

DR. MED. DIPL. MED. JENS BLUMTRITT
AGA-INSTRUKTOR

Orthopädie - Rheumatologie - Sportmedizin - Chirotherapie
 Ambulante- & stationäre Operationen



Bahnhofstraße 103 b - Ärztehaus 1 - 86633 Neuburg a. d. Donau
 Telefon 0 84 31 / 33 22 - Fax: 0 84 31 / 4 86 49
 E-Mail: praxis@ortho-nd.de - Web: www.dr-blumtritt.de

Der Schulterschmerz

Sehr geehrte Leser der GOIN-Zeitschrift, liebe Patientinnen und Patienten!

Schulterschmerzen können vielseitige Gründe haben. Ich möchte Ihnen die wichtigsten Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten darstellen.

Extreme Schulterschmerzen treten zu meist auf, wenn eine sogenannte **Kalkschulter** vorliegt, sich der Kalkherd aus der Sehnenhaube (Rotatorenmanschette) herauslöst und in den zwischen Sehnenhaube und Schulterdach liegendem Schleimbeutel austritt. Dadurch wird der Schleimbeutel so extrem gereizt, dass die Schmerzen oft unerträglich sind. Die Behandlung besteht in der Schonung des Armes, Kühlung der vordere Schulterregion und der Einnahme von entzündungshemmenden und schmerzlindernden Tabletten. Sollte dies nicht zum Ziele führen, kann eine Kortisonspritze in den entzündeten Schleimbeutel die rasche Schmerzlinderung bewirken. Bei langanhaltenden, erfolglos behandelten Schmerzen ist eine Schulterendoskopie mit Entfernung des krankhaft eingelagerten Kalkes erforderlich.

Eine zweite Ursache extremer Schulterschmerzen ist die erste Phase der **Schultersteife** („frozen shoulder“). Hier kommt es zu einer Entzündung und Verengung der Schultergelenkapsel. Dies kann

durch Überlastungen, ungewohnte Arbeiten, Verletzungen oder bei zuckerkranken Patienten auftreten. Auch hier sind zunächst die Schonung sowie entzündungshemmende Behandlungen erforderlich wie z.B. die Einnahme von Kortison-Tabletten oder das Einspritzen von Kortison in das Schultergelenk.

Die dritte Ursache für extreme Schulterschmerzen ist der **Bandscheibenvorfall** der Halswirbelsäule, welcher auf die von der Halswirbelsäule in den Arm führenden Nerven drückt. Sollten Lähmungserscheinungen bestehen, ist eine Operation indiziert; ansonsten ebenfalls zunächst die Schonung und eine ab-

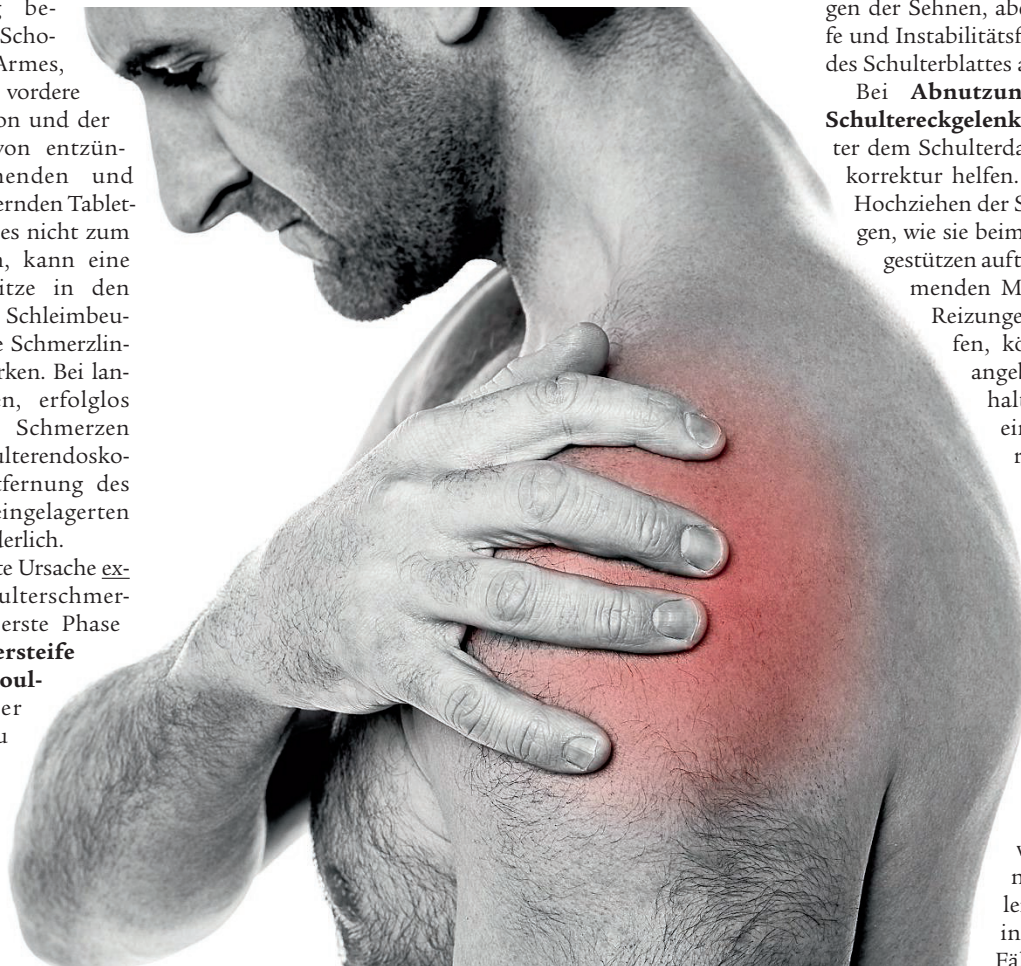
schwellende, entzündungshemmende Therapie. Bei starken Schulterschmerzen muss auch an **Erkrankungen der inneren Organe** gedacht werden, wie z.B. Herzinfarkt oder Erkrankungen der Gallenblase bzw. der Bauchspeicheldrüse.

Mildere Schulterschmerzen, welche besonders in **Ruhe** auftreten, können durch Abnutzungserscheinungen am Schultergelenk, Einklemmung der Sehnenhaube (Rotatorenmanschette) unter dem Schulterdach (s.g. Impingementsyndrom) bzw. die späte Phase der Schultersteife bedingt sein.

Belastungsschmerzen treten eher bei (Teil-) Rissen der Sehnenhaube, Entzündungen der Sehnen, aber auch bei Schultersteife und Instabilitätsformen der Schulter bzw. des Schulterblattes auf.

Bei **Abnutzungserscheinungen des Schultergelenkes** bzw. **Engpässen** unter dem Schulterdach kann eine Haltungskorrektur helfen. Zu vermeiden sind das Hochziehen der Schultern und Stauchungen, wie sie beim Fahrradfahren und Liegestützen auftreten. Entzündungshemmenden Medikamente lindern die Reizungen. Sollte dies nicht helfen, können Kortisonspritzen angebracht sein. Bei langanhaltenden Beschwerden ist eine endoskopische Operation mit Erweiterung des Schultergelenkes oder des Raumes unter dem Schulterdach sinnvoll.

Risse der Sehnenhaube der Schulter können zunächst mit Krankengymnastik behandelt werden, insbesondere wenn sie abnutzungsbedingt sind und nicht durch einen Unfall hervorgerufen wurden. Da diese Sehnenrisse nicht selbstheilend sind, wird heutzutage in beschwerdebehafteten Fällen eine Wiederherstel-





lung der Sehnenhaube durch einen endoskopischen Eingriff beim Spezialisten angestrebt. Zu beachten ist hier, dass oft eine Nachbehandlungsdauer von einem viertel bis halben Jahr erforderlich ist und Sehnenrisse, welche durch Abnutzung entstanden sind, an gleicher oder anderen Stellen wieder auftreten können, dann aber zumeist kaum Beschwerden machen.

Veränderungen der langen Bizepssehne können zu Schmerzen und schweren Schäden an der Sehnenhaube der Schulter führen. Diese Erkrankungen sind zum Teil sehr schwierig zu erkennen. Bei Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette bzw. der Bizepssehne sollten keine ruckartigen Belastungen durchgeführt werden, wie sie im Alltag, Beruf und beim Sport nicht selten sind. Als Behandlung werden hier auch zunächst Schonung und eine entzündungshemmende Medikation empfohlen. Sollten die Beschwerden sich über eine längere Zeit nicht bessern, ist eine Schulterendoskopie erforderlich, da nur hierdurch die Ursache der Schmerzen genau erkannt und behoben werden kann.

Sehnenentzündungen können durch Überlastung, beginnende Abnutzung, Verkalkungen oder knöcherne Engpässe entstehen. Neben Schonung und entzündungshemmenden Medikamenten ist eine vorsichtige Krankengymnastik zur Verbesserung der Haltung und zur Muskelentspannung sinnvoll. Ggf. kommen Kortisonspritzen unter das Schulterdach oder in das Schulterhauptgelenk, bei Kalkeinlagerungen eine Behandlung mit Stoßwellentherapie und letztendlich die endoskopische Kalkherdentfernung in Betracht. Sollten knöcherne Engpass-Synonyme vorliegen, ist eine minimalinvasive Beseitigung der zur Reizung führenden Knochenstellen erforderlich.

Eine weitere Ursache für Schulterschmerzen können **Instabilitäten** im Bereich des Schultergelenkes oder des Schulterblattes

sein. Die Behandlung ist eine Domäne der Krankengymnastik. Wichtig ist die eigenständige, konsequente Weiterführung der erlernten Übungen, da das Schultergelenk ein vorwiegend muskulär und bandgeführtes Gelenk ist und der Aufbau der stabilisierenden Muskulatur lange Zeit braucht.

Eine **Arthrose des Schulterhauptgelenkes** führt zu zunehmenden Ruhe- und Belastungsschmerzen und Bewegungseinschränkungen. Eine Schonung ist sinnvoll, da Bewegungsübungen oft einen zusätzlichen Reiz auslösen. Muskellockernde Maßnahmen sowie entzündungshemmende Medikamente bringen Linderung. Kortisoninjektionen zur Reduzierung der Reizung im Hauptgelenk sollten nicht zu häufig durchgeführt werden (höchstens dreimal pro Jahr, Abstand mindestens 6 Wochen). Bevor ein künstliches Schultergelenk eingesetzt wird, wünschen viele Patienten zunächst eine Schulterendoskopie und sogenannte „Gelenktoilette“. Hier werden zerstörte Knorpel-, Sehnen- und Bandteile aus dem Gelenk entfernt, damit diese keine weiteren Entzündungen hervorrufen, und die gereizte Schleimhaut wird verödet. Dieser Eingriff bringt jedoch keine Heilung, sondern nur einen Aufschub bis zum notwendigen künstlichen Ersatz des Gelenkes. Dieser sollte möglichst bevor eine zu starke Funktionseinschränkung des Gelenkes aufgetreten ist erfolgen. Besteht schon eine starke Funktionseinschränkung, ist diese durch das künstliche Gelenk nicht mehr komplett rückgängig zu machen.

Rheumatische Erkrankungen mit Schulterschmerzen bedürfen zunächst der Behandlung durch den Rheumatologen, um die Entzündungsaktivität durch moderne Medikamente einzudämmen. Sollte dies nicht ausreichend gelingen, ist eine Schulterendoskopie empfehlenswert, um das entzündete Rheumagewebe aus dem Gelenk zu entfernen, ehe das Gelenk durch selbiges zu stark zerstört wird.

In Folge von Verletzungen können nicht nur, wie oben erwähnt, Sehnenrisse entstehen, sondern selbstverständlich auch **Verletzungen der Knochen** am Schultergelenk und Schultergürtel, welche durch einen Facharzt erkannt und dann einer nichtoperativen oder operativen Therapie zugeführt werden.

Ausrenkungen (Luxation) des Schultergelenkes müssen möglichst rasch, vorzugsweise in Kurznarkose eingrenkt werden. Bei Patienten unter dem 30. Lebensjahr ist erfahrungsgemäß eine endoskopische Stabilisierungsoperation mit Wiederherstellung der verletzten Schultergelenkscapsel erforderlich, um ein weiteres Ausrenken zu verhindern. Bei Patienten über diesem Lebensalter besteht statistisch gesehen ein deutlich geringeres Risiko, dass das Schultergelenk erneut ausrenkt.

Verletzungen am **Schultereckgelenk** werden konservativ behandelt, wenn keine zu große Verschiebung des Schlüsselbeines vorliegt. Ansonsten existieren hier sehr viele Operationsmethoden, um das seitliche Schlüsselbein wieder am Schulterdach zu fixieren. Weitere Informationen und Videoaufnahmen zu verschiedenen Schultererkrankungen und Operationstechniken finden Sie auf meiner Website: www.dr-blumtritt.de

Vielen Dank für Ihr Interesse. ■

Kontakt:



Dr. med. Dipl. med. Jens Blumtritt
Orthopädie, Rheumatologie,
Sportmedizin
AGA Instruktor

Bahnhofstr. 103
86633 Neuburg
Telefon: 08431/3322
Fax: 08431/48649
www.dr-blumtritt.de