

Wenn die Schulter schmerzt

Impingement, Sehnenrisse, Sportverletzungen

Schulterschmerzen und Verletzungen haben Menschen in fast allen Altersgruppen und sie können das Alltagsleben deutlich beeinträchtigen. Bei ca. 25% aller Menschen sind sie zu irgendeinem Zeitpunkt Ihres Lebens behandlungsbedürftig. Wir sprechen mit Dr. Georg Öttl über dieses Thema. Er ist Schulterspezialist im ZFOS-Zentrum für Orthopädie & Sportmedizin – in München und operativer Belegarzt an der WolfartKlinik.

Wie äußern sich typische Schulterschmerzen?

Dr. Öttl: Patienten klagen über Schmerzen, wenn sie den Arm abspitzen oder seitlich heben, eine Jacke anziehen oder sich im Auto anschnallen. Die Schmerzen strahlen oft von der Schulter in den Oberarm aus. Typisch ist auch der Nachtschmerz.

Was ist die häufigste Ursache chronischer Schmerzen?

Dr. Öttl: Viele Patienten, insbesondere Überkopf-Sportler (z.B. Hand- oder Volleyballer) und Berufstätige (z.B. Maler), die jahrelang Überkopf-Bewegungen ausführen, entwickeln schleichend ein Engpass- oder auch „Impingement-Syndrom“. Hier kommt es beim seitlichen Anheben des Armes zu einem schmerzhaften Einklemmen der Sehnen und des Schleimbeutels unterm Schulterdach. Der Schleimbeutel entzündet sich und die Sehnen können scheuern, auffasern und reißen (sog. Rotatorenmanschettenruptur). Bei großen Rissen tritt ein Funktions- und Kraftverlust ein. Der Arm kann nur mit Mühe oder gar nicht mehr seitlich hochgehoben werden.

Welche Sportverletzungen an der Schulter behandeln sie oft?

Dr. Öttl: Bei jüngeren Patienten den traumatischen Sehnenriss. Hier reißt die Sehne bei noch

guter Sehnenqualität. Ursächlich sind häufig Sportunfälle mit Sturz auf die Schulter oder den ausgestreckten Arm. Bei den besonders im Wettkampfsport häufigen Schulterluxationen (ausgekugelte Schulter) wird der Gelenkkopf durch eine äußere Krafteinwirkung aus der Gelenkpfanne geholt, z.B. durch Griff in den Wurf-Arm bei Ballsportlern. Häufig sehe ich auch eine Sprengung des Schultergelenks, z.B. nach einem Sturz auf die Schulter beim Fahrradfahren. Optisch auffällig ist dabei das Höherentreten des äußeren Schlüsselbeinendes (Klavertasten-Phänomen).

Muss immer gleich operiert werden?

Dr. Öttl: Nein, ist beim Impingementsyndrom die Sehne noch intakt, kann der Patient mit einem gezielten Physio- und Trainingsprogramm die Beschwerden in den Griff bekommen. Bei anhaltenden Schmerzen über 3-6 Monaten sollte mittels einer Arthroskopie durch Knochenabtragung am Schulterdach mit Minifräsen (subacromiale Dekompression) Raum geschaffen und eine weitere Sehnenreibung verhindert werden.

Ein Rotatorenmanschettenriss heilt dagegen nicht von alleine aus. Von Ausnahmen abgesehen, sollte man operieren: So z.B. beim jungen Patienten mit hohem funktionellem Anspruch, bei Patienten in körperlich belastenden Berufen, sowie Patienten mit unfallbedingten Sehnenrissen. Bei Patienten mit kleinen Sehnenrissen mit nur geringen Beschwerden und geringem funktionellen Anspruch stellt die konservative Therapie eine Alternative dar.

Nach stattgehabter Schulter-Erstluxation empfehle ich jüngeren Patienten aufgrund des hohen Reluxationsrisikos eine arthroskopische Gelenkstabilisierung. Ebenso rate ich bei höhergradigen Schultergelenk-

lenk-Sprengungen zur operativen Versorgung.

Was empfehlen Sie bei großen, nicht reparierbaren Sehnendefekten?

Dr. Öttl: Mit den neuesten OP-Methoden lassen sich oft auch noch größere, sog. irreparable Defekte, gelenkerhaltend so operieren, dass die Schulter schmerzfrei und funktionsfähig werden kann: Zur Anwendung kommen hier z.B. die Wiederherstellung der oberen Gelenkkapsel mittels Ersatzgewebe (obere Kapselrekonstruktion) oder das minimalinvasive Einbringen eines selbstauflösenden Platzhalters (Ballon) in den Schultergelenkraum.

Was ist Ihre Spezialität?

Dr. Öttl: Die arthroskopische Schulterchirurgie. Die arthroskopische Operation (minimalinvasiv, sog. Schlüsselloch OP) hat den Vorteil der besseren Gewebeschonung und zeichnet sich durch eine exzellente Übersicht im Gelenk und besserer Behebung der Begleitschäden/Verletzungen aus: Die Folge sind weniger Schmerzen und Vernarbungen, bessere Beweglichkeit und erleichterte Rehabilitation.

Woran erkennt man einen guten Schulterspezialisten?

Dr. Öttl: Er sollte eine gute Ausbildung erhalten haben und sich auf Verletzungen und Erkrankungen des Schultergelenks spezialisiert haben. Außerdem spricht es natürlich für einen Arzt, wenn er von seinen Patienten aufgrund deren Zufriedenheit weiterempfohlen wird.

Ich persönlich befasse mich bereits seit mehr als 25 Jahren mit der Schulter. Pro Jahr nehme ich mehr als 600 Eingriffe vor. Diese Expertise gibt meinen Patienten die größtmögliche Sicherheit, in guten Händen zu sein.



Dr. G. Öttl ist Schulterspezialist mit Schwerpunkt arthroskopische Schulterchirurgie und Sportverletzungen der Schulter

- Behandlung der Rotatorenmanschette (minimalinvasiv)
- Behandlung bei Impingement (=Engpaß) Syndrom
- Behandlung Schultergelenk bei Arthrose
- Bizepssehnenprobleme (Pulley-Läsion, SLAP Läsion, Rupturen)
- Stabilisierung nach Auskuglung/bei Instabilität
- Stabilisierung bei Schultergelenksprengung (Rockwood, Tossy)
- Kalkentfernung
- Kapselrekonstruktion, Ballon Implantation, Muskeltransferoperationen bei irreparablen Sehnendefekten
- Frakturen der Schulter

ZFOS – Zentrum für Orthopädie & Sportmedizin
Dres. med. Öttl, Kinateter, Wimmer, Mayer, Rummel, Hr. Bolay, Herold*, Lueg*
***angestellte Ärzte**
Nymphenburger Str. 110
D-80636 München
Telefon 089 / 1 29 20 33
sekretariat@zfos.de
www.zfos.de

WolfartKlinik

Waldstraße 7 · 82166 Gräfelfing

Tel. 089/85 87-0

www.wolfartklinik.de