



Ulrich Orth, Sektionsleiter Unfallchirurgie, Oberarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie Telefon (0911) 959-1281:

Arthrose im Schultergelenk: Moderne Therapieverfahren bis zur Schulterprothese

Schulterschmerzen können viele unterschiedliche Ursachen haben. Dies liegt vor allem an der ungewöhnlich komplizierten Anatomie des Schultergelenkes. Das Schultergelenk wird fast ausschließlich von Muskeln und Sehnen geführt, dies ermöglicht die große Beweglichkeit des Schultergelenkes, erhöht jedoch auch die Empfindlichkeit. Die meisten Schmerzursachen haben im weitesten Sinne mit Abnutzungsscheinungen zu tun, aber auch Unfallfolgen können zu dauerhaften Schmerzen führen.

Die Abnutzung des Schultergelenkes wird meist verursacht durch chronische Überlastung, altersbedingten Verschleiß oder durch rheumatische Arthritis. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Begleitend tritt oft eine Arthrose des Schultergelenkes auf, die aber nicht unbedingt schmerhaft sein muss. Die Arthrose verläuft typischerweise in Schüben, dazwischen können auch Zeiten ohne jegliche Beschwerden liegen. Arthrose ist nicht heilbar, lediglich der Verlauf der Krankheit kann verzögert oder aufgehalten werden.

Die Therapie richtet sich nach dem Stadium und dem aktuellen Status der Erkrankung. Zunächst sollte der Patient gründlich untersucht und zu seinen Lebensgewohnheiten befragt werden. Eine Röntgenuntersuchung gehört zur Erstuntersuchung auf jeden Fall dazu. Sollte dies nicht zu einer ausreichenden Erklärung der Beschwerden führen, ist oft eine Kernspin-Untersuchung (MRT) erforderlich.

Die erste Stufe der Therapie besteht aus konservativen (nicht operativen) Maßnahmen. Dazu zählen neben Optimierung der Begleitumstände (Vermeidung von Überlastungen) auch die physikalische Therapie, die Physiotherapie (Krankengymnastik) und medikamentöse Behandlung mit entzündungshemmenden und schmerzlindernden Tabletten.

Die zweite Stufe der Therapie besteht aus Injektionen in das Gelenk oder in die Umgebung des Gelenkes. Kortison ist dabei im akuten Schub (aktivierte Arthrose) oft hilfreich, die Wirkung hält aber nur wenige Wochen an und Kortison sollte nicht öfter als vier Mal pro Jahr in ein Gelenk verabreicht werden. In der latenten Phase können auch Substanzen injiziert werden, die den Knorpel schützen und „aufbauen“, wie etwa Hyaluronsäure.

Operative Maßnahmen bilden die dritte Stufe der Therapie, kommen jedoch erst zum Einsatz, wenn sämtliche konservative Möglichkeiten (erfolglos) ausgereizt sind. Oft ist eine Gelenkspiegelung (Arthroskopie) hilfreich, auch um das genaue Ausmaß der Gelenkschädigung zu beurteilen. Führt auch die Arthroskopie nicht zu einer dauerhaften Besserung der Beschwerden, bleibt zuletzt noch der Einbau eines künstlichen Schultergelenkes (Endoprothese). Dies ist heute technisch kein Problem, eine solche Endoprothese wird jedoch nie so beweglich sein, wie eine gesunde Schulter. Die Entscheidung über den Typ der Endoprothese („inverse“ versus „anatomische“ Prothese) muss vom Operateur getroffen werden. Selbstverständlich müssen auch operative Maßnahmen von Krankengymnastik begleitet werden, um ein bestmögliches Ergebnis zu erzielen.