

## **Wiederherstellung der beruflichen Belastbarkeit beim subakromialen Schmerzsyndrom (SAS)**

U. Irlenbusch

Unter dem Begriff des SAS werden sehr unterschiedliche Krankheitsbilder subsummiert, die eine differenzierte Therapie erfordern. Die wichtigsten Krankheitsbilder sind das einfache Supraspinatussyndrom (am ehesten dem früher gängigen Begriff der Periarthritis humeroscapularis entsprechend), die Tendinosis calcarea, die frozen shoulder sowie die Rotatorenmanschettenruptur.

Auf Grund dessen, dass wir heute die Pathogenese des Supraspinatussyndroms primär in einer funktionellen Koordinationsstörung der schultergelenkführenden Muskulatur sehen, kann die kausale Therapie nur auf krankengymnastischen Wege erfolgen. Die häufig angewandte operative Gleittraumerweiterung stellt demgegenüber nur eine symptomatische Therapie dar.

Bei der Tendinosis calcarea sind akute Phasen mit teilweiser oder vollständiger Resorption der Kalkherde zu beobachten. Klarheit über den aktuellen Zustand verschafft regelmäßig eine aktuelle Röntgenaufnahme.

Die frozen shoulder läuft eigengesetzmäßig ab. Lediglich durch i.a. Kortisoninjektionen ist meist eine deutliche Linderung und wahrscheinlich auch Abkürzung des Geschehens zu erreichen. Eine mobilisierende Krankengymnastik sollte in der akuten entzündlichen Phase, d.h. bis zum Überschreiten des Schmerzgipfels nicht durchgeführt werden. Dagegen ist eine ausreichend dosierte analgetische Therapie unbedingt erforderlich.

Bei Rotatorenmanschettenrupturen mit erheblichen Funktionsausfällen und Schmerzen sollte die Indikation zur Operation möglichst umgehend, d.h. innerhalb der 6.-12. Woche gestellt werden. Bei irreparablen Spätzuständen ist eine Verbesserung des Zustandes mittels einer Latissimus dorsi-Plastik oder einer inversen Schulterendoprothese möglich. Die Belastbarkeit bleibt in diesen Fällen aber deutlich eingeschränkt.