

2014: S2-Leitlinie Rotatorenmanschette

Empfehlungen/Statements - 2. Abstimmungsrunde

3. Klassifikation - Bewertungssysteme (Scores)

Empfehlung 9: Die Anwendung folgender Scores kann empfohlen werden:

Constant Score:

Retest-Reliabilität Constant Score: $r = 0,675$

VAS:






Retest-Reliabilität VAS: $r = 0,98$

Expertenmeinung

Bitte treffen Sie Ihre Wahl!

Abgegebene Stimmen:

Antwortverteilung:

	ja:	9 von 9	100.00 %	
	eher ja:	0 von 9	0.00 %	
	unentschieden:	0 von 9	0.00 %	
	eher nein:	0 von 9	0.00 %	
	nein:	0 von 9	0.00 %	

Enthaltungen:

0

Kommentare:

- Keine Kommentare

7. Therapie

7.2 Indikation/Operationszeitpunkt

Statement 12

Degenerative Läsionen



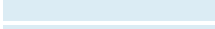
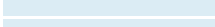

- Grundsätzlich elektiver Eingriff bei degenerativen Läsionen, in der Regel nach Versagen der konservativen Therapie
- Indikationen individuell abhängig von:
 - Klinischer Symptomatik: Schmerz, ROM, Funktion, Kraft
 - Rupturmorphologie (US/MRT): Retraktionsgrad, Fettige Infiltration, Atrophie
 - Funktionellem Anspruch
 - Perioperative Compliance
- Akute Läsionen[72-77]:
 - Akute RM-Läsionen sind eher selten (5-10%)
 - Verzögerte Rekonstruktion von akuten RM-Läsionen kann zu Sehnenretraktion, fettiger Degeneration und Atrophie der RM-Muskulatur führen
 - Chance, gesünderes Gewebe mit besserem Heilungspotential vorzufinden bei früher Rekonstruktion
 - Level IV Fallserien mit Focus auf früher Rekonstruktion:
 - In einer Studie sind Resultate der RM-Läsionen, die innerhalb von 3 Wochen nach Trauma versorgt wurden, besser als später versorgte

Evidenzlevel 4

Bitte treffen Sie Ihre Wahl!

Abgegebene Stimmen:

Antwortverteilung:

	ja:	9 von 9	100.00 %	
	eher ja:	0 von 9	0.00 %	
	unentschieden:	0 von 9	0.00 %	
	eher nein:	0 von 9	0.00 %	
	nein:	0 von 9	0.00 %	

Enthaltungen:

0

Kommentare:

- Keine Kommentare

Empfehlung 13

Akute Rupturen, v.a. der Subscapularissehne, und Rupturen ohne Anzeichen von Humeruskopfkränialisierung und fortgeschrittenerer Atrophie sollten zeitnah versorgt werden, dann ggf. auch Histologie-Gewinnung zur Unterscheidung akut/chronisch (Unfall vs. Krankheit). Expertenmeinung

Bitte treffen Sie Ihre Wahl!

Abgegebene Stimmen:

Antwortverteilung:

	9		
ja:	9 von 9	100.00 %	
eher ja:	0 von 9	0.00 %	
unentschieden:	0 von 9	0.00 %	
eher nein:	0 von 9	0.00 %	
nein:	0 von 9	0.00 %	

Enthaltungen:

0

Kommentare:

- Keine Kommentare

8.5 Häufigste Verfahren**Statement 18**

Arthroskopische/mini-open/offene Operation[1-8]:

- Keine Studien, die alle drei Verfahren direkt vergleichen; bei verfügbaren Studien heterogene Aussagen bezüglich der klinischen und strukturellen Ergebnisse, direkt postoperativ zeigen die offenen- Zugänge ein höheres Schmerzniveau.

Evidenzlevel 3

Bitte treffen Sie Ihre Wahl!

Abgegebene Stimmen:

Antwortverteilung:

	9		
ja:	8 von 9	88.89 %	
eher ja:	1 von 9	11.11 %	
unentschieden:	0 von 9	0.00 %	
eher nein:	0 von 9	0.00 %	
nein:	0 von 9	0.00 %	

Enthaltungen:

1

Kommentare:

- Keine Kommentare

Empfehlung 19

Verfahren ist je nach Erfahrung des Operateurs, in Abhängigkeit der Pathologie und Patientenwunsch anzuwenden. Expertenmeinung

Bitte treffen Sie Ihre Wahl!

Abgegebene Stimmen:

Antwortverteilung:

	9		
ja:	8 von 9	88.89 %	
eher ja:	1 von 9	11.11 %	
unentschieden:	0 von 9	0.00 %	
eher nein:	0 von 9	0.00 %	
nein:	0 von 9	0.00 %	

Enthaltungen:

0

Kommentare:

zu Antwort
'eher ja'

- Die arthroskopischen minimal-invasiven Techniken sollten favorisiert werden.






Statement 20

Fadenankertechnik vs. transossäre Nähte[9-10]:

- **Offene Operation und Mini-open-Technik: keine Unterschiede im funktionellen Outcome**
Evidenzlevel 2, Empfehlungsgrad B
- **Arthroskopische Technik: Aufgrund des operationstechnisch limitierten Zugangs ist die Fadenankertechnik als Standardverfahren anzusehen. Klinische Vergleichsstudien zwischen Fadenanker- und transossärer Technik fehlen.**

Bitte treffen Sie Ihre Wahl!

Abgegebene Stimmen:**Antwortverteilung:**

	9		
ja:	9 von 9	100.00 %	
eher ja:	0 von 9	0.00 %	
unentschieden:	0 von 9	0.00 %	
eher nein:	0 von 9	0.00 %	
nein:	0 von 9	0.00 %	

Enthaltungen:

0

Kommentare:

- Keine Kommentare

Statement 23




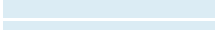

Akromioplastik in Kombination mit der Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion oder isoliert bei Partialläsionen der Rotatorenmanschette [25-29]:

- **keine generelle Empfehlung zur begleitenden Akromioplastik bei Akromion I-III, keine Unterschiede im klinischen Outcome bei Rotatorenmanschettenrekonstruktion mit vs ohne Akromioplastik**

Evidenzlevel 1a, Empfehlungsgrad A

Bitte treffen Sie Ihre Wahl!

Abgegebene Stimmen:**Antwortverteilung:**

	9		
ja:	8 von 9	88.89 %	
eher ja:	0 von 9	0.00 %	
unentschieden:	1 von 9	11.11 %	
eher nein:	0 von 9	0.00 %	
nein:	0 von 9	0.00 %	

Enthaltungen:

0

Kommentare:zu Antwort
'unentschieden'


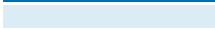


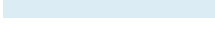
- Cave: Es gibt keine Langzeitstudien mit VS ohne Akromioplastik aber gute Langzeitregister MIT Akromioplastik

Statement 26

Sehr sparsame ACG-Resektion (max.1 Shaverbreite/ ca. 6mm) bei klinisch präoperativ vorhandener symptomatischer ACG-Arthrose (cave: Instabilität. Keine ACG-Resektion bei asymptomatischer ACG-Arthrose).
Expertenempfehlung

Bitte treffen Sie Ihre Wahl!

Abgegebene Stimmen:**Antwortverteilung:**

	9		
ja:	9 von 9	100.00 %	
eher ja:	0 von 9	0.00 %	
unentschieden:	0 von 9	0.00 %	
eher nein:	0 von 9	0.00 %	
nein:	0 von 9	0.00 %	

Enthaltungen:

0

Kommentare:

- Keine Kommentare




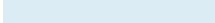
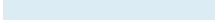
Statement 27**LBS-Tenotomie, -dese [38-42]:**

- **Keine Unterschiede im endgültigen klinischen Ergebnis, auch nicht bzgl. Supinations-/Flexionskraft im Ellbogengelenk,**
- **Tenotomie: wird eher bei älteren Patienten mit niedrigerem funktionellen Anspruch angewendet, einfache Nachbehandlung, kosmetische Deformität durch Distalisierung des M. biceps**
- **Tenodese: wird eher bei jungen Patienten mit hohem funktionellen Anspruch angewendet, aufwendigere**

Nachbehandlung, geringere kosmetische Deformität**Evidenzlevel 2, Empfehlungsgrad B**

Bitte treffen Sie Ihre Wahl!

Abgegebene Stimmen:**Antwortverteilung:**

	9		
ja:	9 von 9	100.00 %	
eher ja:	0 von 9	0.00 %	
unentschieden:	0 von 9	0.00 %	
eher nein:	0 von 9	0.00 %	
nein:	0 von 9	0.00 %	

Enthaltungen:

0

Kommentare:





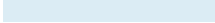
- Keine Kommentare

Expertenempfehlung.

Die Indikation zur Tenotomie/Tenodese der langen Bicepssehne (LBS) ist in Abhängigkeit des Patientenalters, funktionellen Anspruchs und der vorliegenden Pathologie gewählt werden.

Bitte treffen Sie Ihre Wahl!

Abgegebene Stimmen:**Antwortverteilung:**

	9		
ja:	9 von 9	100.00 %	
eher ja:	0 von 9	0.00 %	
unentschieden:	0 von 9	0.00 %	
eher nein:	0 von 9	0.00 %	
nein:	0 von 9	0.00 %	

Enthaltungen:

0

Kommentare:

- Keine Kommentare

Allgemeiner Kommentar zum Fragebogen.

Haben Sie weitere Kommentare/Ergänzungen bzgl. des Fragebogens? Gibt es Themenbereiche, die Sie vermissen?

Abgegebene Stimmen: 1**Antworten:**

- Nein. Vielen Dank, dass ich mitmachen durfte. Danke Dennis.