

MT to Go

Frouzen Shoulder Teil II

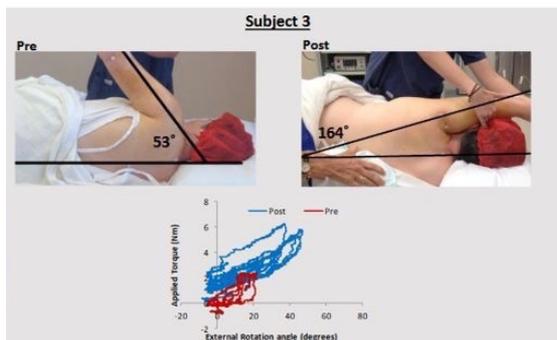
Johanna Blumenschein MSc.



Frouzen Shoulder (FS) ist eine häufige Ursache für schwere, anhaltende und schmerzintensive Funktionseinschränkungen im Schultergelenk. Susanne Sondermann hat in Ihrem Artikel der Februar Ausgabe „MT to Go“ die wichtigsten Eckpunkte aufgeführt und Behandlungsansätze aus dem Bereich PNF dokumentiert. Zu diesem Beitrag möchte ich nun folgendes ergänzen.

In der Literatur wurde über unterschiedliche Fibrosen, sowie Kontrakturen der Bandstrukturen um die Schulter sowie über mögliche gleichzeitige Entzündungsprozesse berichtet. Trotz umfangreicher Forschungen auf diesem Gebiet bleibt unklar, inwieweit eine echte Kontraktur der Schulterkapsel für den erheblichen Bewegungsverlust verantwortlich ist, der bei Patienten mit dieser Erkrankung häufig auftritt. Ein Team von Wissenschaftlern der Universität von Sydney (Hollmann et al. 2015) stellte sich die Frage, ob auch eine aktive Steifheit durch einen sogenannten „überrepräsentativen Muskel-Schutz“, zum Verlust des Bewegungsumfangs bei FS beiträgt. Charakteristisch ist hierbei das klinische Zeichen der aktiven und passiven Bewegungseinschränkung der Außenrotation

sowie Abduktion, bei radiologisch- unauffälligem Befund. Hollmann et al. evaluierten fünf Patienten mit signifikantem (>40 %), passiven- wie aktiven Bewegungsverlust, die sich einem „Kapselrelease“ unterziehen lassen wollten. Die passive Abduktion des Schultergelenks wurde unmittelbar vor der Narkose fotografiert und gemessen (im Vorbereitungsraum) und ebenso im Zustand der Sedierung, vor dem chirurgischen Eingriff (im OP). Bei allen fünf Patienten konnte eine signifikant bessere Mobilität für die Abduktionsbewegung in Narkose nachgewiesen werden.



Bei diesem Patienten wurde eine Funktionsverbesserung von 110 Grad gemessen, die geringste Verbesserung betrug 44 Grad (94 Grad wach zu 138 Grad in Narkose).

Quelle: Hollmann et al.2015

Diese Untersuchung lässt Rückschlüsse darauf zu, dass es sich nicht ausschließlich - immer um eine Kapselbedingte Einschränkung handeln kann. Eine aktive Steifheit oder ein sogenannter Muskelspasmus, der vermutlich das Ergebnis eines zentralnervösen Verarbeitungsprozess ist, scheint einen großen Beitrag zur Abduktionseinschränkung im Schultergelenk zu haben. Ob es sich hierbei um eine Untergruppe an Patienten handelt, oder ob es auf alle FS-Patienten übertragbar ist, muss wissenschaftlich sicher noch durch größere Fallzahlen ermittelt werden. Bei der Planung einer adäquaten Behandlung sollte diese Möglichkeit berücksichtigt werden.

Therapieansätze

Zu den von Susanne Sondermann (mttogo.de 02/2018) vorgestellten aktivitätsbezogenen Therapieansätzen, würde ich auf Grund der Erkenntnisse von Hollmann et al., noch folgende Übungen von Adam Meakins hinzufügen. Meakins (2015) beschreibt aus der klinischen Erfahrung heraus, eine deutliche Verbesserung der Funktion durch exzentrisches Training. Er verweist dabei auf die Sarkomerogenese (O'Sullivan et al.2012), welche diesbezüglich eine maßgebliche Rolle spielt und beschreibt eine deutliche Verringerung des Muskelspasmus durch den hypoanalgetischen Effekt.

Die Übungen sollten wie folgt durchgeführt werden: **Gewicht:** Hoch aber innerhalb der Schmerztoleranz, **Geschwindigkeit:** So langsam wie möglich, **Umfang:** 3x 8-5 Wiederholungen, **Häufigkeit:** 2-3x die Woche.



Eccentric loading idea
for frozen shoulders



Quelle: Adam Meakins

Literatur

L.Hollmann¹, M. Halaki², M. Haber³, R. Herbert⁴, S. Dalton⁵, K. Ginn¹

Determining the contribution of active stiffness to reduced range of motion in frozen shoulder.

Adam Meakins 2015

Frozen shoulder? <https://thesports.physio/2015/.../frozen-shoulder-let-it-go-let-it-go...>

Susanne Sondermann 2018

Frozen Shoulder oder adhäsive Kapsulitis. Orthopädie, manuelle Therapie, Schultergelenk.

O'Sullivan K¹, McAuliffe S, Deburca N.. Br J Sports Med. 2012

The effects of eccentric training on lower limb flexibility: a systematic review.46(12):838-45.

