

Schulderschmerzen in der Praxis

Schmerzen in der Schulter gehören zum hausärztlichen Alltag. Breit aufgefächerte diagnostische Kategorien mögen für die Forschung nützlich sein, bringen für die Praxis aber wenig, da sie die initiale konservative Therapie nicht in andere Bahnen lenken. Hier wird eine vereinfachte Klassifikation vorgeschlagen, die den diagnostischen Techniken in der Grundversorgung Rechnung trägt.

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Die Autorinnen und Autoren dieser der Evidenz-basierten Medizin verpflichteten Übersicht stützten sich auf die gängigen Quellen und Datenbanken, insbesondere auf sechs publizierte systematische Reviews sowie eine systematische Untersuchung zu den diagnostischen Tests bei Schulderschmerzen.

Abklärung

Die Diagnostik sollte pragmatisch sein und sich auf eine klinische Abschätzung stützen (*Tabelle 1*), die sich an den in der Grundversorgung häufigsten Beratungsergebnissen orientiert, schreiben Caroline Mitchell und MitautorInnen.

Die vier häufigsten Ursachen für Schmerzen und Behinderungen in der Schulter sind:

- Rotatorenmanschettenläsionen
- Erkrankungen des Glenohumeral(Schulter)gelenks
- Erkrankungen des Akromioklavikulargelenks
- übertragene Nackenschmerzen.

Eine Grundversorgerstudie setzte standardisierte klinische Tests ein und fand Rotatorenmanschetten-Tendopathien bei 85

Merksätze

- Gemischte Schulterprobleme sind häufig, und eine übermäßige Differenzierung der diagnostischen Kategorien ändert am weitgehend konservativen Management in der Grundversorgung nichts.
- Zum Management gehört neben Analgetika auch eine Anleitung zur Selbsthilfe (relative Schonung, Beachtung beruflicher, sportlicher oder anderer auslösender körperlicher Faktoren).
- Die Evidenz für beliebte Interventionen wie Steroide und Physiotherapie ist relativ schwach.
- Physiotherapie kann die Anzahl hausärztlicher Wiederholungskonsultationen bei Rotatorenmanschettenstörungen reduzieren, und Steroidinjektionen haben einen mässig starken Kurzeinfluss auf den Schmerz.
- Höheres Alter, weibliches Geschlecht, schwere oder rezidivierende Symptome sowie begleitende Nackenschmerzen gehen mit einer ungünstigeren Prognose einher.
- Operative Eingriffe kommen in Frage, wenn die konservativen Massnahmen versagt haben.

Prozent der Patienten. Aber bei 77 Prozent der Untersuchten wurde eine klinische Doppel- oder Mehrfachdiagnose gestellt, beispielsweise Tendinose und Impingement (57%) oder Tendinose, Impingement, Akromioklavikulärerkrankung und adhäsive Kapsulitis des Schultergelenks (6%). Blutuntersuchungen und Röntgenbilder sind nur indiziert, wenn Alarmzeichen («red flags») vorliegen, etwa Zeichen einer systemischen Erkrankung (Gewichtsverlust, generalisierte Gelenkbeschwerden, Fieber, Lymphknotenschwellungen, neu aufgetretene respiratorische Symptome), anamnestische Hinweise auf ein Malignom oder verdächtige Lokalbefunde (palpable Resistenzen, Knochenschmerzhaftigkeit, Schwellung).

Tabelle 1: Anamnese und Untersuchung bei Schulterschmerzen

Anamnese

- Beginn, Charakteristika, funktionelle Auswirkungen des Schulterschmerzes?
- Ist die dominante/nicht dominante Hand betroffen?
- Schmerzen in Ruhe, bei Bewegung oder bei beidem?
- Tut die Schulter nachts weh?
- Führt der Schulterschmerz zu einer anderen Schlafstellung?
- Liegen auch Schmerzen im Nacken, Brustkorb oder anderswo im Bereich des Arms vor?
- Fragen nach zurückliegendem akutem Trauma, Schulterschmerzen oder Instabilität
- Berufliche Tätigkeit und sportliche Aktivität(en)
- Bestehen auch Beschwerden in anderen Gelenken?
- Systemische Symptome: Fieber, Gewichtsverlust, Hautausschlag, Atembeschwerden?
- Bestehen gewichtige Begleiterkrankungen (Diabetes, Stroke, Krebs, Psoriasis, Lungen-, Magen-Darm-, Nierenaffektionen)?
- Was werden zurzeit für Medikamente eingenommen? Sind Arzneimittelnebenwirkungen bekannt?

Untersuchung

- Immer auch Untersuchung von Nacken, Axilla und Brustwand
- Bewegungsumfang der Halswirbelsäule erfassen
- Inspektion der Schulter: Schwellung? Muskelschwund? Deformität?
- Palpation von Sternoklavikular-, Akromioklavikular- und Schultergelenk: Druckempfindlichkeit, Schwellung, Überwärmung, Krepitis
- Seitenvergleich der beiden Schultern für Kraft, Stabilität und Bewegungsumfang (aktiv, passiv, gegen Widerstand)
- «painful arc»: schmerzhaft Abduktion zwischen 70 und 120 Grad
- Passive Aussenrotation prüfen
- «Armsinktest»: Patient lässt abduzierten Arm langsam in Richtung Hüfte sinken

Rotatorenmanschettenläsionen (Alter 35–75 Jahre)

Die Rotatorenmanschetten-Tendinopathie ist die häufigste Ursache für Schulterschmerzen. Die berufliche Anamnese kann schweres Heben oder repetitive Bewegung, insbesondere

oberhalb der Schulterhöhe, eruieren. Aber obwohl die Erkrankung mit körperlicher Aktivität in Zusammenhang steht, betrifft sie durchaus auch die nicht dominante Seite bei Menschen, die keiner körperlich anstrengenden Tätigkeit nachgehen. Es gibt Hinweise auf eine genetische Komponente in manchen Familien. Bei der Inspektion kann ein Muskelschwund auffallen, aktive und gegen Widerstand durchgeführte Bewegungen sind schmerzhaft, teilweise auch eingeschränkt, während die passive Beweglichkeit, wenn auch unter Schmerzen, erhalten ist. Das Zeichen des «painful arc» (Tabelle 1) ist weder spezifisch noch sonderlich sensitiv; ist es positiv, stützt dies jedoch die Diagnose einer Rotatorenmanschettenläsion.

Ein Rotatorenmanschettenriss wird gewöhnlich durch die Anamnese nahegelegt: Bei Jungen liegt ein Trauma vor, bei älteren Menschen handelt es sich eher um ein atraumatisches Geschehen mit Durchscheuern an der rauen Akromionunterseite oder wegen Degeneration in der Sehnenmanschette. Partielle Einrisse können bei der klinischen Untersuchung von einer Rotatorenmanschetten-Tendinopathie schwierig abzugrenzen sein – eine Schwäche bei Bewegung gegen Widerstand kommt bei beiden Zuständen vor. Verschiedene Studien sind zum Schluss gekommen, dass selbst bei vollständiger Supraspinatussehnenruptur keine Korrelation besteht zwischen Symptomen oder Funktionsverlust, dass Risse in der tieferen Rotatorenmanschette die Rotation beeinträchtigen können (nurmehr 20 Grad) und dass partielle oder vollständige Rupturen in der Bildgebung auch bei asymptomatischen Menschen häufig zur Darstellung kommen. Das Absinken des Arms in Richtung Hüfte beim Halteversuch kann Hinweise auf eine grosse oder vollständige Ruptur geben, allerdings bei hoher Spezifität und geringer Sensitivität.

Glenohumerale Störungen (adhäsive Kapsulitis: Alter 40–65 Jahre, median 50–55 Jahre; Arthrose ≥ 60 Jahre)

Der adhäsiven Kapsulitis («frozen shoulder») und der echten Schultergelenksarthritits gehen oft Symptome einer nicht adhäsiven Kapsulitis (tiefe Gelenkschmerzen, Mühe beim Anziehen der Jacke) voran. Die adhäsive Kapsulitis ist bei Menschen mit Diabetes häufiger und kann auch nach längerer Immobilisation auftreten. Bei der Untersuchung liegt ein globaler Schmerz vor, und alle Bewegungen (passiv und aktiv) sind eingeschränkt.

Akromioklavikulärerkrankungen (Teenager bis Alter 50 Jahre)

Eine Affektion des Akromioklavikular(AC)gelenks geht gewöhnlich auf ein Trauma oder eine Arthrose zurück. Nach einem Unfall (bei Jüngeren) kann es zu einer dramatischen Dislokation im AC-Gelenk kommen. Schmerzen, Druckempfindlichkeit und allenfalls Schwellung sind auf das Gelenk beschränkt. Die passive horizontale Adduktion der Schulter mit gestrecktem Ellbogen ist eingeschränkt. Eine AC-Arthrose kann auch ein subakromiales Impingement verursachen.

Übertragener Nackenschmerz (häufig)

Typischerweise bestehen hier Schmerz und Druckempfindlichkeit im unteren Nackenbereich und oberhalb des Schulterblatts mit Ausbreitung in die Schulter und den Arm. Die Schulterbeweglichkeit kann dabei eingeschränkt sein. Bewegungen der Halswirbelsäule und der Schulter können generalisiertere Schmerzen in Nacken, Schulter und oberem Rücken auslösen. Zusätzlich können Parästhesien in den Arm auftreten. Die Therapie ist hier relative Ruhe und Analgesie, aber mit der Aufforderung, wieder zu normalen Aktivitäten zurückzukehren. Physiotherapie kann helfen.

Therapie

Ein funktionell ganzheitliches Herantreten an den Schulterschmerz, zu dem immer auch eine adäquate Analgesie gehört, ist wichtig, um die Patienten zu motivieren und die Rehabilitation zu fördern. Allerdings ist die Evidenz, wie die AutorInnen an dieser Stelle ausdrücklich anmerken, für gebräuchliche allgemeinmedizinische Interventionen (inklusive Steroidinjektionen) relativ schwach. An erster Stelle muss man entscheiden, ob der Schmerz wirklich von der Schulter herrührt oder seinen Ursprung ausserhalb der Schulter hat, was ein anderes Vorgehen (Überweisung zum Spezialisten) erfordert (Tabelle 2).

Wenn die Schmerzen aus der Schulter stammen, stellt sich die Frage, ob die Rotatorenmanschette oder das Gelenk betroffen ist. In beiden Fällen wird man jedoch Analgetika empfehlen. Idealerweise ist dies Paracetamol (z.B. Dafalgan® u.v.a.). Nicht steroidale Antirheumatika sollten nur intermittierend und als Second-line-Therapie eingesetzt werden, sofern keine Kontraindikationen vorliegen, schreiben Caroline Mitchell und MitautorInnen. Man soll die Patienten zu körperlicher Aktivität ermuntern.

Rotatorenmanschettenläsionen (inklusive möglicher kleiner Rupturen)

Bei schmerzhaften Läsionen der Rotatorenmanschette ist initial eine relative Ruhigstellung der Schulter angezeigt. Die Betroffenen sollen jedoch so rasch wie möglich zu einer normalen Aktivität oder einer vorübergehend erleichterten Arbeit zurückkehren.

Insgesamt legen systematische Reviews und neuere Studien eine Kurzzeitäquivalenz von Physiotherapie und Steroidinjektionen nahe. So hatten in einer Studie aus der Allgemeinpraxis Patienten mit nicht weiter differenzierten Schulterschmerzen nach Physiotherapie eine geringere Wahrscheinlichkeit für neuerliche Konsultationen als diejenigen, die nur Steroidinjektionen erhalten hatten.

Eine einzelne Studie neueren Datums berichtete, dass die subakromiale Injektion von Xylocain nach 6, 12 und 24 Wochen ebenso effektiv war wie ein Kortikosteroid plus Xylocain. Manche Praktiker empfehlen grössere Injektionsvolumina (> 10 ml) mit der theoretischen Vorstellung, dass so eine Flüssigkeitsdilatation der subakromialen Bursa zustande

Tabelle 2: Häufige und seltene Ursachen für Schulterschmerzen

Schmerz, der von der Schulter herrührt

- Rotatorenmanschettenstörungen: Rotatoren-Tendinopathie, Impingement, subakromiale Bursitis, Rotatorenmanschettenrisse
- Glenohumerale Störungen: Kapsulitis («frozen shoulder»), Arthritis
- Akromioklavikulärerkrankung
- Infektion (selten)
- Traumatische Dislokation

Schmerz mit Ursprung ausserhalb der Schulter

- Übertragener/ausstrahlender Schmerz: Nackenschmerzen, Myokardischämie, Zwerchfellschmerz
- Polymyalgia rheumatica
- Malignome: apikaler Lungenkrebs, Metastasen

kommt. Die Evidenz ist aber nach den hier referierten AutorInnen für ein derartiges Vorgehen nicht ausreichend. Sie empfehlen eine subakromiale Steroidinjektion (Volumen bis 10 ml) zur kurzfristigen Schmerzlinderung. Ist diese erfolgreich, sollte die Injektion mit sechswöchigen Intervallen noch dreimal wiederholt werden. Es gibt keine Evidenz, dass Steroidinjektionen bei Rotatorenmanschettenruptur schädlich oder nützlich sein könnten. Ist der Armsinktest positiv, sollte eher auf sie verzichtet werden.

Glenohumerale Erkrankungen

Die schulmedizinische Weisheit lehrt, dass bei einer «frozen shoulder» innert zweier Jahre natürlicherweise eine Erholung erfolgt. Die Symptome können, besonders bei Diabetikern, aber auch drei und mehr Jahre anhalten, schreiben Caroline Mitchell und MitautorInnen. In der Frühphase können intraartikuläre Kortikoidinjektionen zur Schmerzlinderung nützlich sein. Für alleinige Physiotherapie bei adhäsiver Kapsulitis im äusserst schmerzhaften Stadium gibt es keine Evidenz, vielleicht ist sie sogar kontraproduktiv. Physiotherapie mit Beginn eine Woche nach Steroidinjektion kann kurzfristig nützlich sein.

Akromioklavikulärerkrankungen

Störungen im AC-Gelenk bessern gewöhnlich mit Ruhe und einfacher Analgesie, sofern keine signifikante traumatische Dislokation vorliegt. Halten die Symptome an, kann eine lokale Steroidinjektion helfen.

Biopsychosoziale und komplementäre Interventionen

Individuelle psychosoziale Faktoren wie ein passives Bewältigungsverhalten und allgemeiner psychologischer Stress beeinflussen das Risiko einer Chronifizierung bei Nacken- und Kreuzschmerzen. In Analogie sind auch bei Schulterproblemen gezielte Interventionen zur Modifikation dieser Faktoren sowie beruflicher Begleitumstände vorgeschlagen worden. Am meisten Berichte gibt es zur Behandlung von Schulterschmerzen mittels Akupunktur. Die in der systematischen Review aufgespürten Studien waren klein und methodologisch heterogen. Sie bieten nur wenig Evidenz, um diese Behandlungsmethode entweder zu stützen oder zu verwerfen. Die Cochrane-Review kommt zum Schluss, dass Akupunktur Schmerz und Funktion bei Schulteraffektionen kurzfristig (2–4 Wochen) verbessern kann.

Überweisungskriterien

Eine Überweisung zum orthopädischen Spezialisten sollte erfolgen, wenn

- *Schmerz und signifikante Behinderung mehr als sechs Monate anhalten, obwohl beruflichen und sportlichen Faktoren Rechnung getragen wurde und Physiotherapie und Steroidinjektionen indikationsgemäß erfolgt sind*
- *anamnestische Hinweise auf Instabilität bestehen (Fragen: «Haben Sie Ihre Schulter jemals teilweise oder ganz ausgerenkt?», «Sind Sie besorgt, dass Ihre Schulter bei gewissen Bewegungen auskugeln könnte?»)*
- *ein akuter, schwerer posttraumatischer Akromioklavikularschmerz besteht*
- *diagnostische Unklarheit besteht oder die eingangs erwähnten Alarmzeichen («red flags») vorliegen.*

In der Sekundärversorgung haben sich Zusatzuntersuchungen wie Ultraschall oder MRI-Bildgebung als nützliche diagnostische Werkzeuge erwiesen. Ihr frühzeitiger Einsatz dürfte nach Überzeugung der britischen AutorInnen das Management bei der heterogenen Gruppe von Schulterproblemen, die man in der Grundversorgung antrifft und die konservativ behandelt

werden können, nicht verbessern. Sie erinnern daran, dass strukturelle Abnormitäten auch bei asymptomatischen Patienten vorkommen und dass daher frühe Zusatzuntersuchungen die Überweisungsrate zum Spezialisten paradoxerweise steigern können, anstatt sie zu senken.

Die Chirurgie hat bestimmt ihren Platz bei der Versorgung von Notfällen wie nicht reponierter Dislokation, Infektion oder traumatischer akuter Rotatorenmanschettenruptur. Weniger klar ist die Rolle bei «frozen shoulder», bei der gewisse Chirurgen die Manipulation und arthroskopische Lösung unter Anästhesie empfehlen. Eine Studie neuen Datums fand für ein abgestuftes Physiotherapieprogramm unter Überwachung und für die arthroskopische Dekompression bei Patienten mit Rotatorenmanschettenproblemen äquivalente Behandlungsergebnisse. Bei signifikanter Behinderung durch Rotatorenmanschettenriss und Impingement trotz konservativer Therapie kann ein chirurgischer Eingriff zur Schmerzlinderung und Funktionswiederherstellung effektiv sein. Die publizierten Studien umfassen jedoch nur kleine Fallzahlen mit beschränktem Langzeit-Follow-up.

Das Management nur leicht symptomatischer, kleiner Rotatoreneinrisse ist kontrovers. Sicher lässt sich der Standpunkt vertreten, dass diese chirurgisch repariert werden sollen, um die Symptome zu beeinflussen und die Progression zu grösseren Läsionen zu verhindern, die dann zu starker Behinderung führen müssten. Die Evidenz dafür ist aber dünn.

Bei resistentem akromioklavikulärem Schmerz ist die arthroskopische Resektion der distalen Klavikula ein Prozedere mit tiefem Risiko.

Die Chirurgie bleibt die Hauptstütze des Managements bei rezidivierenden Schulterinstabilitäten. ■

Halid Bas

Quelle:

Caroline Mitchell et al. (Institute of General Practice and Primary Care, School of Health and Related Research, University of Sheffield, Northern General Hospital, Sheffield/UK): Shoulder pain: diagnosis and management in primary care. *Brit med J* 2005; 331: 1124-1128.

Interessenkonflikte: keine