



Kapsulitis am Schultergelenk.

Die eingefrorene Schulter:

Adhäsive Kapsulitis, oder auch "frozen shoulder" genannt, ist eine schmerzhafte Erkrankung der Schulter. Sie führt zu einem erheblichen Bewegungsverlust des Schultergelenkes. Die Kapsulitis kann nach einem Unfall auftreten, oder auch langsam und spontan, ohne Vorwarnung entstehen.

Bei einer Kapsulitis führt eine Entzündung dazu, dass die lockeren Kapselschichten aneinander kleben. Dies führt zu einer erheblichen Einschränkung der Beweglichkeit. Die Schulter "friert quasi ein" - eine "frozen shoulder".

Ursachen der Kapsulitis

Die Ursachen einer adhäsiven Kapsulitis sind weitgehend ungeklärt. Nach der einen Theorie liegt eine autoimmune Reaktion zu Grunde. Bei einer Autoimmunreaktion beginnt das Immunsystem, dass normalerweise der Infektabwehr dient, fälschlicherweise körpereigenes Gewebe anzugreifen. Dies ruft dann eine heftige Entzündungsreaktion in dem angegriffenen Gewebe hervor.

Keiner weiß, warum dies so plötzlich auftritt. Eine Kapsulitis kann nach einem Unfall, einem Bruch oder einer Operation beginnen. Sie kann auch entstehen, wenn das Schultergelenk nicht ausreichend bewegt wird, beispielsweise nach einem Unterarmbruch mit langer Ruhigstellung in einer Schlinge. Eine frozen shoulder kann auch nach Operationen auftreten, die nicht an der Schulter durchgeführt wurden - sogar in der Erholungsphase nach einem Herzinfarkt.

Andere Erkrankungen an der Schulter, wie Bursitis, Rotatorenmanschetten-Rupturen oder Impingement-Syndrom können mit einer adhäsiven Kapsulitis enden. Manche Ärzte spekulieren, dass die ursprüngliche Störung an der Schulter zu einer chronischen Entzündung führen. Der Schmerz wiederum lässt den Patienten die Schulter weniger benutzen. Von hier aus kann sich dann die

Kapsulitis ausgehen. In der Regel muss dann zunächst die Kapsulitis behandelt werden, bevor die zu Grunde liegende Störung angegangen werden kann.

Symptome und Diagnostik

Im Vordergrund stehen Schmerzen in der Schulter und eine sehr eingeschränkte Beweglichkeit. Dabei macht es keinen Unterschied, ob Sie die Schulter selber aktiv bewegen, oder jemand versucht Ihre Schulter passiv durch zu bewegen. Am Bewegungsanschlag schmerzt typischerweise das Schultergelenk durch den Dehnungsreiz auf die entzündlich veränderte Kapsel.

Mit Hilfe Ihrer Vorgeschichte und den charakteristischen klinischen Symptomen fällt die Diagnostik einer frozen shoulder üblicherweise nicht schwer. Normale Röntgenbilder dienen bei der Diagnostik nur zum Ausschluss anderer schwerwiegender Erkrankungen. Gelegentlich werden Arthrografien, also Injektionen von Kontrastmittel in das Schultergelenk veranlasst. Dabei lässt sich wegen der Kapselschrumpfung nur sehr wenig Flüssigkeit in das Gelenk einbringen. Die Röntgenbilder zeigen dann auch nur eine sehr geringe Kontrastmittelmenge im Gelenk.

Wenn sich Ihre Schulterbeweglichkeit bessert, kann Ihr(e) Ärztin/Arzt eine Kernspintomografie veranlassen, um zugrunde liegende Erkrankungen, wie eine Rotatorenmanschetten-Ruptur oder eine Impingement-Symptomatik auszu-schließen.

Konservative Therapie

Die Therapie einer adhäsiven Kapsulitis kann frustrierend langsam verlaufen. In den meisten Fällen tritt eine Besserung ein. Der Prozess kann jedoch Monate in Anspruch nehmen. Das erste Behandlungsziel ist, die Entzündung zu dämpfen und die Beweglichkeit zu steigern. Ihr(e) Ärztin/Arzt kann auch eine Gelenkinjektion mit einem Kortisonpräparat und einem lang-wirkendem Lokalanästhetikum empfehlen.



Eine weitere wesentliche Maßnahme ist die Verordnung von Krankengymnastik und physikalischer Therapie. Ihr(e) Krankengymnast(in) wird eine Vielzahl von Techniken anwenden, um die Entzündung zu bekämpfen. Dehnungsübungen, Gelenkmobilisation, manuelle Techniken und Muskelaufbau helfen, das Bewegungsausmaß der Schulter wieder zu steigern. Ihnen werden auch Dehnungsübungen für die Eigenarbeit zuhause gezeigt.

Operative Therapie

Mobilisation in Narkose: Falls sich Erfolge bei der alleinigen konservativen Therapie zu langsam einstellen, kann die Mobilisation der Schulter in Narkose sinnvoll sein. Während der Patient schläft, wird die Schulter mit Kraft und der richtigen Technik durch bewegt. Hierbei wird die Gelenkkapsel gedehnt und narbige Verklebungen gelöst. In den meisten Fällen bringt eine Narkosemobilisation die Beweglichkeit schneller zurück, als die konservative Therapie alleine. Das Vorgehen birgt allerdings auch Risiken. Es gibt ein sehr geringes Risiko, den Nervenplexus in Ihrem Arm zu überdehnen. Außerdem könnte eine Fraktur des Oberarmknochens auftreten, insbesondere bei Patienten mit Osteoporose.

Arthroskopisches Release: Wenn deutlich wird, dass Krankengymnastik und Narkosemobilisation nicht zu den gewünschten Erfolg führen, kann ein arthroskopisches Release erforderlich sein. Üblicherweise wird diese Operation in einer Plexusblockade durchgeführt. Der Operateur benutzt dann ein Arthroskop um in der Schulter ein Teil des Narbengewebes zu durchtrennen und ein Ligament auf der Oberseite des Gelenkes (Korako-humerales Ligament) zu durchtrennen. Gelegentlich wird auch auf ein offenes Vorgehen umgeschwenkt. Am Ende des Eingriffs wird die Schulter noch vorsichtig manipuliert, um zusätzliche Beweglichkeit zu gewinnen. Oft wird nochmals ein Kortisonpräparat injiziert, um postoperative Reizungen zu dämpfen.

Rehabilitation

Sowohl bei rein konservativem Vorgehen, als auch nach einem operativen Eingriff, müssen zunächst Maßnahmen ergriffen werden, um den Schmerz zu kontrollieren. Wenn Ihre Schulter dann bereit ist, kann eine Sitzung beispielsweise mit feuchter Wärme oder Ultraschall beginnen. Diese Behandlung entspannt die Muskulatur und bereitet das Gewebe auf die Dehnungsübungen vor. Ihr(e) Therapeut(in) wird sich auf die Lockerung der Gelenkkapsel konzentrieren. Eine gute Dehnung erreichen Sie auch mit einem Flaschenzug Überkopf.

Wenn Sie Injektionen von Ihrer(m) Ärztin/Arzt erhalten, sollten Sie die Krankengymnastik direkt im Anschluss einplanen. Die zusätzliche Flüssigkeit dehnt Ihr Gelenk und die Mobilisationsübungen können effektiver gestaltet werden.

Nach einem arthroskopischen Release werden Sie Ihren Arm täglich intensiv bewegen müssen. Kräftigungsübungen sollten erst nach vier bis sechs Wochen begonnen werden. Nach einer Mobilisation ist es sinnvoll, Ihnen eine CPM-Maschine (continuous passive motion) zu verschreiben. Gleich nach der Operation wird der Arm auf die CPM-Maschine geschnallt und der Arm durch bewegt. Durch die ständige Bewegung soll einer erneuten Einsteifung mit neuer Narbenbildung entgegen gewirkt werden.

Nach ca. 6 Wochen konzentrieren sich die Übungen auf eine Kräftigung der Rotatorenmanschette und der Schultergürtelmuskulatur. Ihr(e) Krankengymnast(in) wird Ihnen helfen, die Muskeln wieder aufzubauen, die den Oberarmkopf in der Pfanne zentrieren. Hierdurch kann Ihr Oberarm wieder glatt unter das Acromion gleiten. Wenn die Beweglichkeit zurück erlangt wurde, enden die regelmäßigen Besuche bei Ihrer(m) Physiotherapeutin(en). Allerdings müssen Sie zuhause weiter ein regelmäßiges Dehnungsprogramm für die Schulter beibehalten, um Rückschlägen vorzubeugen.