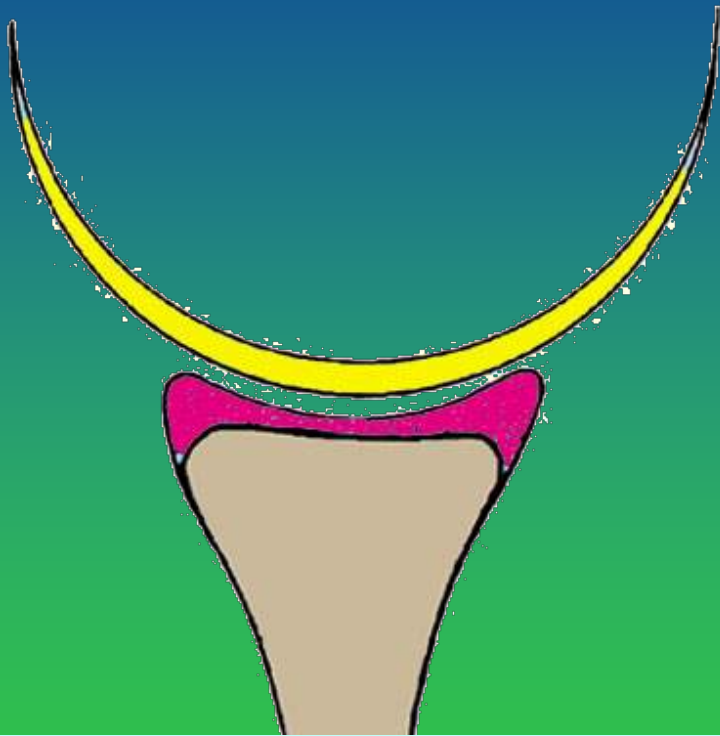


Auswahl klinischer Tests Instabilität



Schulterorthopädieausbildung Salzburg 2011

Leiter: Rainer Kluger

SGHL & MGHL

Kontrollieren die a-p und die kaudale Translation bei 0 bis 45° glenohumeraler Abduktion

IGHL

Kontrollieren die a-p und die kaudale Translation bei 45° bis 90° glenohumeraler Abduktion

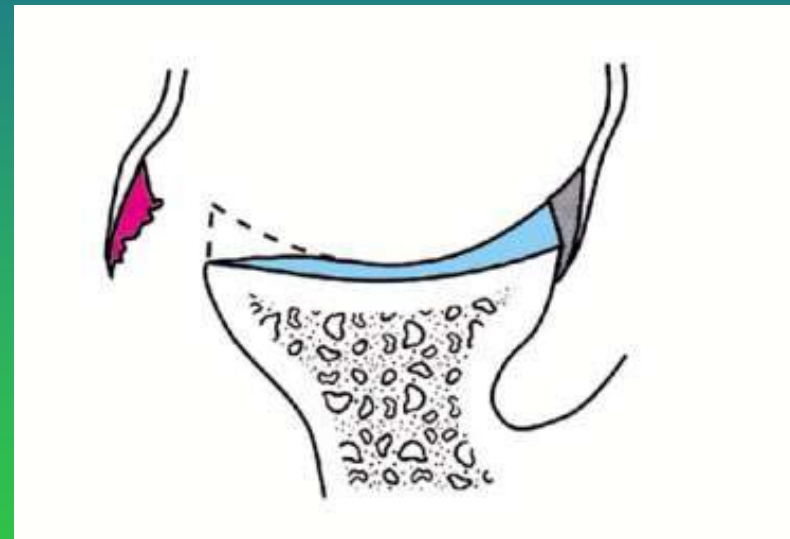


Instabilität

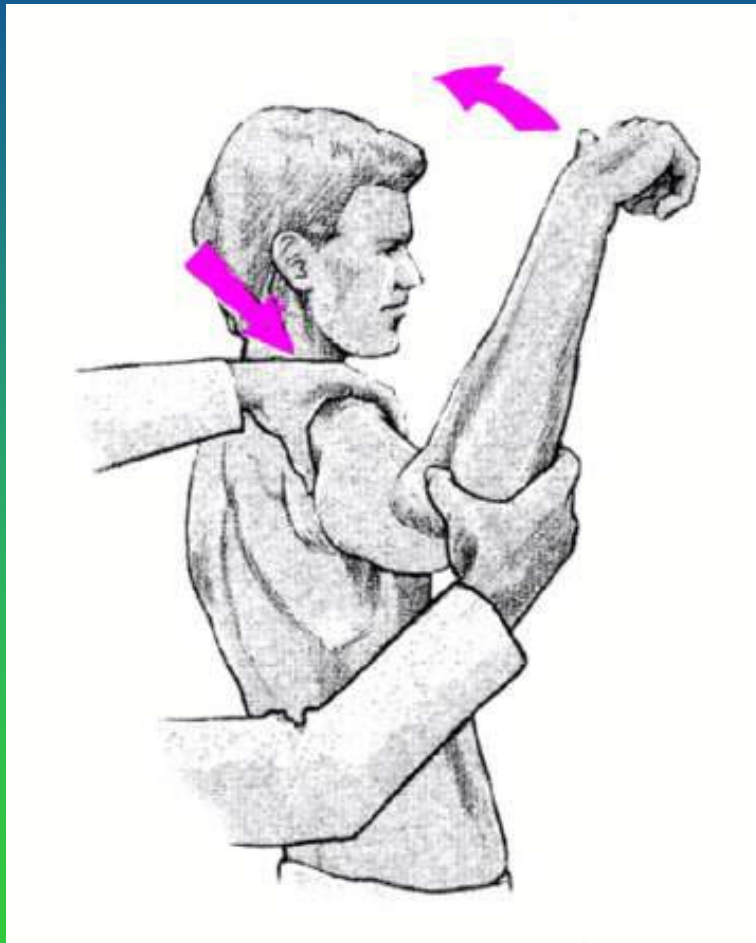
Instabilität ist die Unfähigkeit des Patienten, den Humeruskopf aktiv im Glenoid zu zentrieren.

Matsen et al 1994

Instabilitätstest vollziehen den Pathomechanismus nach und versuchen pathologische Phänomene wie Springen Schnappen oder Reiben zu reproduzieren.



Apprehension Test



Rowe & Zarins 1981

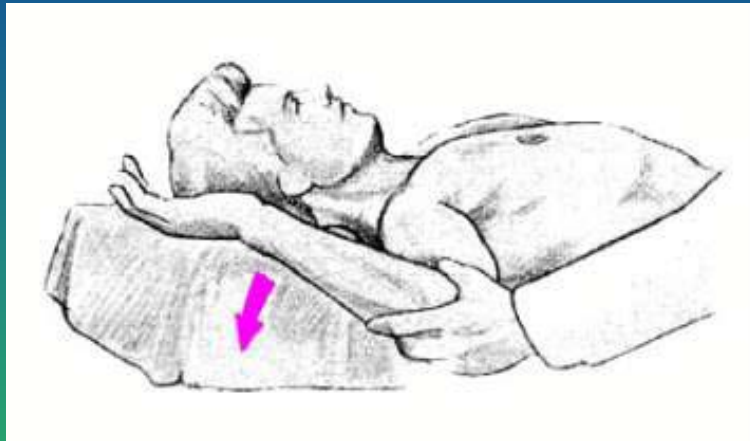
unwillkürliches Anspannen des Patienten zur Verhinderung einer Subluxation oder Luxation verbunden mit subjektivem Instabilitätsgefühl

der Zeigefinger palpiert das Vorgeiten des HK

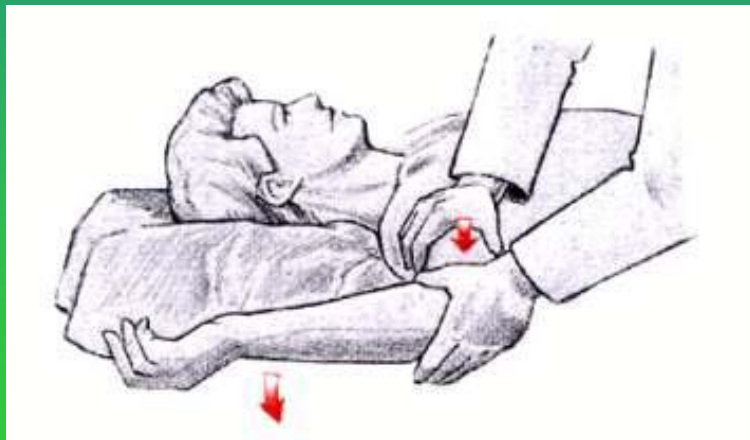
Leffert & Gumley 1987

Relocation Test

Jobe & Jobe 1983



Druck von vorne unten zentriert den HK, vermindert Apprehension und ermöglicht weitere Aussenrotation.



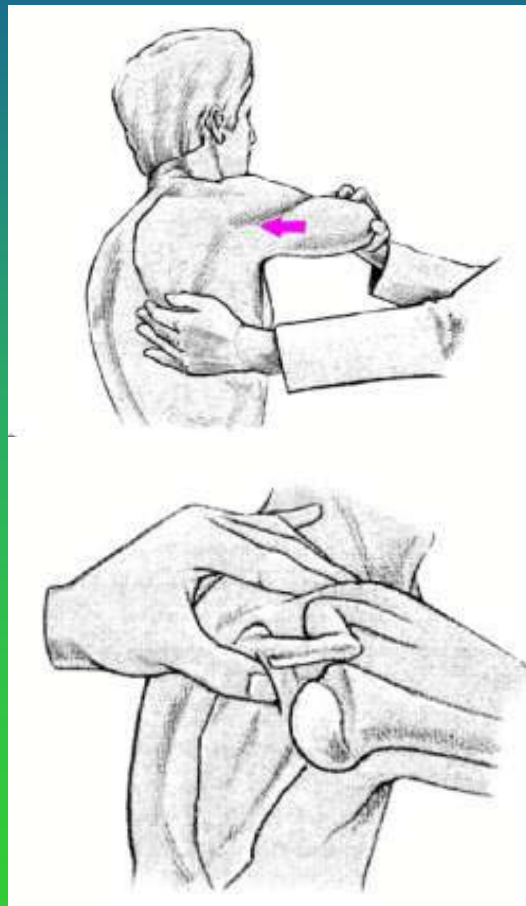
Anterior release Test

Wenn der Druck vermindert wird, kehrt das Apprehensionsgefühl zurück

Gross & Distefano 1997

Jerk Test

Prüfung der hinteren Instabilität in Flexion und Innenrotation



Der nach dorsal subluxierte HK springt unter Horizontalabduktion des Humerus wieder in die Pfanne zurück. Schmerz und Instabilitätssymptome werden durch den Test provoziert

Pollock et al 1996

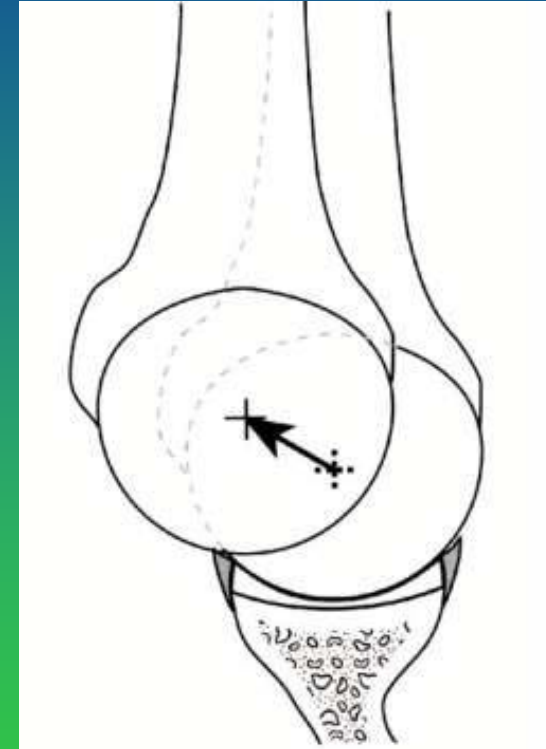
Schulterlaxizität

Ausmaß der Translation des
Humeruskopfes (HK) gegenüber
dem Glenoid

Matsen et al 1994

Laxizitätstests prüfen die Weite
von Kapsel und Bändern

Glenoid-Labrum Unterdrucksystem ist
intakt



Generelle Bandlaxizität

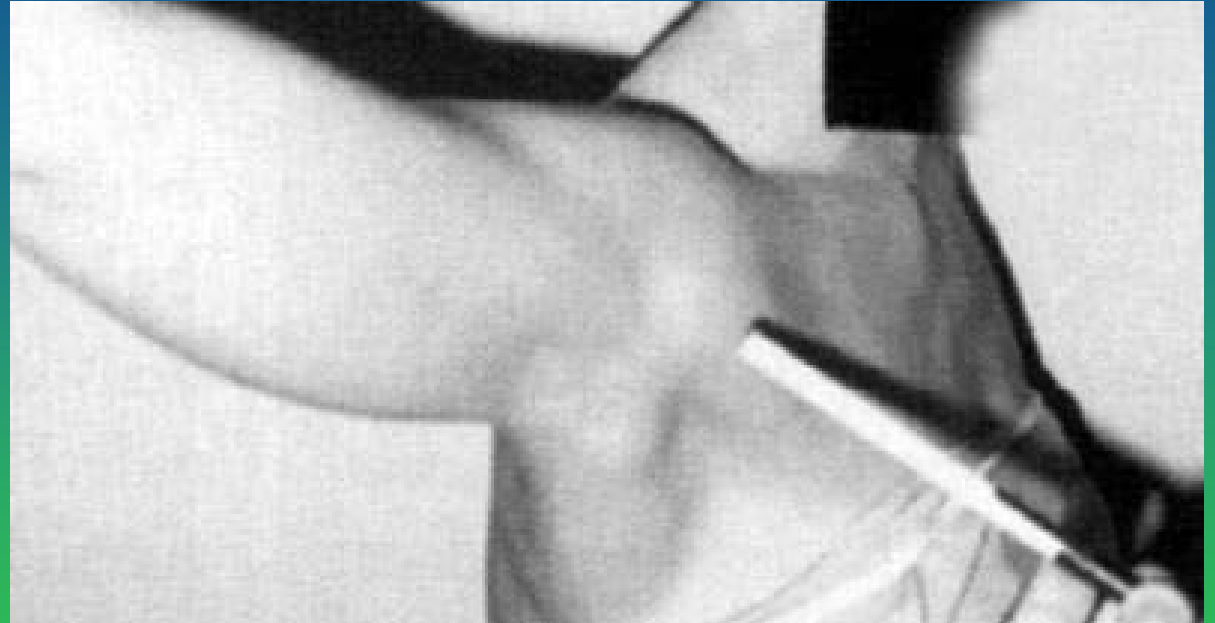
Daumen / Unterarm Test
Normalwert 6 -12cm
bei Frauen geringer als bei
Männern



Beispiel: AMBRII

Auch exzessive
Translation ist nicht
gleichbedeutend mit
Schultergelenks-
instabilität

Lintner et al 1996
Silliman et al 1993



Instabilität vs. Hyperlaxizität

Traumatische Erstluxationen führen nicht zu vermehrter Translation.

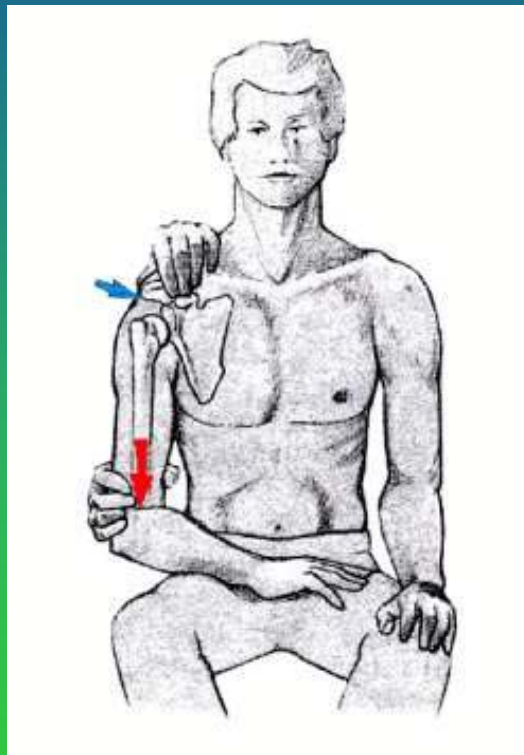
Speer et al 1994 (Leichenschultern)

Lippitt et al 1994 (Vergleich gesunder mit instabilen Patienten)

Hawkins et al 1996 (Radiologie des Schublagentests)

Sulcustest

axialer Zug nach caudal beim sitzenden Patienten



ausgedrückt in cm

< 1cm = Normalbefund

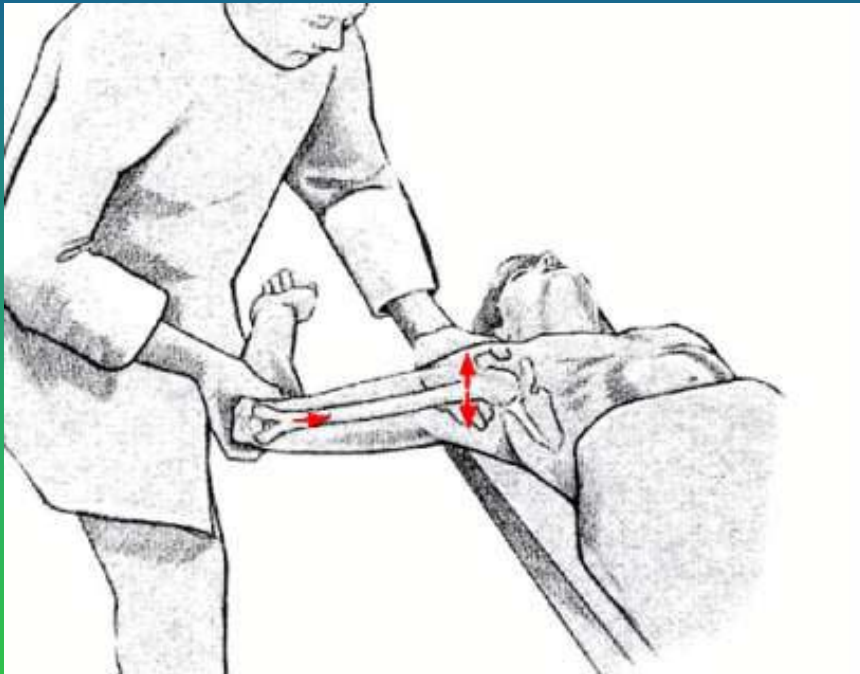
in IR häufig leicht positiv

in AR sollte negativ sein

> 2cm = pathologisch

Differentialdiagnose: RM Ruptur

Load and Shift Test (Hawkins)



Grad 0: minimale Verschieblichkeit

Grad 1: HK geht an den Glenoidrand

Grad 2: HK geht zur Hälfte über den Glenoidrand

Grad 3: Luxation, keine spontane Reposition

Schubladentests

a/p Translation beim sitzenden Patienten



Grad 0: Translation bis 25%
des HK Durchmessers

Grad 1: leichte Translation
HK geht an den Glenoidrand
=50% des HK-Durchmessers

Grad 2: deutliche Translation,
HK geht über den Glenoidrand

Hawkins et al 1990

Schubladentests

Normalbefund:

nach posterior: Grad 0 -1 = HK an den Glenoidrand

nach anterior: Grad 0 = Translation bis 25% des HK
Durchmessers

anterior jerk test Lerat et al 1994

während des Schubladentests treten
Subluxationssymptome auf

clunk test

McMaster 1986 / Glasgow 1992

Krepitation bei Schublade + Rotation gibt Hinweis auf
Labrumläsionen

Klassifikationen der Instabilität

Nach der Richtung Neer et al 1980

Unidirektionale vs. Multidirektionale Instabilität

Nachteil: Hyperlaxizität und Multidirektionale Instabilität
werden nicht klar unterschieden

Nach der Ursache Matsen et al 1990

TUBS und AMBRII

- auch TUBS Patienten können eine hintere Luxation erleiden
- auch AMBRII Patienten können eine Schulterluxation erleiden
(einseitig instabil, beidseitig hyperlax)

Unidirektionale Instabilität ohne Hyperlaxizität > 50%

Unidirektionale Instabilität mit multidirektionaler Hyperlaxizität ~ 30%

Multidirektionale Instabilität mit multidirektionaler Hyperlaxizität ~ 5%

Multidirektionale Instabilität ohne Hyperlaxizität < 5%

Uni oder multidirektionale willkürliche Instabilität < 5%

Hintere Instabilität < 5%

Chronische Luxation < 5%

Gerber et al 1997

Rowe Score

Section 1 - Stability

No Recurrence, subluxation or apprehension

Apprehension when placing arm in certain positions

Subluxation (not requiring reduction)

Recurrent Dislocation

Section 2 - Motion

100% of normal ext rotation, int rotation and elevation

75% of normal ext rotation, int rotation and elevation

50% of normal ext rotation, int rotation and elevation

50% of normal elevation, and int rotation, No ext rotation

Section 3 - Function

No limitation of work or sports, little or no discomfort (eg shoulder strong overhead, lifting, swimming, throwing, tennis)

Mild limitation and minimum discomfort

Moderate limitation and discomfort

Marked limitation and pain