

## Schultergelenk

Akute Verletzungen und auf degenerative-Veränderungen beruhende Beschwerden im Bereich des Schultergelenks sind ein häufiges Problem. Ursachen hierfür liegen an der demographischen Entwicklung mit **altersbedingten zunehmenden degenerativen Prozessen** im Bereich der Schulter und **Verletzungs-**(chronisch überbeansprucht-)bedingt im Freizeit- und Leistungssport.

Langjährige **Überkopfarbeiten** am Arbeitsplatz, in der Freizeit oder im Haushalt und so wie die monotone Sitzhaltung von Sekretärinnen an einem ergonomisch ungünstig gestalteten Arbeitsplatz führen ebenso zu Überlastungen und Muskeldysbalancen im Schultergelenk.

Wie bei jeder klinischen Untersuchung eines Patienten steht auch bei der Untersuchung des Schultergelenks die Anamnese des Patienten an erster Stelle. Die vielen unterschiedlichen Erkrankungen des Schultergelenks können durch akute Traumen, lokale Prozesse im Sinne von chronischen Belastungsschäden, altersbedingten Degenerationen oder systemischen Erkrankungen hervorgerufen werden.

**Im adoleszenten** und frühen Erwachsenenalter stehen Verletzungen oder anlagebedingte anatomische Fehlstellungen als Ursachen für Schulterbeschwerden im Vordergrund. Die häufigsten Schultererkrankungen sind hier die Luxationen und Subluxationen der Schulter mit ihren Instabilitätsbeschwerden. **Später** stehen **degenerative Erscheinungen** im Vordergrund. Hierzu zählen hauptsächlich das sog. **Impingement-Syndrom**, **Rotatorenmanschettenrupturen und degenerative AC-Gelenkveränderungen**.

Die Frage nach der **beruflichen Belastung und der sportlichen Aktivität** liefert wichtige Informationen. Berufe, die einen hohen Anteil an Überkopparbeit erfordern (Maler, Anstreicher) und Sportarten mit ähnlichen Anforderungen (Basketball, Handball, Tennis, Schwimmen, Volleyball) führen häufig schon frühzeitig zu Beschwerden im Bereich des subakromialen Raumes-**im Schulterdach**.

Zur exakten Erhebung der Anamnese beim Sportler ist insbesondere die Kenntnis des sportartspezifischen Bewegungsablaufs notwendig. Nur hierdurch können sportarttypische Verletzungsmuster aufgedeckt werden.

Es sind jedoch nicht immer adäquate Unfallmechanismen mit einem entsprechenden Trauma, die eine akute Symptomatik auslösen.

Bei **vorbestehend** Sehnedegeneration kann auch eine Bagatellverletzung zur Ruptur der Supraspinatussehne führen.

Neben den zielgerichteten Fragen, die sich hauptsächlich auf Erkrankungen des Schultergürtels beschränken, muss auch an Erkrankungen anderer Organe gedacht werden. So strahlt nicht selten der Angina-pectoris-Schmerz in Schulter und Arm aus, wobei diese Ausstrahlung nicht immer linksseitig sein muss.

Weiterhin können Gallenblasen- oder Lebererkrankungen sowie Bauchspeicheldrüse Schmerzen in der Schulter verursachen. Sowohl eine **rheumatische Polyarthrit** als auch eine **Hyperurikämie (Gicht)** können ihre Erstmanifestation am Schultergelenk haben.

Patienten mit einem **Diabetes mellitus** haben überzählig häufig eine begleitende Affektion im Bereich des Schultergürtels mit der Tendenz zur Einschränkung der Schultergelenkbeweglichkeit. Eine der häufigsten neoplastischen Ursachen für Schulterschmerzen ist ein Pancöast-Tumor mit Horner-Syndrom. '

Bei der Inspektion verschafft man sich einen ersten Überblick. Man achtet auf Gang und gegenseitiges Mitschwingen der oberen Extremitäten. Ein Patient mit einer „Frozen Shoulder“ vermeidet beim Ausziehen Innen- oder Außenrotation und Bewegungen oberhalb der Horizontalen. Ein Patient mit einer Ruptur der Rotatorenmanschette bittet oft um Hilfe beim Auskleiden, weil ihm die Kraft zur Abduktion des Armes fehlt. Unregelmäßigkeiten in der Symmetrie, besonders Muskelatrophien, lassen sich im Seitenvergleich am besten aufdecken. Bei der seitenvergleichenden Inspektion des AC Gelenk (Acromioclavikular Gelenk- Schulter Eckgelenk) achtet man auf Schwellungen oder eine Stufenbildung infolge einer AC Gelenksprengung-luxation.

Ein distalisierter (nach unten rutschen) Muskelbauch deutet auf eine Ruptur der langen Bizepssehne hin. Die isolierte Supraspinatusatrophie deutet auf eine Ruptur dieser Sehne hin.

Auch periphere Nervenkompressionssyndrome und das Thoracic-Outlet-Syndrom zeigen in ihrer ersten Manifestation Schmerzen in der Schulter.

Röntgenbilder der Schulter a.-p. und seitlich sowie Schulterspezialaufnahmen sind ergänzend zur klinischen Untersuchung angezeigt, um knöcherne Veränderungen von Weichteilaffektionen zu differenzieren. Sonografie, MRT und CT erlauben eine weitere bildgebende Abklärung von Schulterbeschwerden.