

Schultererschmerzen: Mit der Operation nicht zu lange warten!

Die erfolgreiche Behandlung von Schultererschmerzen erfordert eine exakte Diagnose, sagt Professor Markus Scheibel vom Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie der Charité in Berlin.



Professor Markus Scheibel, Berlin

Welche Schulterbeschwerden kommen nach Ihrer Erfahrung besonders oft in der niedergelassenen Praxis vor?

SCHEIBEL: Dazu gehören sicher die verschiedenen Impingement-Syndrome, Sehnenrisse, Verkalkungen der Schulter und Arthroseprozesse. Der niedergelassene Sportmediziner sieht zunehmend häufiger auch Sportler mit Überlastungsschäden an der Schulter.

Was ist bei der Diagnose zu beachten?

Ganz entscheidend ist eine sorgfältige Anamnese. Wie lange bestehen die Beschwerden schon, gibt es spezifische Positionen, in denen der Schmerz auslösbar ist? Handelt es sich um ein Unfallgeschehen oder um

einen langsam beginnenden Prozess? Dann natürlich die gezielte klinische Untersuchung, die sich auf Inspektion und Palpation stützt, sowie die Prüfung des Bewegungsumfangs. Für die unterschiedlichen Krankheitsbilder gibt es spezifische klinische Tests und Zeichen. Durch die Kombination von Anamnese und klinischer Untersuchung kann man sicherlich bis zu

90 Prozent der Krankheitsbilder diagnostizieren. Ziel einer weiterführenden bildgebenden Diagnostik ist es, das morphologische Korrelat der Grunderkrankung zu detektieren.

Welche Therapieoptionen bestehen?

Der Großteil der Patienten, die zu uns kommen, wird primär konservativ behandelt. Viele dieser Verschleißerkrankungen sprechen durchaus auf ein konservatives Therapieregime an. Ausnahme sind die Sehnenrisse an der Schulter und auch die Schultergelenksarthrose selber. Bei der Sehne besteht die Tendenz, dass sie sich zurückzieht, und der Muskel, der daran hängt, sich in Fett umwandelt. Wenn man zu lange wartet, bekommt man die Sehne nicht mehr dorthin, wo man sie haben möchte.

Und bei Schultergelenksarthrose?

Mit zunehmendem Gelenkverschleiß und Knochenabrieb hat man bei den Omarthrosen steife Gelenke mit Knochenverlust. Wenn man bei Arthrosen zu spät operiert, sind die Operationsergebnisse im Sinne der Funktionsverbesserung und Schmerzreduktion nicht mehr ganz so gut, als wenn man frühzeitig operiert.

Welche Rolle spielt das Alter?

Eine ganz Wesentliche. Bei einem jüngeren, aktiven Patienten würde man einen Sehnenriss eher operativ versorgen, während man bei einem 85-jährigen inaktiven Patienten eher konservativ behandeln würde. Dazwischen gibt es natürlich Grauzonen, in denen man individuell entscheiden muss. Denken wir zum Beispiel an den 75-jährigen aktiven Golfer mit einer Rotatorenmanschetten-Ruptur. Der wird heute häufig operiert.

Operativ oder konservativ – was können Patienten mit Schultererkrankungen von der Behandlung erwarten?

Das hängt natürlich vor allem von der Grunderkrankung ab. Bei einem reinen Impingement-Syndrom oder einer Schleimbeutelentzündung kann mit Medikamenten, Infiltrationen, Phytotherapeutika und Physiotherapie in 70 bis 80 Prozent der Fälle eine spürbare Besserung erzielt werden. Gleiches gilt, wenn man gezwungen ist zu operieren. Mit den arthroskopischen Techniken, die heute zur Verfügung stehen, können Erfolgsraten von über 90 Prozent erreicht werden.