



# Kalkschulter

## Tendinosis calcarea



**“Bin ich etwa schon verkalkt?”** Diese oder ähnliche Fragen werden uns häufig von Patienten gestellt, wenn ihnen die Diagnose “Kalkschulter-Tendinosis calcarea” eröffnet wird. Die Kalkschulter hat jedoch mit der weitverbreiteten Erkrankung Arteriosklerose nichts zu tun und stellt ein völlig eigenes Krankheitsbild dar.

**Wie kommt es dazu, dass sich Kalk in der Schulter abgelagert?**

Das Schultergelenk ist das beweglichste Gelenk des menschlichen Körpers. Für die Beweglichkeit sind Muskeln und ihre Sehnenansätze (Rotatorenmanschette) verantwortlich. Aus bisher immer noch nicht ganz geklärten Gründen kann es in diesen Sehnenansätzen zu Kalkeinlagerungen (Calciumsalze) kommen. Als Ursache wird eine anlagebedingte verminderte Durchblutung bestimmter Sehnenanteile diskutiert, in denen sich dann im Laufe der Zeit Kalk abgelagert. Eine andere Ursache mag sein, dass im Rahmen von Alterungsprozessen an der Sehne (Sehnendegeneration) fehlgeschlagene Heilungsversuche zu Kalkeinlagerungen führen.

**Wie machen sich diese Kalkablagerungen bemerkbar?**

Diese Ablagerungen können eine ganze Zeit lang unbemerkt bleiben. Ab einer gewissen Größe jedoch verursachen Kalkdepots häufig Schmerzen. Anfangs treten diese in der Regel nur bei bestimmten Bewegungen auf, vor allem bei einer Überkopftätigkeit und bei Drehbewegungen des Arms. Zunehmend kommen dann aber auch Ruheschmerzen dazu, die nachts besonders quälend sein können. Die Reizung im Gelenk führt zudem nicht selten zu einer Bursitis, einer Entzündung des Schleimbeutels im Schultergelenk. Gelegentlich kommt es auch zu ganz akuten heftigen Schmerzattacken, und zwar wenn sich die Kalkdepots spontan entleeren. Wechselnde Schmerzen mit akuten Verschlimmerungen sind typisch für die Kalkschulter. Dabei ist sie beileibe keine Alterserkrankung. Betroffen sind vorwiegend Menschen im mittleren Lebensalter.

**Welche Untersuchungen müssen vorgenommen werden, und wie wird die Kalkschulter behandelt?**

Die Symptomatik und die Ergebnisse der klinischen- und Ultraschalluntersuchungen der Schulter lassen meist schon eine Verdachtsdiagnose zu. Erhärtet wird sie durch das Röntgenbild, bei dem sich die Verkalkungen deutlich abzeichnen. Dabei besteht keine strenge Korrelation zwischen der Größe der Kalkdepots und dem Ausmaß der Schmerzen. Die Therapie wird man auf jeden Fall mit konservativen Maßnahmen beginnen. Zunächst wird versucht, die Schmerzen zu lindern: mit Eispackungen, entzündungshemmenden Medikamenten oder Spritzen an dem Kalkherd. Elektround Ultraschalltherapie sollen den Stoffwechsel so weit stimulieren, dass im günstigsten Fall die Verkalkungen wieder abgebaut werden. All diese Maßnahmen sollten in aller Regel von einer entsprechenden krankengymnastischen und physikalischen Behandlung der Schulter begleitet werden.

**Und wenn all diese Maßnahmen dem Patienten nicht helfen, und er nicht von seinen Schmerzen befreit wird?**

Meist gelingt es mit der konservativen Therapie die Symptome so weit zu beherrschen, dass die Patienten wieder schmerzfrei leben können. Bei einigen Betroffenen bilden sich die Kalkablagerungen sogar ohne Therapie von allein zurück. Man kann aber nie voraussagen, ob und nach welchem Zeitraum dies eintritt. Daneben gibt es aber auch Patienten, bei denen alle Maßnahmen keinen Erfolg zeigen und denen nur durch eine Operation geholfen werden kann. Früher scheute man diesen Eingriff, da dafür das Gelenk ganz freigelegt werden musste.



# Kalkschulter

## Tendinosis calcarea



Heute sollte man jedoch solche Eingriffe auf jeden Fall arthroskopisch durchführen, d.h. ohne große Schnitte und ohne wesentliche Beeinträchtigung des Patienten. Die Erholungsphase nach einem solchen Eingriff ist extrem kurz, so dass er grundsätzlich auch ambulant durchgeführt werden kann. Betrachtet man die arthroskopische Operation genauer, so unterscheiden wir zwei verschiedene Vorgehensweisen, da die Kalkablagerungen in unterschiedlicher Konsistenz vorliegen können. Bei Verkalkungen, die eine eher cremige Konsistenz (etwa wie Zahnpasta) haben, wird die Sehne in ihrem Verlauf vorsichtig längs geschlitzt, so dass das Depot ausgedrückt und abgesaugt werden kann. Den Schnitt in der Sehne kann man so belassen, er heilt problemlos ab. Bei Verkalkungen, die mehr kristallinen Charakter haben (sie liegen in etwa wie feiner Hagelzucker in der Sehne), muss der Körper selbst die Hauptarbeit beim Abbau leisten. Während der Operation werden die Depots "geneedelt", das heißt mit feinen Nadeln angeritzt. Dadurch werden Reparaturprozesse in Gang gebracht, die zum Einsprießen von Blutgefäßen führen. Im Zuge der dadurch vermehrten Durchblutung können die Verkalkungen im Laufe der folgenden Wochen resorbiert werden. Die zum Teil noch propagierte Stoßwellentherapie, bei der die Kalkschulter mit hochenergetischen Ultraschallwellen beschossen wird, zeigt laut aktuellen Studienergebnissen leider nur recht selten die gewünschten langfristigen Heilungsergebnisse. Die Stoßwellentherapie sollte deshalb nur in Ausnahmefällen eingesetzt werden.

### Ist die Operation allein für die Heilung ausreichend? Was muss der Patient selbst dazu tun?

Damit die Patienten möglichst schnell Ihre Schulter wieder schmerzfrei bewegen können, ist in jedem Fall die Frühmobilisation und die nachfolgende krankengymnastische Nachbehandlung sehr wichtig. Wie Nachuntersuchungen zeigten, waren 90% der Patienten mit dem Ergebnis der Operation auch

langfristig zufrieden. Da Komplikationen bei den arthroskopischen Techniken ausgesprochen selten sind, stellen sie eine sichere und erfolgreiche Alternative bei sonst nicht zu beeinflussenden Schmerzen der Kalkschulter dar.

### Kontaktdaten

KLINIK am RING, Köln  
Orthopädie und Sporttraumatologie  
Hohenstaufenring 28  
50674 Köln

Telefon (02 21) 9 24 24-220  
Telefax (02 21) 9 24 24-270  
E-Mail: orthopaedie@klinik-am-ring.de  
Internet: www.klinik-am-ring.de

### Terminvereinbarung:

Dr. Preis: (02 21) 9 24 24 -221  
Frau Becker: -222  
Dr. Schroeder: -223  
Dr. Lages: -226

### Ihre Ärzte



Dr. med.  
Stefan Preis



Christine Becker



Dr. med.  
Jörg Schroeder



Dr. med.  
Alexander Lages