

Behandlungsalgorithmus Cuffarthropathie

1. Anamnese symptombezogen

zurückliegende Verletzungen und Schulterbeschwerden, akute Traumata u Überlastungen

Schmerzen auf der VAS

Armdominanz

Beruf, Hobbies

bisherige Therapie

2. Untersuchung

symptombezogene Untersuchung

schulterspezifische Tests für versch. Kennmuskeln der Rotatorenmanschette, sowie Kräfteinteilung in Kraftgrade nach Janda (s. hierzu Algorithmus Rotatorenmanschettenläsion)

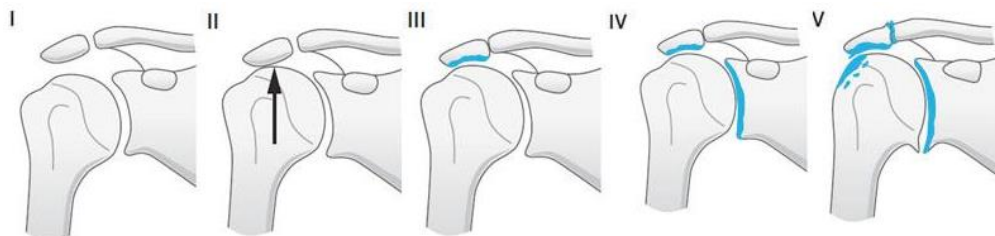
aktive vs passive Beweglichkeit, Kapselmuster

Impingementtests

Nervus Axillaris Funktion

3. Bildgebende Diagnostik

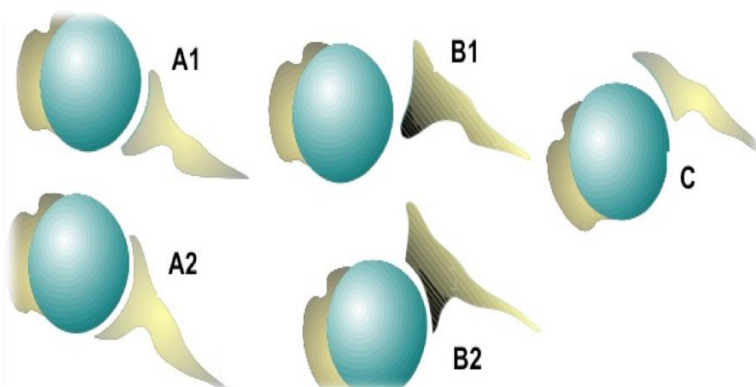
- Röntgen: Schulter 3 Ebenen (true ap, outlet, axial) zur Einteilung in versch. Grade der Cuffarthropathie, z.B. nach Hamada:



Kalksalzgehalt; Os Acromiale; Acromiohumeraler Abstand; Ausdünnung Acromion bis hin zu Ermüdungsfrakturen, u.a.

- CT: Beurteilung Morphologie, Humeruskopfzentrierung, Kopfkalottendeformation

Glenoideinteilung nach Walch:



- MRT: Beurteilung der Ruptur (betroffene Sehnen, Retraktion nach Patte, Atrophie nach Thomazeau, Verfettung nach Goutalier, Begleitpathologien z.B. LBS Dislokation etc., s. hierzu Algorithmus Rotatorenmanschettenläsion)

4. Konservative Therapie

- medikamentöse antiinflammatorische und analgetische Therapie. Aufgrund des meist älteren Patientenlientels Beachtung von Begleiterkrankungen und Kontraindikationen (Niereninsuffizienz u.a.), sowie Wechselwirkungen mit vorhandener Medikation (ASS u.a.) ggf. Einstellung in Kooperation mit dem Hausarzt

- KG und ETH: Stärkung vorhandener Manschettenmuskulatur sowie von Mm. Deltoideus, Pect. Maj, Latissimus dorsi und der periscapularen Muskulatur; Vermeidung und Verbesserung von Steife; Erlernen von Adaptationstechniken

- Infiltrationen (max 3 aufeinanderfolgende Infiltrationen, z.B. Meaverin mit Lipotalon/Xylocain und Triamcinolon 40, ggf. ACP/PRP) subacromial

5. Operative Therapie

viele verschiedene Optionen, vom Debridement bis hin zur inversen Prothese, mit teils unterschiedlichen Outcomeberichten in den wissenschaftlichen Datenbanken.

Die korrekte Indikationsstellung ist von vielen verschiedenen Faktoren abhängig und sollte im Gespräch mit dem Patienten (Anspruch, Alter, Erwartung, Einschränkungen, Limitationen) differenziert besprochen und dann individuell festgelegt werden.

6. Nachbehandlung

Je nach erfolgter Therapie, s. Nachbehandlungsschema Sportklinik

RSA (inverse Prothese): s. Nach Behandlungsschema, Abduktionskissen für 6 Wochen mit passiver Beübung, ggf AHB ab 4.-6. Woche. Klinische u radiologische Kontrolle nach 6Wo/6 Mo u dann jährlich post OP.

7. Verlaufskontrollen

sollten im Falle von Gelenkersatz jährlich durchgeführt werden (klinisch u radiologisch) u können bei entsprechender Zuweisung in der Spokli erfolgen, mit follow up der Patienten im Prothesenregister