

SCHULTERERKRANKUNGEN

# Chirurgen sollten Geduld für die konservative Therapie aufbringen

Bei chronischen Schulterschmerzen ist der Leidensdruck des Patienten hoch. Mit einer guten klinischen Diagnostik und einer gezielten konservativen Therapie kann in vielen Fällen auf einen operativen Eingriff verzichtet werden.

**Codman-Griff** zur klinischen Lokalisationsdiagnostik des Schulterschmerzes. Gegebenfalls lässt sich eine Krepitation palpieren.



Fotos: GeHe, BG-Klinik Bergmannsheil, Bochum

**S**chultererkrankungen werden zu rasch und zu häufig operiert. Dieses Fazit haben die niedergelassenen Chirurgen bei ihrem 11. Bundeskongress in Nürnberg gezogen. Viele Schulterbeschwerden erforderten zunächst eine gründliche konservative Therapie, bevor ein operativer Eingriff erwogen werden sollte, erklärte Dr. med. Christoph Gekle von der Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinik Bergmannsheil in Bochum.

„Auch wenn wir als Chirurgen gern und viel operieren – der beste Patient ist der, dem wir die Operation ersparen können“, sagte Dr. med. Christoph Keßler vom ambulanten OP-Zentrum in Ansbach. Die Aufgabe sei es, die Indikationen für eine konservative Therapie möglichst genau abzugrenzen von den Fällen, bei denen eine Operation angezeigt sei.

Die häufigsten Diagnosen bei akuten Traumata der Schulter sind Gekle zufolge

- die Distorsion des Schultergelenks (AC-Gelenk)
- Frakturen von Humerus, Clavicula und Glenoid
- Luxationen der Schulter und seltener:
- Rupturen der Rotatorenmanchette oder
- Sternoclavicularverletzungen.

**Impingement ist eine häufige Ursache von Schulterschmerz**

Patienten, die aufgrund chronischer Schulterschmerzen den Chirurgen konsultieren, leiden häufig unter einem Impingement\* (zum Beispiel bei Kalkschulter oder einer degenerativen Ruptur der Rotatorenmanchette) oder unter Schultersteife (zum Beispiel „frozen shoulder“ oder posttraumatische Schultersteife).

Weitere mögliche Ursachen sind Instabilitäten, Arthrosen, Infektionen oder – in seltenen Fällen – Tumoren.

Basis für eine korrekte Diagnostik sei eine gründliche klinische Untersuchung mit ausführlicher Anamnese, Palpation und Funktionstests, Infiltration zur genauen Schmerzlokalisation und Sonografie, so Gekle. „Hier lohnt es sich, zehn Minuten zu investieren, denn mit einer guten klinischen Untersuchung lassen sich bereits 80 Prozent der Diagnosen stellen.“ Mit einfachen Funktionstests könne der Untersucher die aktive und passive Beweglichkeit des Patienten einschätzen und damit Schultersteife oder eine Massentraktur der Rotatorenmanchette ausschließen.

Mit dem Codman-Griff könne der Chirurg den Schmerz lokalisieren und gegebenenfalls eine Krepitation palpieren. Zur Diagnose eines Impingements stünde eine Reihe verschiedener Funktionstests, zum Beispiel der Jobe-Test, zur Verfügung. „Wichtig ist, dass man die Funktionstests, die man verwendet, beherrscht und dadurch die geschädigte Struktur herausfindet. So kann man die Funktion des Schultergelenks korrekt testen und danach entscheiden, ob weitere differenzialdiagnostische Maßnahmen erforderlich sind“, sagte Gekle.

Mit einer subakromialen oder intraartikulären Infiltration des Schultergelenks könne der Chirurg die Schmerzen genauer lokalisieren und

\* Impingement bezeichnet eine Einklemmung zwischen der Kugel des Oberarmkopfes und dem Schulterdach (Akromion). Dadurch ist der Tunnel unter dem Schulterdach, durch den der Supraspinatusmuskel und seine Sehne verlaufen, inklusive dem dort liegenden Schleimbeutel eingeengt.

daraus auf ein mögliches Impingement, den Zustand der Rotatorenmanschette oder auf eine mögliche Synovitis oder Kapsulitis schließen. „Bei uns im Ruhrgebiet braucht man bei einem durchschnittlichen Patienten hierfür allerdings längere Nadeln als es oft üblich ist, sonst landet das Lokalanästhetikum im Muskel und nicht im Gelenk“, warf der Chirurg ein.

zialfällen – etwa bei Tumoren, Nekrosen des Humeruskopfes oder unklaren Schmerzzuständen.“ Für die weitere Diagnose von Luxationen sei die MRT hingegen selten notwendig und liefere zudem viele falschpositive Befunde. Auch bei der Computertomografie (CT) plädierte Gekle für einen differenzierten Einsatz: „CT-Aufnahmen können sinnvoll sein bei Knochendefekten, Pseud-

Monaten erfolgloser konservativer Therapie infrage. Auch die traumatische vordere Luxation lasse sich in der Regel mit konservativen Mitteln gut therapieren. Gekle empfahl die Ruhigstellung in Außenrotation (30°) für drei Wochen möglichst innerhalb der ersten sieben bis zehn Tage nach dem Trauma. Eine Operation sei nur bei Instabilität oder Relu-



**Mit dem Jobe-Test** wird die Funktion der Rotatorenmanschette geprüft.

Von den bildgebenden Verfahren haben für Gekle vor allem die Sonografie und das Röntgen ihre Berechtigung in der Diagnostik von Schultererkrankungen: Für die Ultraschalldiagnostik empfahl Gekle vier Schnittebenen und dynamische Aufnahmen, um eine Ruptur der Rotatorenmanschette, einen Erguss oder Kalkablagerungen auszuschließen. Für die Diagnosesicherheit sei auch die Qualität der Röntgenaufnahmen entscheidend: „Wenn keine vernünftigen Röntgenbilder in zwei Ebenen vorliegen, kann man durch Überprojektion zum Beispiel leicht übersehen, dass bei einer hinteren Luxation der Gelenkkopf nicht richtig in der Pfanne steht.“ Als zeitraubend empfindet Gekle digitale Aufnahmen, die der Patient auf einer CD mit zur Konsultation bringt: „Es dauert fünf bis zehn Minuten, um diese Bilder zu öffnen.“

**MRT ist für die Diagnostik von Luxationen selten notwendig**

Wenig überzeugt zeigte sich der Bochumer Unfallchirurg von der therapeutischen Konsequenz der Magnetresonanztomografie (MRT): „Die MRT hat ihre Berechtigung in Spe-

arthrosen, komplexen Frakturen oder Korrekturosteotomien, eventuell auch für die Prothesenplanung. 3-D-Aufnahmen hingegen sind für die Diagnostik meist sinnlos, auch wenn sie schöne Bilder liefern.“

In der Therapie von Schultererkrankungen neigen Chirurgen und Orthopäden nach Auffassung Gekles dazu, zu rasch und zu häufig zu operieren. So sollte man bei Indikationen wie der idiopathischen „frozen shoulder“, einem Impingement, der Distorsion bei degenerativer Ruptur der Rotatorenmanschette oder der Kalkschulter zunächst gründlich – mindestens vier Monate – konservativ behandeln und geduldig abwarten, bevor ein operativer Eingriff erwogen werde. Für die konservative Therapie empfahl der Unfallchirurg drei bis vier intraartikuläre oder subakromiale Cortisoninjektionen über einen Zeitraum von vier bis sechs Wochen und krankengymnastische Maßnahmen zur Dehnung und Funktionsverbesserung.

Bei einer Tendinosis calcarea ließen sich auch mit einer Stoßwellentherapie gute Ergebnisse erzielen, eine Operation komme hier frühestens nach sechs bis neun

xation angezeigt: „Ansonsten halte ich eine Operation für nicht gerechtfertigt.“

Bei einer traumatischen Ruptur der Rotatorenmanschette hingegen dürfe man nicht viel Zeit verlieren. „Auch Patienten unter 50 Jahren mit degenerativen Rupturen sollten zeitnah operiert werden“, riet Gekle.

**Physiotherapie der Schulter erfordert große Erfahrung**

Ältere Patienten mit einer Ruptur der Rotatorenmanschette hingegen müsse man nicht grundsätzlich operieren: „Wenn die Lebensumstände und die Belastung es zulassen, dass man konsequent ein Jahr lang wartet, dann käme nur ein geringer Teil der Patienten für eine Operation zurück.“ Der Erfolg der konservativen Therapie hänge aber auch zu 50 Prozent von der Qualität der Physiotherapie ab. Die Behandlung der Schulter erfordere große Erfahrung und eine ausreichende Behandlungsfrequenz. „Zweimal wöchentlich 30 Minuten Physiotherapie, das ist kaum mehr als eine Anleitung zum Selbstübten“, sagte Gekle.

*Antje Soleimanian*