

Kijkoperatie bij peescheuren van de schouder



azdelta

Uw ziekenhuis.

Inhoud



Anatomie	4
Wat is een rotator cuffscheur?	5
Voor de operatie	6
Behandelingsmethoden	7
Vorbereiding	9
De opname	9
De operatie	10
Kostprijs	12
Risico's en complicaties	12
Verloop na de operatie	14
Nabehandeling	15
Nuttige tips	16
Oefentherapie	18

© AZ Delta

Deze uitgave mag in zijn geheel noch gedeeltelijk worden gekopieerd, of openbaar gemaakt, op welke wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Beste patiënt

Uw arts heeft u een hersteloperatie van de schouderpees (rotator cuff) aangeraden. Wellicht roept dit bij u en uw familie een aantal vragen op. Deze brochure bevat praktische informatie over de rotator cuff, de operatie, de nabehandeling, de risico's en de nuttige tips die voor u een leidraad kunnen zijn voor een verdere revalidatie.

Hebt u nog bijkomende vragen, aarzel dan niet om deze met uw arts, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten of uw maatschappelijk werker te bespreken.

Wij wensen u alvast veel succes met uw operatie en revalidatie.

Namens het team van de dienst orthopedie van AZ Delta

Anatomie

De schouder bestaat uit drie beenderen, het schouderblad, de bovenarm en het sleutelbeen. Het schoudergewricht wordt gevormd door de pan of glenoid (deel van schouderblad) en de kop van de bovenarm (zie fig. 1).

Rond het gewricht bevindt zich een gewrichtskapsel. Daarrond lopen spieren en pezen. Deze spieren en pezen vormen samen de 'cuff'. De rotatorcuff, een complex van vier pezen, verbindt de bovenarm met het schouderblad (zie fig. 2).

In normale omstandigheden is er voldoende ruimte tussen de kop van de bovenarm en het sleutelbeen zodat de tussenliggende rotator cuff vlot kan bewegen zonder wrijving onder het schouderdak (acromion = dakvormig uitsteeksel van het schouderblad). De tussenliggende slijmbeurs zorgt voor een soepel bewegen van al deze structuren.

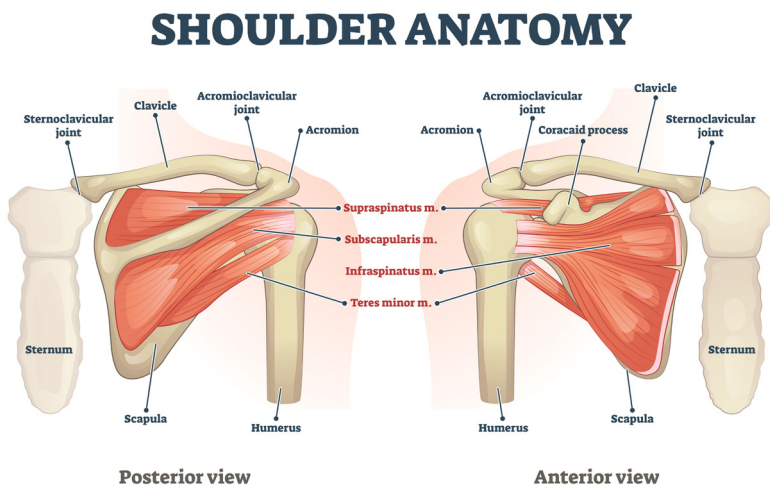


Fig. 1: de schouder

Shutterstock

Wat is een rotator cuffscheur?

De rotator cuff, namelijk vier pezen rondom de schouder, zorgt voor het bewegen van onze schouder in alle richtingen. Ter hoogte van de aanhechtingsplaats zijn de schouderpezen onderhevig aan slijtage. Bijkomende irritatie ontstaat door ruimtegebrek als gevolg van botaangroei aan het schouderdak. Wanneer de pezen geleidelijk verslijten, kunnen ze gaan scheuren. Spontane genezing van een scheur gebeurt niet omdat deze zones van de pees weinig bloedtoevoer hebben (zie fig. 3).

De pees kan scheuren door spontane verouderingsprocessen, door overmatige belasting, bij bepaalde sporten (volleybal...), beroepen (schilders...) of door ongeval (val of plotse ruk aan de arm). Rotator cuffscheuren veroorzaken pijn en krachtverlies in de aangetaste schouder, maar er zijn veel gradaties mogelijk. In sommige gevallen is de cuff slechts partieel gescheurd: hierbij is er pijn maar blijft er vaak een goede beweeglijkheid en kracht. Hoe groter de scheur, hoe meer bewegingsbeperking en krachtverlies van de schouder. Het wordt dan moeilijker om de arm nog voorwaarts of zijwaarts op te heffen. Als de rotator cuff volledig scheurt, wordt het onmogelijk om de arm in alle richtingen te bewegen.

De meeste cuffscheuren veroorzaken een vage, doffe pijn in de schouderregio en de bovenarm. Soms is er ook een schietende pijn die optreedt bij bepaalde bewegingen, gecombineerd met een verspringend gevoel. Zeer frequent is de typische nachtelijke pijn. Heel vaak is het onmogelijk om in te slapen op de aangetaste schouder of wordt de patiënt 's nachts wakker wanneer hij op die schouder ligt.

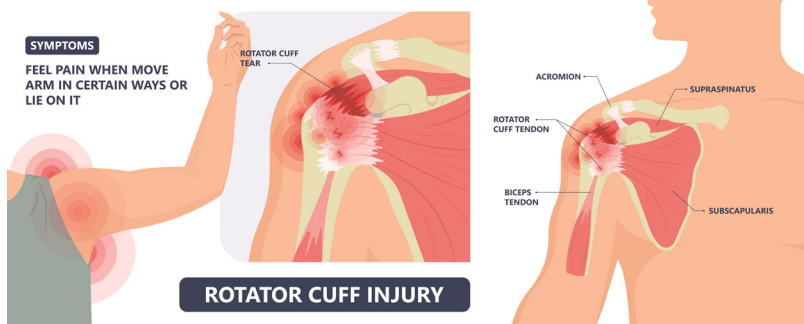


Fig. 2: de rotator cuffscheur

(Shutterstock)

Voor de operatie

Als tijdens de raadpleging besloten wordt tot een operatie, wordt een datum voor de ingreep gepland. Met het medisch dossier gaat u naar de **huisarts** om uw algemene gezondheidstoestand na te kijken alsook eventuele onderzoeken te laten gebeuren (bv. bloedafname, EKG, röntgenfoto van de longen...).

Er wordt voor de ingreep een **Shoulder Care-informatievergadering** georganiseerd. Deze informatievergadering vindt gewoonlijk enkele dagen voor de operatie plaats. Na de raadpleging bij de orthopedist wordt hiervoor een afspraak gemaakt. Tijdens deze informatieve vergadering wordt u grondig ingelicht over de verschillende aspecten van de ingreep, de nabehandeling en de te verwachten herstelduur.

U krijgt een video te zien over de ingreep. Er wordt tijd gemaakt voor technische uitleg over de operatie en de narcose. U kunt ook vragen stellen aan de chirurg zelf.

De kinesitherapeut en de ergotherapeut lichten de revalidatie toe, en het gebruik van de schouderbrace of schouderverband (abductiekussen).

Het abductiekussen wordt aangepast op maat en neemt u mee naar huis. De schouder wordt nauwkeurig nagemeten, de functie en kracht worden genoteerd.



Zo kunt u van de best mogelijke voorbereiding genieten om de ingreep in zo veilig mogelijke omstandigheden te laten verlopen.

Behandelingsmethoden

Voor kleine scheurtjes of oudere slijtagescheuren zonder te veel hinder, kunnen **pijnstillers** en **ontstekingsremmers** tijdelijk beterschap brengen.

Ook **inspuitingen met corticosteroïden** kunnen hierin helpen, maar zijn bij misbruik eerder nadelig voor de kwaliteit van de pees. Anderzijds kan een gescheurde schouderpees nooit spontaan herstellen.

Daarom is in veel gevallen een **operatie** aangewezen om de kracht terug in de schouder te brengen. Als de scheur onbehandeld blijft, wordt deze met de jaren groter en kan het

zelfs aanleiding geven tot ernstige artrose (slijtage van het gewricht). Deze peesscheuren kunnen in de meeste gevallen behandeld worden met een operatie. Deze operatie heet arthroscopie ofwel kijkoperatie (zie fig. 4).

Voordelen van een kijkoperatie van de schouder

Het voordeel van een kijkoperatie is dat de orthopedisch chirurg met slechts enkele kleine wondjes, méér van het schoudergewricht te zien krijgt dan bij de zogenaamde ‘open operatie’, waarvoor hij een grotere wond nodig heeft.

De kleine wondjes geven een mooier litteken en herstellen sneller. De operatie wordt minder pijnlijk ervaren en de eerste weken van de nabehandeling zijn veel draaglijker voor de patiënt. Het risico op bepaalde complicaties (zie pag. 14) is kleiner.



Fig. 3: kijkoperatie

Vorbereiding

Voor de opname dient uw medisch dossier in orde te zijn. U krijgt dit mee. U vult zelf de voor de patiënt bestemde pagina's in en gaat dan met uw dossier naar de huisarts. De huisarts werkt dit dossier af en doet zonodig nog enkele onderzoeken. U brengt het ingevulde patiëntenboekje dan vooraf binnen voor de dienst anesthesie.

De opname

U wordt opgenomen de dag van de operatie. Doorgaans kan u de volgende dag naar huis. Na het aanmelden aan de receptie wordt u naar de kamer gebracht. Daar volgt een opnamegesprek en krijgt u medicatie.

In sommige gevallen wordt door de orthopedisch chirurg een dagopname voorgesteld. U komt dan 's morgens nuchter naar het ziekenhuis en gaat op het einde van de dag terug naar huis.

Wat brengt u mee?

Wanneer u voor de opname naar het ziekenhuis komt, neemt u naast de gebruikelijke zaken als nachtkledij en toiletartikelen ook mee:

- uw **patiëntenboekje**
- de **medicijnen** die u thuis gebruikt en een duidelijk schema van wat u wanneer inneemt.

Bloedverduunners dienen meestal minimum een week voor de operatie gestopt te worden. Het is belangrijk om eventuele allergieën te melden, bv. aan antibiotica, andere medicaties, aan kleurstoffen, ontsmettingsmiddelen of voedingswaren.

- gemakkelijke bovenkledij bv. met rits of knopen
- uw **abductieverband**

Tandprothesen, juwelen, nagellak en make-up worden verwijderd.

Geld en juwelen brengt u best niet mee naar het ziekenhuis.

U krijgt een operatiehemd aan en wordt naar de operatiezaal gebracht. In de operatiekamer wordt een infuus ingebracht. Daarna zal de anesthesist met de verdoving starten.

De operatie

Voor de ingreep wordt er een plaatselijke verdoving gegeven door de anesthesist. Dit is een tijdelijke plaatselijke verdoving van de schouder via een prik in de hals. Daardoor is de schouder de eerste 12-24 uur veel minder pijnlijk. Daardoor kan de verdoving ook lichter zijn. Hierna volgt de algemene verdoving. U wordt volledig in slaap gebracht.

De kijkoperatie zelf duurt ongeveer 45 minuten. Via een kleine insnede (0,75 cm) bekijkt de orthopedisch chirurg met een camera de binnenzijde van het schoudergewricht. Hij gaat na of er schade is aan de pezen rondom het schoudergewricht en het gewrichtskapsel.

Door meerdere dergelijke wondjes kan de orthopedisch chirurg allerlei instrumenten invoeren, zoals schaartjes, tastaakjes en prikinstrumenten die nodig zijn om de pees inwendig te hechten. Tijdens de ingreep wordt de schouder gespoeld met water, waardoor deze uitzet. Hierdoor kan de chirurg makkelijker werken en krijgt hij een ruimer overzicht.

Na een grondige inspectie van het schoudergewricht, neemt hij de ontstoken slijmbeurs weg. Losse flarden van de pees worden verwijderd. Op de botrand waar de pees is afgescheurd, worden nu enkele ankers geplaatst waarop draden zijn bevestigd (zie fig. 5A+5B).

De gescheurde pees wordt losgemaakt van zijn vergroeiingen en terug op zijn plaats getrokken. De draden van de ankers worden gebruikt voor het hechten van de scheur. Dit gebeurt met speciale hechtinstrumenten via de kleine insnedes.

Om te eindigen wordt de onderzijde van het schouderdak deels weggefreest om de pees in de toekomst meer ruimte te geven zodat er geen wrijving meer optreedt. De wondjes worden op het einde van de operatie gehecht of geplakt.

U krijgt een schouderverband (abductiekussen), waarin u de arm kunt laten rusten (zie fig. 6). Het abductiekussen kost ongeveer 144 euro en wordt volledig terugbetaald door het ziekenfonds.

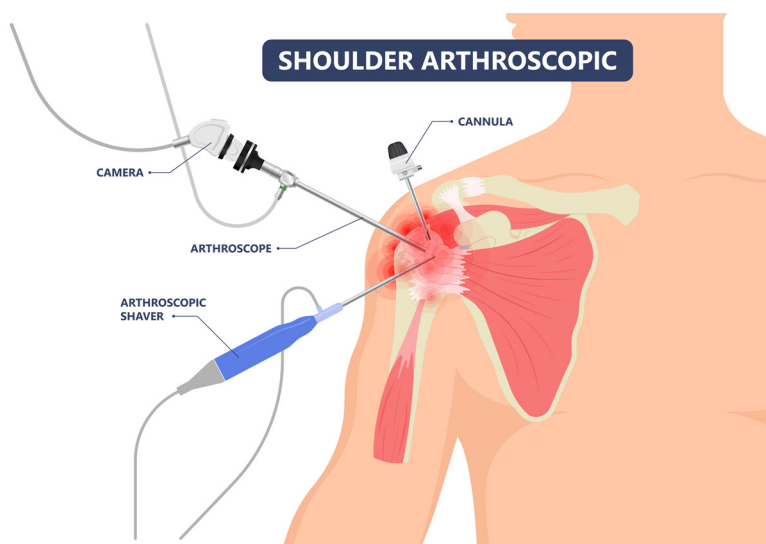


Fig. 4: de operatie

Shutterstock

Bij zeer grote scheuren of slechte pees kwaliteit kan het nodig zijn een grotere insnede te maken. Soms blijkt de pees in zeldzame gevallen niet meer te herstellen. Toch biedt de kijkoperatie dan beterschap op pijn, maar kan er geen winst gegarandeerd worden op kracht.

Kostprijs

Het RIZIV en uw ziekenfonds betalen normaal gezien een deel van de gebruikte materialen zoals hechtingsankers. De opleg in de kostprijs wordt meestal bijgesteld door uw hospitalisatieverzekering. Als u dit niet hebt, is deze opleg door u persoonlijk te betalen. Het aandeel dat door het RIZIV wordt betaald, is in de loop der jaren echter variabel. Uw chirurg kan u het best inlichten over de huidige terugbetalingstarieven.

Risico's en complicaties

Ondanks alle voorzorgen en de vooruitgang van de geneeskunde en de technologie, kunnen een aantal verwikkelingen optreden. De hierna volgende lijst is geenszins bedoeld om u af te schrikken maar om informatie te verstrekken zodat tijdig kan worden ingegrepen in geval van problemen.

Infecties

Infecties na een kijkoperatie komen zeer zelden voor, maar treden soms toch op ondanks alle voorzorgen. Als zich roodheid of gloeien van de wondjes of schouder voordoet, moet u dringend de chirurg zelf contacteren. Ook wanneer er vuil vocht of etter uit de wondjes komt, dient u dit te doen. Infecties moeten dringend in het ziekenhuis behandeld te worden. Zo nodig komt u naar de dienst spoedgevallen.

Verstoring bloedvoorziening Südeck

Dit is een tijdelijke verstoring van de bloedvoorziening van het bovenste lidmaat, met pijn, zwelling, branderig warmtegevoel, klamheid en glanzen van de huid. Bij schouderoperaties kunnen hand en vingers soms zwellen en wat stram zijn. Vaak is er ook een stijfheid van de schouder. Deze afwijkingen zijn van tijdelijke aard en kunnen in de meeste gevallen verholpen worden.

Secundaire verstijving (frozen shoulder)

Na een ongeval met beperkt of belangrijk letsel aan de schouder maar ook soms na een chirurgische ingreep kan een verstijvingsreactie van de schouder optreden. Dit wordt best voorkomen door aangepaste kinesitherapeutische oefeningen, ontstekingsremmers of inspuitingen.

Zenuwuitval of 'verlamming'

Deze risico's zijn uiterst beperkt. Dit kan een gevolg zijn van de plaatselijke verdoving, de ingreep of een langdurige houding tijdens de ingreep. Meestal is dit van voorbijgaande aard.

Opnieuw scheuren van de pees

Aangezien het om een pees gaat die al tekenen van slijtage vertoonde, is het niet helemaal uitgesloten dat een gehechte pees later opnieuw kan doorscheuren.

Risico's van de verdoving

Deze bespreekt u best met de anesthesist. Doorgaans zijn deze complicaties eerder beperkt en betekenen ze vaak slechts een vertraging in de revalidatie. Het is belangrijk uw chirurg tijdig te verwittigen indien één van de volgende alarmtekens zich zouden voordoen.

Alarmtekens

- Als de pijn in het operatiegebied toeneemt in combinatie met vochtscheiding, roodheid of koorts.
- Als de schouder steeds moeilijker beweegt en pijnlijker wordt bij het oefenen.
- Wanneer u kortademig bent en/of pijn hebt in uw borststreek bij het ademen.
- Zwelling van de hand met pijn, stramheid van de vingers en klamheid.

Neem zo nodig contact op met uw huisarts, het secretariaat orthopedie t 051 23 64 06 of na de werkuren met de dienst spoedgevallen t 051 23 62 21.

Als u de chirurg tijdig verwittigt, kan hij snel de gepaste maatregelen nemen om deze verwikkelingen te behandelen en te beperken.

Verloop na de operatie

Na het inhechten van de pees heeft de natuur minimaal 6 weken tijd nodig om de pees te laten ingroeien op het bot. **Daarom mag u de eerste 6 weken de arm niet op eigen kracht optillen.** Als u dit zou doen, trekt u het gewicht van de arm op via de hechtingen, die zeker vroegtijdig zullen doorscheuren.

Om dezelfde reden wordt de schouder in de eerste 4 tot 6 weken stil gehouden in een schouderverband of abductiekussen. Sommige patiënten zullen al vanaf de eerste dagen kunnen starten met kinesitherapie, anderen zullen 4 tot 6 weken moeten wachten. Dit hangt af van de kwaliteit van de pees, de spanning op de hechting en andere technische factoren. Dit wordt pas na de ingreep beslist.

Na de operatie blijft u **gewoonlijk 1 nacht opgenomen in het ziekenhuis**. De eerste dag na de ingreep kan de pijn gecontroleerd worden door plaatselijke verdoving en/of door pijnstillers via het infuus of door pilletjes. U komt de dag na de operatie naar de revalidatiezaal waar u informatie krijgt over het verdere verloop van de revalidatie. Bij positief advies van de dokter wordt dan ook de oefentherapie opgestart.

Bij opname in het dagziekenhuis kunt u het best de huisarts de volgende dag contacteren voor wondzorg en verdere praktische maatregelen. Als vroegtijdige revalidatie toegelaten is, contacteert u uw kinesitherapeut.

Bij uw vertrek uit het ziekenhuis krijgt u

- een brief mee voor de huisarts
- een oefenschema voor de kinesitherapeut
- een tijdelijke voorraad pijnstillers.

De hechtingen mogen na 2 weken door de huisarts verwijderd worden. Een controleraadpleging wordt doorgaans ingepland na een viertal weken.

Als u dit wenst, kunt u dagelijks naar de dienst revalidatie in ons ziekenhuis komen.

Nabehandeling

Bij uw vertrek uit het ziekenhuis wordt er een **revalidatieschema** meegegeven voor de kinesitherapeut. Er wordt persoonlijk uitgelegd of u al mag starten met kinesitherapie ofwel nog 4 weken moet wachten.

Om de beweeglijkheid van uw schouder terug te winnen vormt de oefentherapie een belangrijk onderdeel van het revalidatieproces. Deze bestaat de eerste maand alleen uit passieve mobilisaties. Daarna wordt de oefentherapie geleidelijk actiever, alles op advies van de dokter en de kinesitherapeut.

Actieve oefeningen worden doorgaans **pas toegestaan na 6 weken**. Vanaf dan mag u pas op eigen kracht de arm opheffen. De oefentherapie kan initieel pijnlijk zijn. Deze klachten nemen gewoonlijk progressief af. Een vage pijn kan soms nog 3 tot 4 maanden na de operatie aanwezig zijn. De revalidatieduur bedraagt gemiddeld 3 tot 4 maanden, maar kan af en toe wat langer duren. De duur van eventuele arbeidsongeschiktheid is afhankelijk van het type werk dat u verricht.

De kans op succes is doorgaans hoog (80-90%) maar is meestal afhankelijk van individuele factoren. Als de klachten met een goede conservatieve behandeling onvoldoende beteren is de kans op succes zonder verdere chirurgie ook eerder beperkt.

Nuttige tips

Hoe lang wordt het abductiekussen gedragen?

Het abductiekussen wordt 5 weken overdag en 's nachts 6 weken gedragen. Tijdens de eerste 5 weken mag het verband enkel afgelaten worden bij wassen, kleden, pendelen en kinesithérapie. De orthopedisch chirurg beslist tijdens de eerste raadpleging na de operatie (ongeveer 4 weken na de operatie) of het dragen van het abductieverband al of niet overdag mag worden afgebouwd.

Kan ik het abductiekussen zelf aandoen?

De ergotherapeuten tonen hoe u dit zelfstandig aan en uit doet. Best doet u dit in zit.

- Til met de hand van de niet-geopereerde zijde de onderarm op en leg uw onderarm in het kussen.
- Sluit beide velcro's.
- Neem de bovenste van de twee draagriemen en breng deze over het hoofd. Zorg ervoor dat de riem achter de schouder blijft. Schuif de magneten in elkaar.
- De onderste draagriem wordt langs achter vastgenomen en vooraan vastgeklemd ter hoogte van de buik.

Wat is een goede slaaphouding?

De eerste dagen na een schouderoperatie is het dikwijls moeilijk op de rug te liggen. Dit kan opgelost worden door half zittend te slapen, eventueel een kussen onder de elleboog te plaatsen of op de gezonde zijde te liggen.

Waarom is een correcte houding belangrijk?

Men heeft steeds de neiging om de geopereerde schouder op te tillen, waardoor men na verloop van tijd last begint te krijgen van gespannen nekspieren.

Vermijd dit door de schouder steeds laag en ontspannen te houden, met de elleboog in een hoek van 90° naast u.

Hoe kan ik mezelf aan- en uitkleden?

De ideale kledij is losse kledij of kledij met sluiting vooraan (knopen of rits).

Bij het aankleden begint u met de geopereerde arm, bij het uitkleden met de niet-geopereerde zijde.

Wanneer mag ik douchen?

Dit kan bij thuiskomst op voorwaarde dat de operatiewondjes afgedekt zijn met waterbestendige wondpleisters (vaak doorzichtig). Houd uw geopereerde arm ontspannen naast u.

Wanneer mag ik huishoudelijk werk doen?

Licht werk zoals wat stof afnemen, afwassen, vegen, voorzichtig stofzuigen, kan na 8 tot 10 weken. Zwaarder werk zoals schuren, schrobben en dweilen, ruiten wassen, kunnen ten vroegste na 3 tot 4 maanden.

Wanneer kan ik terug aan sport doen?

Sport waarbij de armen belast worden zoals tennis, squash, boogschieten, mogen pas na een 4-tal maanden beoefend worden omdat de schouderpees hier hevig belast wordt. Zwemmen kan vanaf 3 maanden zonder zware belasting van de armen (bv. wel schoolslag, geen crawl of vlinderslag).

Wanneer mag ik fietsen en autorijden?

Fietsen mag voorzichtig na 8 tot 10 weken. Als u aan de linkerschouder geopereerd werd, mag u autorijden na een 6-tal weken, aan de rechterschouder pas na 8 tot 10.

Wanneer kan ik terug aan het werk?

Administratief werk kan ten vroegste na 6 weken, handenarbeid na 4 maanden.

Doorgaans mag u een succeskans van 85 tot 90 procent verwachten. Ongetwijfeld is een positieve ingesteldheid de sleutel tot een goede genezing.

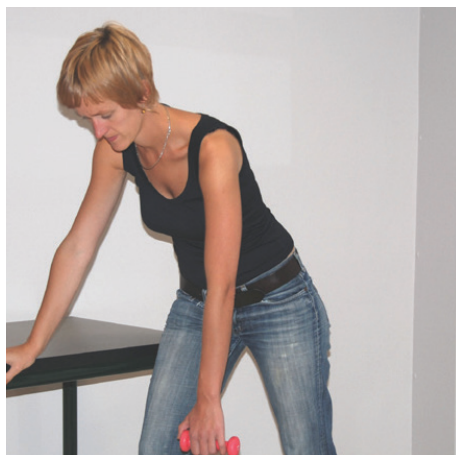
Oefentherapie

Zoals eerder vermeld, is een vroegtijdige revalidatie meestal aangewezen. Enkele interessante oefeningen worden hier geïllustreerd. Het is weliswaar de bedoeling dat deze worden aangeleerd onder supervisie van de kinesitherapeut.

Passieve oefeningen in de eerste 4 weken



OEF. 1a: pendelen liggend



OEF. 1b: pendelen staand



OEF. 1c: katroloefeningen



OEF. 1d: bal rollen in zit



OEF. 1e: bovenhoofds glijden



OEF. 1f: scapulaire setting

Beperkte actieve oefeningen tussen 4 en 6 weken



OEF. 2a: stabilisatie open keten



OEF. 2b: stabilisatie gesloten keten



OEF. 2c: scapulaire retractie in zit

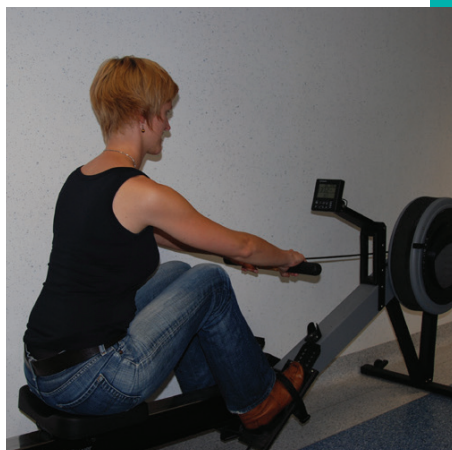


OEF. 2d: scapulaire setting met bal

Actieve oefeningen na 6 weken



OEF. 3a: op bal met rekker



OEF. 3b: roeitoestel



OEF. 3c: zijlig met
anteflexie/exorotatie



OEF. 3d: schuine plank full can

Versterkende oefentherapie na 10 weken



*OEF. 4b:
excentrisch trainen in het
scapulaire vlak*



*OEF. 4a:
kinetische ketting met
theraband*

Notities

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Contact

AZ DELTA

CAMPUS BRUGSESTEENWEG

Brugsesteenweg 90
8800 Roeselare

Secretariaat orthopedie

t 051 23 64 06

Secretariaat revalidatie

t 051 23 61 35

CAMPUS MENEN

Oude Leieaan 6
8930 Menen

Secretariaat orthopedie

t 056 52 22 45

Secretariaat revalidatie

t 056 52 26 85

CAMPUS TORHOUT

Sint-Rembertlaan 21
8820 Torhout

Secretariaat orthopedie

t 050 23 24 76

Secretariaat revalidatie

t 050 23 24 92

Coördinator Shoulder Care

Geert Snijders
t 051 23 62 13
e geert.snijders@azdelta.be

www.azdelta.be

www.orthopedie-roeselare.be

www.fysische-geneeskunde-azdelta.be

Bron: dienst orthopedie en fysische geneeskunde & revalidatie

Artsen

ORTHOPEDIE

Dr. Arne Decramer
Dr. Charles Deltour
Dr. Pieter-Jan De Roo
Dr. Yves Devlies
Dr. Hans Lowyck
Prof. dr. Thomas Luyckx
Dr. Lieven Missinne
Dr. Stijn Muermans
Dr. Alexander Ryckaert
Dr. Carsten Schoellner
Dr. Peter Stuer
Dr. Thomas Tampere
Dr. Mark van Dijk
Dr. Bert Vanmierlo
Dr. Jan Van Oost
Dr. Karel Willems
Dr. Philip Winnock de Grave

FYSISCH GENEESKUNDE & REVALIDATIE

Dr. Simon Biebow
Dr. Anne-Mie Buyse
Dr. Jan de Decker
Dr. Pierre Floré
Dr. Valerie Lefevere
Dr. Patrick Linden
Dr. Mathieu Maroy
Dr. Piet Mortelé
Dr. Joke Platteeuw
Dr. Pascale Rombauts
Dr. Charlotte Schepens
Dr. Michel Snoecx
Dr. Ann-Sophie Vanden Bulcke
Dr. Bruno Vanhecke
Dr. Carl Verduyn