**Rotator cuff ruptuur**

Key-points

* Bovenhandse sporters hebben meestal een partiële-dikte ruptuur aan de articulaire zijde van de posterosuperieure cuff.
* Non-operatieve behandeling is de eerste stap in werpers met een partiële-dikte cuff letsel.
* Operatieve behandeling wordt aanbevolen als conservatief faalt, en kan bestaan uit een arthroscopisch debridement of repair/reconstructie.

Achtergrond

Rotator cuff rupturen worden frequent gezien in de werpers schouder en kunnen het gevolg zijn van een acuut trauma, of meest voorkomend, een chronische overbelasting bij herhaaldelijke bovenhandse activiteiten. Meestal (in 91%) betreft het een partiële-dikte ruptuur aan de articulaire zijde (dus het binnenblad) van de posterosuperieure cuff (overgang supraspinatus – infraspinatus. Dit letsel wordt typisch gezien aan het einde van de cascade van effecten van het glenohumeral internal rotation deficit (GIRD) fenomeen in de werpers schouder.

Work-up

De klachten waarmee de werper zich presenteert kan variëren van milde pijn en verminderde kracht, tot chronische pijn en onvermogen tot gooien. Lichamelijk onderzoek richt zich op weerstandstesten van de cuff, en evaluatie van een GIRD fenomeen en scapula dyskinesie als mogelijke onderliggende oorzaken van de cuff ruptuur. Aanvullend onderzoek begint met conventionele röntgenfoto’s van de schouder en een MRI scan (vaak met contrast / arthrogram). Een MRI scan heeft als voordeel boven echo-onderzoek dat het ook bijkomende letsels (bijv SLAP laesie) kan diagnosticeren.

Behandeling

*Conservatief*

Niet-operatieve behandeling is de eerste stap in werpers met een partiële-dikte cuff letsel. In de initiële fase (2-6 weken) wordt rust (niet werpen) en evt een NSAID’s geadviseerd. Fysiotherapie hierna richt zich op het oprekken van het posterieure kapsel, versterken van de cuff musculatuur en scapula stabilisatoren. De duur van het herstel bij atleten varieert van 3-12 maanden.

*Operatief*

Operatieve behandeling kan worden overwogen bij patiënten waar conservatieve therapie faalt (na ongeveer 6 maanden). Partiële-dikte rupturen (dikte <50-75%) aan de articulaire zijde kunnen behandeld worden middels een arthroscopisch debridement, waarbij het pathologische weefsel wordt verwijderd zodat er een genezingsreactie kan plaatsvinden. Succespercentage is ongeveer 85%, waarbij 64-76% weer terugkeert op oude niveau van sport. Indien de dikte van de ruptuur >50-75% is, kan er een repair worden gedaan. Er is geen eenduidig bewijs in de literatuur welke operatieve techniek (open versus arthroscopisch) voor herstel van de cuff ruptuur het beste is. Ook is nog niet goed onderzocht welk percentage werpers terugkeert op het oude niveau van sport na een hersteloperatie. Tevens is het op basis van literatuur nog niet duidelijk hoe snel na een hersteloperatie kan worden begonnen met krachttraining.

Nabehandeling / sporthervatting

Na arthroscopische debridement bij partiële cuff rupturen kan direct worden begonnen met range-of-motion (ROM) oefeningen. Na een reconstructie wordt een voorzichtigere nabehandeling aangehouden, waarbij de schouder meestal de eerste 2-3 weken geïmmobiliseerd wordt. Hierna wordt begonnen met het optimaliseren van ROM. Kracht oefeningen worden vanaf 3 maanden postoperatief gedaan, en een werpers-programma na ongeveer 4 maanden postoperatief. Uiteraard moet aandacht worden besteed aan werptechnieken en dient er ook na terugkeer in de sport aandacht te blijven voor het oprekken van de posterieure structuren om een GIRD fenomeen te voorkomen.

Literatuur

* [Braun S et al. Shoulder Injuries in the Throwing Athlete. The Journal of Bone and Joint surgery 2009;91:966–978](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19339585)
* [Ellenbecker TS et al. Rehabilitation of shoulder impingement syndrome and rotator cuff injuries: an evidence-based review. British Journal of Sports Medicine 2010;44:319–327](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20371557)
* [Shaffer B et al. Rotator cuff tears in the throwing athlete. Sports Med Arthrosc 2014;22:101–109](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24787724)