Anzeige

Sprechstunde am Sonntag

Subacromiale Schulterschmerzen – von Professor Dr. med. Klaus Fritsch

Schulterschmerzen sind sehr häufig. Der größte Teil der schmerzhaften Schultern lässt sich durch Haltungskorrektur gut beeinflussen, ein operatives Vorgehen ist meist nicht notwendig. Einen Überblick über die schmerzhafte Schulter gibt Professor Dr. Klaus Fritsch. Er ist Orthopäde und Unfallchirurg und auf operative Therapie von Schulter- und Knieproblemen spezialisiert.

Das Schultergelenk besteht eigentlich aus zwei Gelenken und zwei Gleitebenen. Das große Schultergelenk zwischen Oberarmkopf und Pfanne, das Schultereckgelenk am seitlichen Ende des Schlüsselbeins, die Gleitebene zwischen Schulterblatt und dem Brustkorb, und die Gleitebene unterhalb („sub“) der knöchernen Schulterhöhe (Acromion), der sogenannte Subacromialraum. Schulterschmerzen lassen sich anhand ihres Schmerzareals gut zuordnen. Der Vordere Schulterschmerz wird häufig durch Probleme der langen Bizepssehne ausgelöst. Ein Schmerz an der höchsten seitlichen Stelle der Schulter ist oft ein Problem des Schultereckgelenks. Ein Schmerz zwischen Schulter und Halswirbelsäule kann muskulär bedingt sein oder von der Wirbelsäule ausstrahlen.

Am Häufigsten ist der seitliche Schulterschmerz, der flächig bis in den seitlichen Oberarm ausstrahlt. Es handelt sich dabei meist um einen Schmerz aus dem Subacromialraum. In diesem Raum unter dem Acromion befinden sich ein Schleimbeutel und ein Teil einer Sehnengruppe, die Rotatorenmanschette. Egal wie es zu der Reizung im Subacromialraum kommt, durch Schleimbeutelentzündung, Einengung, Kalk oder

Sehnenriss – die Schmerzen äußern sich ähnlich: sie nehmen nachts zu, vor allem dann, wenn man flach liegt. Sobald der Oberkörper mit Hilfe einiger Kissen höher liegt, werden die Beschwerden besser. Manche Patienten schlafen deswegen in halbsitzender Position, um die Schmerzen einigermaßen zu ertragen. Der Schmerz wird verstärkt, wenn der Arm zur Seite gehoben wird. Ein Heben des Arms nach vorne ist meist weniger schmerzhaft. Der Reizzustand kann durch eine Schleimbeutelentzündung hervorgerufen werde. Dann hilft in aller Regel die Einnahme eines Schmerzmittels über einige Tage oder eventuell eine Injektion in den Schleimbeutel. Ein operatives Vorgehen ist in diesem Fall nur selten notwendig.

Beim „Subacromiales Impingement“ ist der Raum unterhalb des Acromions zu eng, das Acromion drückt auf die Rotatorenmanschette und den Schleimbeutel. „Impingement“ bedeutet so viel wie Aufprall - also ein Druck des Acromions auf die Strukturen darunter. Haltungskorrektur durch eine spezielle krankengymnastische Therapie und kurzzeitige Einnahme von Schmerzmittel bewirkt in den meisten Fällen Beschwerdefreiheit. Jede krankengymnastische Korrektur der Haltung dauert jedoch oft Wochen.

Ein weit verbreiteter Irrtum ist die Annahme, dass Varianten der knöchernen Schulterhöhe zu einem Riss der Rotatorenmanschette führen müssen. Es werden drei Formen des Acromions unterschieden: Typ 1 ist flach, Typ 2 ist bogenförmig und Typ 3 ist hakenförmig. Man könnte annehmen, dass ein hakenförmiges Acromion auf der Rotatorenmanschette scheuert und zu Sehnenrissen führt. Es gibt jedoch keinen Zusammenhang zwischen diesen verschiedenen Acromionformen und dem Auftreten von Rotatorenrissen. Nicht der Typ 1 ist am häufigsten, sondern Typ 2. Typ 3 findet sich bei 10% der Bevölkerung. Es ist deswegen auch sinnlos ein hakenförmiges Acromion vorbeugend operativ zu korrigieren. Lediglich wenn knöcherne Strukturen den Raum unterhalb des Acromions einengen und entsprechende nichtoperative Therapie nicht zum gewünschten Erfolg führt, sollte an eine operative Entlastung gedacht werden.

Manchmal kommt es auch zu Kalkeinlagerungen in die Rotatorenmanschette, zur sogenannten Kalkschulter. Die Ursache dafür ist unbekannt – es lässt sich daher auch keine vorbeugende Maßnahme durchführen. Der Kalk sitzt innerhalb der Sehne und führt zu einer Auftreibung und Reizung der Sehne. Dadurch kommt es auch zu einer subacromialen Enge und zu den gleichen Schmerzen, die zur Oberarmaußenseite ausstrahlen und sich nachts verstärken. Eine Gefahr für die Schulter besteht dabei nicht.

Eine Entfernung des Kalks, zum Beispiel durch eine Gelenkspielung, ist nur notwendig, falls die Schmerzen unerträglich werden und es zu einer Einsteifung der Schulter kommt. Der Kalk löst sich in aller Regel irgendwann spontan von selbst auf. Dies geht mit massiven Schmerzen einher, die circa eine Woche anhalten. Danach ist der Kalk zumindest zum Teil aufgelöst oder ganz verschwunden.

Risse der Supraspinatussehne – dies ist eine Sehne der Rotatorenmanschette – führen in der Regel auch zu einem Reizzustand im Subacromialraum, also zu Schmerzen an der Oberarmaußenseite, ähnlich wie beim Subacromialen Impingement. Da jedoch eine Sehne beschädigt ist, kommt es meist zusätzlich zu einer Schwäche beim Armheben. Rotatorenrisse sind häufig und nehmen mit dem Alter an Häufigkeit zu.

Durch kürzere oder längere Ruhigstellung ist keine Heilung des Risses zu erwarten, sondern nur eine Einsteifung der Schulter. Die Schulter sollte trotz des Sehnenrisses schmerzabhängig bewegt werden. Der Riss in der Sehne wird im Laufe der Zeit größer werden. Die Sehne zieht sich jedoch nur langsam zurück, durchschnittlich 5 mm im Jahr, so dass die Operation auch noch nach Wochen, in vielen Fällen auch noch nach längerer Zeit möglich ist.

Es ist allerdings individuell nicht vorauszusagen mit welcher Geschwindigkeit sich die Sehne zurückzieht, so dass man im Falle eines abwartenden Vorgehens auf jeden Fall eine Ultraschall- oder Kernspinkontrolle durchführen soll, um den Zeitpunkt nicht zu verpassen, zu dem die Sehne noch zu rekonstruieren ist. Ohne Operation nimmt die Rissgröße ca. 5 Millimeter im Jahr zu. Jedoch müssen nicht alle Rotatorenrisse operativ versorgt werden.

Eine Entscheidungshilfe für oder gegen eine Operation finden Sie als AUC-Kriterien auf unserer Internetseite (www.oc-bayreuth.de).

Professor Dr. med. Klaus Fritsch
Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin.
Parsifalstraße 5, 95445 Bayreuth

Mitglied im Ärztenetzwerk
opti med
Mein Gesundheitsnetzwerk
www.mein-gesundheitsnetzwerk.de

In der nächsten „Sprechstunde am Sonntag“ in der Ausgabe am 18. Mai lesen Sie einen Beitrag von Oberarzt Dr. med. Ingo Schilasky, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Notfallmediziner am Klinikum Bayreuth.