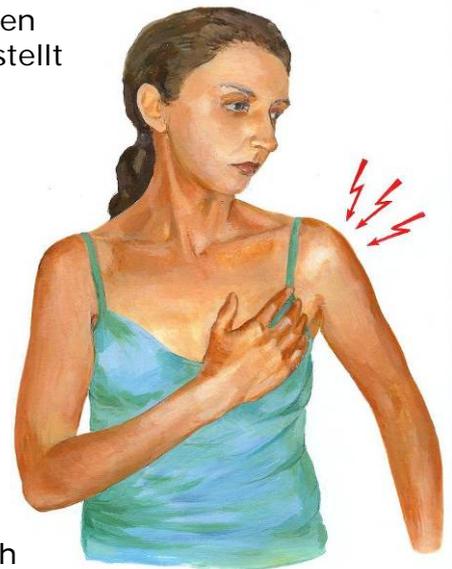


## Die Sportlerschulter

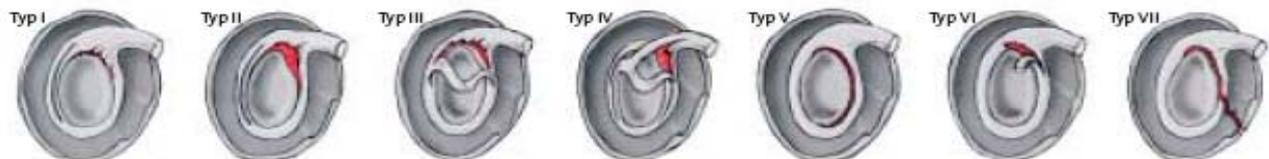
Der Begriff „**Sportlerschulter**“ ist erst in den letzten 10 Jahren näher definiert worden. Die Symptomatik ist komplex und stellt sich oft als eine Kombination aus Schulterinstabilität und Einengungssymptomatik unter dem Schulterdach (sog. **Impingement-Syndrom**) dar. Sie kann bei allen Sportarten auftreten, in denen der Sportler einer vermehrten Überkopfbelastung ausgesetzt ist. Auf Grund der Tatsache, dass sie in der Mehrzahl der Fälle bei Ballsportarten, bei denen Wurfbewegungen ausgeführt werden, anzutreffen ist, wird in der Literatur der Begriff „**Werferschulter**“ häufig synonym verwendet. Jedoch auch bei einer Reihe anderer Sportarten, die eine Überkopfbewegung voraussetzen, wie zum Beispiel beim Tennis, beim Volleyball und beim Schwimmen. Der **akute Schulterschmerz** tritt vorzugsweise bei jüngeren und aktiven Patienten auf.



Leitsymptom ist ein dumpfer, ziehender Schmerz im Bereich des Muskulus deltoideus. Der Arm hängt in Schonhaltung vom Körper herab, Schulterbewegungen über 90° Grad sind schmerzhaft. Der **chronische Schulterschmerz** führt zu Schonhaltung und Rückbildung der schulterführenden Muskulatur.

Bildquelle: Frank Netter, Thieme Verlag

**Diagnostik:** Die klinische Untersuchung spielt bei der Sportlerschulter eine wichtige Rolle. Typischer klinischer Untersuchungsbefund mit Einschränkung der Schulterbeweglichkeit („schmerzhafter Bogen“). **Ultraschall** (Sonographie) beider Schultern im Seitenvergleich, **Röntgen** zur Darstellung der knöchernen Strukturen oder Kalkdepots. Mit Hilfe der **Magnetresonanztomographie** (MRT) lassen sich Muskeln, Bänder, Sehnen, Schleimbeutel und insbesondere die Rotatorenmanschette und die knorpelige Gelenkpfanne (das sog. Glenoid) darstellen. **Abbildung:** Läsionen des superioren Labrum-Komplexes, die so genannte **SLAP-Läsion** (superior labrum anterior to posterior) Typ I-VII.



**Therapie:** **Krankengymnastik** und **Manuelle Therapie** zur Stärkung der Schultermuskulatur und zum Erhalt der Beweglichkeit ist der wesentliche Bestandteil der konservativen Therapie. Im akuten Stadium ist meistens nur die **gezielte Injektion** mit einem **entzündungshemmenden Schmerzmittel** hilfreich. Die individuelle Beratung umfasst das Verhalten im Alltag, die körperliche Belastung in Beruf und Sport.

**Prognose:** Läsionen des superioren Labrums beziehungsweise des Bizepssehnenankers können in der Regel operativ behoben werden. Während die SLAP-Läsion Typ I als einzige konservativ behandelt werden kann, stellen die anderen sechs Typen eine Indikation zur Operation dar. Die beim Sportler häufig auftretenden Läsionen vom Typ II und IV gilt es zu refixieren.