingriff“ in Frage, wenn am Ende eine „kleine Einschränkung übrig bleibt“. Beim Engpasssyndrom „kann man über eine Operation erst dann nachdenken, wenn sich über drei bis sechs Monate bei der konservativen Behandlung keinerlei Verbesserung einstellt“, so Andreas Simpfendörfer.

Arthrose

Die Arthrose ist eine Verschleißerkrankung des Schultergelenkknorpels. Welche Festigkeit der Knorpel hat, das ist genetisch festgelegt. Von den großen Gelenken Knie, Hüfte und Schulter ist die Schulter selten von Arthrose betroffen, weil die Belastung hier deutlich geringer ist: „Wir springen ja nicht mehr von Baum zu Baum und hängen an den Armen“, verdeutlicht Andreas Simpfendörfer: „Der Mensch braucht für Alltagsaufgaben nur 30 Prozent der Beweglichkeit der Schulter.“ Arzt und Physiotherapeut empfehlen gleichermaßen „angepasste Bewegung, um den Knorpelstoffwechsel in Gang zu halten“.

„Schulterarthrose ist mit einem guten Maß an Bewegung ohne Überlastung im Fitnessstudio gut aufgehoben“, sagt Simpfendörfer. Volker Sutor rät eher, mit einem Therapeuten unter Anleitung ein Eigenprogramm zu erlernen, „danach kann der Patient es selber machen, egal wo“. Das Ziel: die Erkrankungsgeschwindigkeit verlangsamen – und den Zeitpunkt, an dem ein künstliches Gelenk operativ eingesetzt werden muss, hinauszögern.



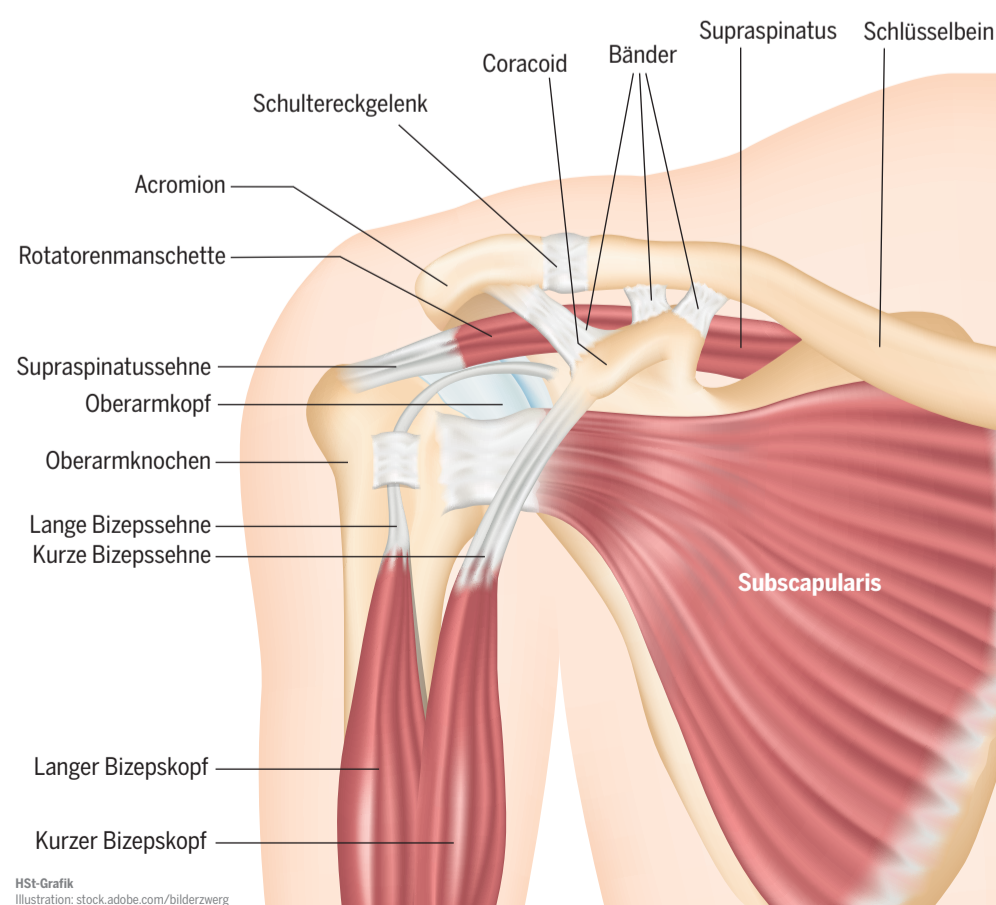
Der körperlichen Untersuchung, die Dr. Andreas Simpfendörfer an einer Mitarbeiterin demonstriert, kommt eine wichtige Rolle zu. Fotos: Andreas Veigel



Physiotherapeut Volker Sutor zeigt einer Patientin, mit welchen krankengymnastischen Übungen die Beweglichkeit der Schulter wiederhergestellt werden soll.



Anatomie der Schulter



HST-Grafik
Illustration: stock.adobe.com/bilderzweig

Tipps

Für den Physiotherapeuten Volker Sutor, der auch Fachbuchautor und Fachlehrer ist, kommt bei der Arthrose dem Fettstoffwechsel eine große Bedeutung zu. „Es gibt klare Hinweise darauf, dass Fettgewebe problematische entzündliche Prozesse auslöst.“ Auf den Fettstoffwechsel zu achten, Übergewicht zu vermeiden, ist daher eine wichtige Form der Prävention von Knie-, Hüft- und Schulterarthrose. Der Therapeut empfiehlt „angepasste Bewegung“ und ergänzt: „Sie darf anstrengend sein, sollte aber nicht weh tun – vor allem nicht am nächsten Tag.“

In der nächsten Folge unserer Orthopädie-Serie am 27. Januar geht es um Probleme mit der Hüfte. Alle Texte gibt es unter www.stimme.de zum Nachlesen.