

Vortrag Frozen shoulder

Sie haben sich heute als Vortrag das interessante Thema der Frozen-shoulder ausgesucht. Eine Erkrankung die zu einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik und einer massiven Schultersteife führt. Die Ätiologie dieser idiopathischen Schultersteife ist bis heute nicht bekannt, ebenfalls wird seit über 100 Jahren über die Therapie dieser Erkrankung unterschiedlich diskutiert

Ich möchte meinen Vortrag in drei Teile gliedern. Im ersten Teil werde ich noch einmal die Ätiologie und Pathomorphologie darlegen im zweiten Teil auf den typischen Phasenhaften Verlauf der Erkrankung mit Therapie Empfehlungen eingehen um im dritten Teil dann Studien präsentieren die diese Therapie Empfehlungen wieder etwas relativieren.

Duplay war der erste der sich in Frankreich 1872 mit dem Krankheitsbild der idiopathische Schulter steife Beschäftigte. Er benutzte damals den begriff der periarthritus humeroscapularis um dieses Krankheitsbild zu bezeichnen Er sah die Ursache der Erkrankung in den periartikulären Weichteilen und empfahl als Therapie die Mobilisierung der Schulter. Diese Therapie wird auch noch heutzutage bei diesem Krankheitsbild eingesetzt.

Von Codman wurde 1934 zum ersten Mal der Begriff der frozen shoulder eingeführt. Codman erkannte als erster Zusammenhänge bei idiopathische Schultersteife. Diese bestanden erstens in einem schleichenden Erkrankungsbeginn zweitens in der Unfähigkeit nachts auf der Schulter zu liegen drittens in einer deutliche Einschränkung Vorallem der Rotation und der Flexion und viertens es gab keine Rezidive und Erkrankung war selbst limitierend.

Er bezeichnet die Krankheit als schwierig zu diagnostizieren schwierig zu behandeln und schwierig zu erklären. Allerdings war er damals der Meinung das auch noch so schwierige Krankheitsfälle sich innerhalb von zwei Jahren mit oder ohne Therapie komplett erholen. 1945 wurde aufgrund von Paghomorphologischer Untersuchungen und Biopsien von neviasser zum ersten Mal der Begriff der adhäsiven capsulitis eingeführt. Er fand in seinen Untersuchungen Zeichen von fibrosen und Peri vaskuläre Infiltrationen die zu einer Fibrosierung und Versteifung der vorderen Kapsel führte. Beide Begriffe der frozen Schulter sowie der Adhäsiven capsulitis werden heute Synonym verwendet.

Epidemiologisch zeigt die Frozen-shoulder eine Inzidenz von 2-5 %im Altersbereich zwischen 40-70 Jahren angegeben.betroffen sind hauptsächlich Frauen im Verhältnis drei zu eins zu Männern. Der Altersgipfel liegt zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr zehnte ein Zusammenhang mit anderen Erkrankung ist bisher nur bewiesen mit dem Diabetes mellitus sowie Hyper und Hypothyreose.

Histopathologisch war Neviasser 1945 der erste der Biopsien entnahm und Perivaskuläre Infiltrationen sowie Zeichen einer fibrose fand Ein Jahr später fand Simons hauptsächlich Nekrosen und folgerte daraus dass sich aufgrund der Nekrosen eine chronische Entzündung entwickelt die dann in eine fibrose und Kontraktur der Schulter übergeht. Lundberg fand 1969 hauptsächlich Glykosaminoglykane sowie eine erhöhte Dichte von Kapselkollagen und folgerte daraus dass es sich wahrscheinlich eher um eine Reparaturvorgang nach einer abgelaufenen Entzündung handelte Hanafin stellte 1994 die Hypothese auf dass es aufgrund einer hypervaskulären Synovialitis zu einer progressiven fibroblasten Reaktion kommt die dann wiederum in eine Fibrose mit Kontraktur endet.

Entscheidend

Hand entnahm 2007 bei Patienten mit Frozen Shoulder arroskopisch Biopsien im Bereich der Bizepssehne und des Intervalls und fand hauptsächlich eine immunmodulierte chronische Entzündung die eine Fibroblastenproliferation zur Folge hatte so dass er davon ausging dass dieser Bereich der Ursprung Der Frozen Shoulder darstellt.

Ein Jahr später 2008 wurde von Uthoff gezeigt dass sowohl in der anterioren als auch in der posteriore Kapsel hauptsächlich Kollagen Typ 3 vermehrt gefunden wurde und damit war der Beweis erbracht dass es sich um eine Fibrose und Capsulitis der gesamten Schulterkapsel handelte.

Heutzutage wird davon ausgegangen dass die Frozen-shoulder aufgrund einer chronischen Entzündung mit fibroblasten Proliferation entsteht, deren Ursache aus heutiger Sicht in einer abnormen Immunreaktion besteht.

Die Frozen shoulder läuft in drei Phasen

Phase eins die so genannte freezing Phase dauert zwischen 2 und 5 Monaten hier ist hauptsächlich der Schmerz führend .

Die zweite Phase dauert circa 4-12 Monate hier kommt es zur so genannten Einsteifung der Schulter wobei der Schmerz deutlich nachlässt diese Phase nennt man die frozen Phase.

Danach geht die Schulter in die dritte Phase die so genannte thawing Phase in die Erholungsphase über in der die Beweglichkeit wiederhergestellt wird und die Schulter sozusagen auftaut. Diese Phase dauert zwischen 2 Monaten-2 Jahren.

In der ersten Phase ist hauptsächlich der Schmerz führend röntgenologisch sieht man gelegentlich eine Osteopenie die allerdings im zweiten Stadium schon nicht mehr nachweisbar ist zusätzlich findet man Kernspintomographen eine Verdickung des Ligamentum coracohumerale von 2,5 auf bis zu 4,1 mm ebenfalls eine Verdickung der ventralen Kapsel hauptsächlich im Rotatorenmanschetten Intervall von 4,5 auf bis zu 7,1 mm.

Der Schmerz klingt gegen Ende der ersten Phase langsam ab und läuft dann in der dritten Phase komplett aus. Die Einsteifung nimmt am Ende der Phase eins langsam zu erreicht ihren Höhepunkt gegen Ende der zweiten Phase und läuft dann etwas länger als die Schmerzphase in der dritten Phase in Erholungsphase wieder aus.

Aus mehreren prospektiven und Retrospektive Untersuchung ist bekannt dass die frozen shoulder selbst limitieren ist und üblicherweise zwischen zwei und drei Jahren komplett ausheilt.

In der Therapie ansetzen wird immer noch unterschiedlich diskutiert. Empfohlen wird in der ersten Phase hauptsächlich eine Schmerztherapie in der zweiten Phase eine vorsichtige mobilisierende Krankengymnastik vor allem zur Dehnung der dorsalen Kapsel um mein abgleiten des Humeruskopfes bei der Elevation nach dorsal caudal wieder zur möglichen. Die dritte Phase ist dann die Ausheilungsphase in der die Physiotherapie dann deutlich intensiviert werden sollte.

Steven hat im 2004 eine Arbeit publiziert prospektiv randomisiert mit 41 Patienten insgesamt zwei Gruppen eine Gruppe intensive Krankengymnastik die zweite Gruppe die so genannte supervised neglect Gruppe wurde nur beobachtet ohne Therapie. Bei einem Follow up von zwei Jahren zeigte sich hier bei der subjektiven Zufriedenheit in der Physiotherapiegruppe 63 Prozent und in der Gruppe ohne Therapie eine subjektive Zufriedenheit von 83 % der Konstant Score zur Beurteilung der Schulterfunktion war bei beiden Gruppen mit über 80 % sehr gut.

Eine neuere Prospektive Studie von Melzer 2008 untersuchte insgesamt 110 Patienten mit einem durchschnittlichen Follow up von 2 Jahren intensiver Psychotherapie gegenüber

Entscheidend

keiner Therapie und hier zeigte sich eine deutlich bessere Gesamtbeweglichkeit nach 2 Jahren

in der Gruppe mit Physiotherapie gegenüber der Gruppe ohne Therapie.

Bulgen führte Studie mit insgesamt 42 Patienten die in drei Gruppen aufteilte eine Gruppe erhielt Intraartikuläre Cortison Infillationen , die andere Gruppe hält intensive Physiotherapie ,eine Gruppe erhielt keinerlei Therapie. Follow up insgesamt acht Monate. Bei allen drei Gruppen kein signifikanter Unterschied was die Beweglichkeit und den Schmerz betraf.

eine andere Studie von Buchbinder prospektiv doppelblind untersuchte das Ergebnis von Cortison im Vergleich zu Placebo. drei Wochen 30 mg Cortison oral Prednisolon im Vergleich zu einer Plazebogruppe Follow up 3/6/12 Wochen nur Funktion besser sonst keine Differenz allerdings Rebound Effekt

Die Gruppe von Magosch und Habermeyer untersuchte 2008 prospektiv randomisiert zwei verschiedene Cortisonschemata insgesamt 25 Tagen einmal 5 mg Prednisolon pro Tag im Vergleich zu 40 mg fünf Tage 30 mg 20 mg 10 mg und 5 mg jeweils fünf Tage.
Nachuntersuchung 4Wo 3/6/12 Monate Besserung in beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied.

Abschließend muss gesagt werden dass auch heute noch der Satz von Codman gilt die Frozen-shoulder ist eine Erkrankung die schwierig zu diagnostizieren ist schwierig zu therapieren ist und schwierig zu erklären ist.

Auch der von Duplay 1872 empfohlene Therapieansatz mit hauptsächlich Mobilisierung der Schultergelenkkapsel gilt auch heute noch. Entscheidend ist eine individuelle phasengerechte Therapie. Die wichtigste Maßnahme ist dem Patienten das Krankheitsbild genau zu erklären darauf hinzuweisen das als eine Erkrankung ist die komplett ausgeheilt, das dafür aber von Patientenseite eine ausgeprägte Geduld mitgebracht werden muss.

Auch ich danke Ihnen für ihre Geduld und Aufmerksamkeit.

Entscheidend