Schouderprothese

azdelta
Uw ziekenhuis.

Beste patiënt

Als gevolg van een vaak langdurige pijn ter hoogte van de schouder, vaak ook met een bewegingsbeperking, bent u samen met uw arts tot het besluit gekomen om een schouderprothese te plaatsen.

Deze ingreep biedt in de meeste gevallen uitzicht op een uitgesproken verlichting van de pijnklachten, in combinatie met een herstel van de functie van de arm, met een hogere zelfredzaamheid tot gevolg.
Niettegenstaande een schouderprothese vaak een heel dankbare ingreep is, in de eerste plaats voor de patient, zien we dat veel mensen er nogal weigerachtig tegenover staan.

Met deze brochure, willen we onze patienten bij wie een schouderprothese wordt geplaatst dan ook in de eerste plaats geruststellen door correcte informatie te geven over alles wat met de ingreep te maken heeft en ook veel nuttige tips om u het leven zo aangenaam mogelijk te maken na de operatie.

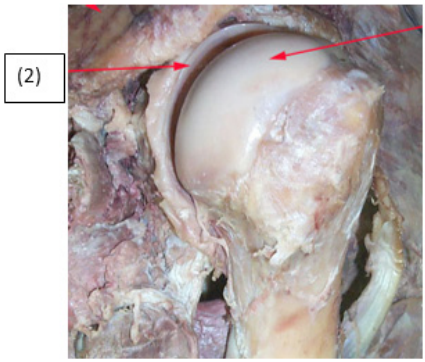
We wensen u dan ook veel succes toe.

Het team orthopedie

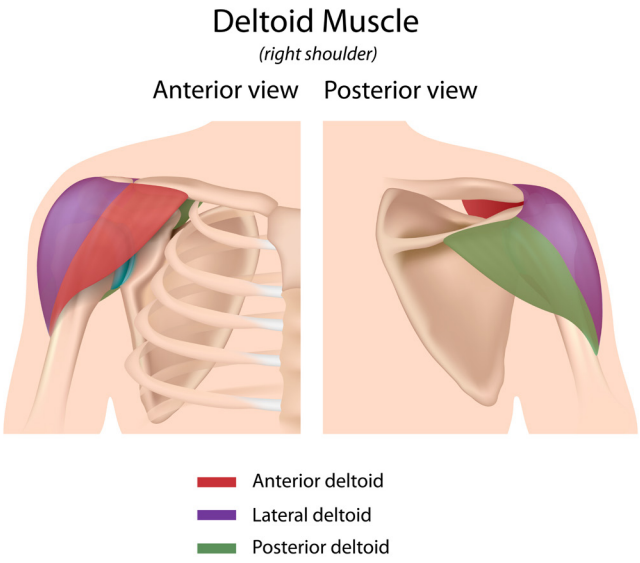
1. De schouder en zijn protheses

1.1 De normale schouder

De schouder is het meest mobiele gewricht van het menselijk lichaam. Het bestaat uit een bol (of humeruskop(1)) en een pan (of glenoid (2)), onderdeel van het schouderblad dat enkel via het sleutelbeen met de romp is verbonden.

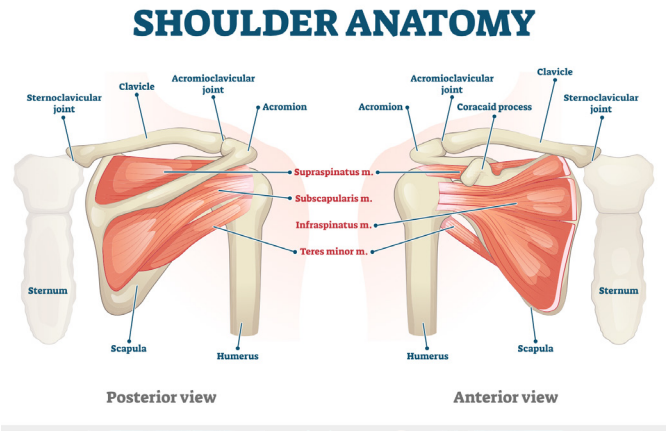


Deze enorme beweeglijkheid komt tot stand dankzij meer dan 15 verschillende spiergroepen die zich rond de schouder bevinden.
De oppervlakkige spierlaag wordt gevormd door de M. Pectoralis Major en de M. Deltoideus : de twee belangrijkste 'motoren' voor de schouder.



Shutterstock

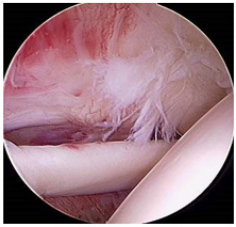
Dieper vinden we ondermeer 4 spieren die de humeruskop als het ware omsluiten en dus in belangrijke mate ook stabilizeren : de rotator cuff. Dit geldt ook voor de lange kop van de bicepspees die haar oorsprong vindt in het schoudergewricht.



Shutterstock

Al deze spieren hechten zich vast op het bot via peesstructuren.

Vooral deze laatste zijn onderhevig aan slijtage en dus scheurvorming. Dit verklaart het frequent voorkomen van rotatorcuffrupturen bij oudere personen.



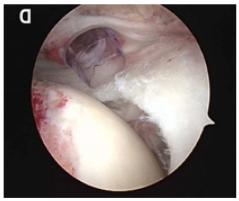


Veel spieren rondom de schouder betekent ook veel bloedvaten, om deze spieren te voeden, maar ook veel zenuwen om ze te laten werken. De meeste bloedvaten zijn vergezeld van zenuwen.
Dit verklaart waarom niet alleen aandoeningen, maar ook ingrepen ter hoogte van de schouder veelal als pijnlijk worden ervaren.

1.2. De pijnlijke schouder

De schouder is een gewricht dat geen gewicht draagt. Hierdoor komt een zuivere slijtage van het kraakbeen veel minder voor dan bijvoorbeeld ter hoogte van de heup of knie. Gewrichtsreuma of een infarct van het bot van de humeruskop zijn eerder zeldzaam.

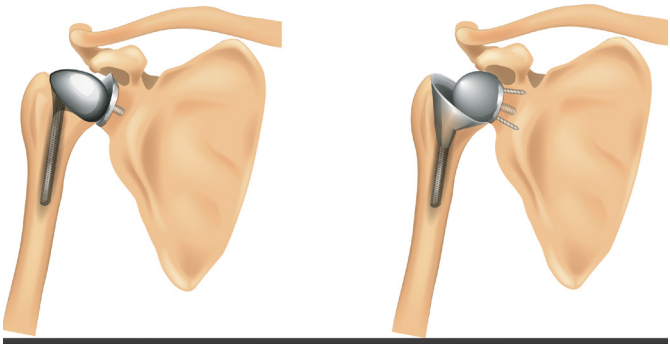
Wat we echter wel heel vaak zien is een geleidelijk aan optredende slijtage ter hoogte van de verschillende pezen van de schouder, die eerst gedeeltelijk en later volledig doorscheuren. De term scheur is eigenlijk ietwat ongelukkig, gezien het meestal eigenlijk gaat om een slijtage van de pees met naderhand een scheur tot gevolg.





1.3. Soorten schouderprotheses

De ernstige vormen van zuivere kraakbeenslijtage van het schoudergewricht zijn eerder zeldzaam. In deze gevallen biedt het plaatsen van een **'anatomische' totale schouderprothese** de ideale oplossing. Hierbij gaat de chirurg de beschadigde gewrichtsoppervlakken herbekleden, met een metalen component ter vervanging van de beschadigde humeruskop en wordt op de gewrichtspan een hoogwaardige plastic laag (polyethyleen) geplaatst om de wrijving tussen de componenten zo klein mogelijk te houden.

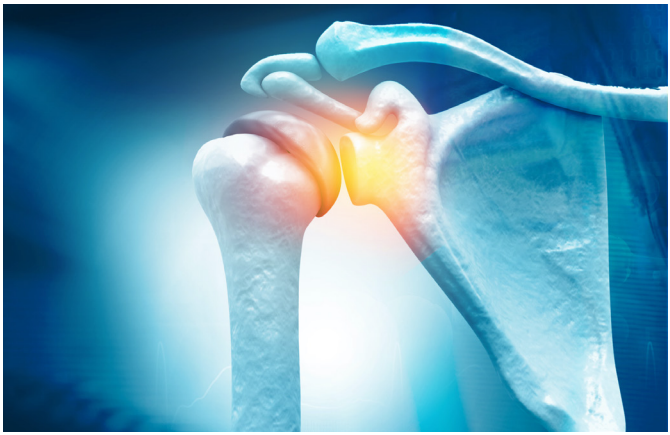


Shutterstock

Meestal hebben we echter te maken met een niet-herstelbare vorm van slijtage van meerdere pezen rondom de schouder. Dit lijdt tot een beschadiging van het schoudergewricht en een sterk gestoorde armfunctie, wat als zeer storend kan worden ervaren tijdens het verrichten van dagelijkse activiteiten.
In deze gevallen biedt het plaatsen van een **'omgekeerde' schouderprothese** de oplossing. Hierbij

wordt op de pan van de schouder een bol geplaatst en wordt terzelfdertijd de schouderkop vervangen door een pan, men spreekt daarom van een 'omgekeerde' schouderprothese.

Een apart verhaal zijn de veelal complexe breuken van de schouder, bij meestal oudere personen waarbij de kop in die mate is beschadigd dat men ook hier een prothese nl een **fractuurprothese** moet plaatsen.



Shutterstock

2. Voorbereiding ingreep

Vanzelfsprekend zal uw arts voor de ingreep een radiografisch en echografisch onderzoek van uw schouder laten nemen, veelal aangevuld met een scanonderzoek.
Eenmaal de beslissing tot ingreep is genomen, moeten er ook nog enkele routineonderzoeken gebeuren. Dit gebeurt meestal via de huisarts, via het patiëntenboekje en behelst een bloedafname en een ECG van uw hart.



Als u bloedverdunnende medicatie inneemt, bespreekt u dit het best vooraf met uw arts. Meestal moet u de inname hiervan tijdelijk stoppen en al dan niet vervangen door een ander product.
Het is handig om vooraf ook een afspraak te maken met de thuisverpleegkundige, die u na uw vertrek uit het ziekenhuis zal helpen. Het is ook aangewezen uw kinesitherapeut tijdig te verwittigen.

Wat voorafgaat

Enkele dagen voor de ingreep, zal de opnamedienst u informeren over het exacte uur van opname. Dit vermijdt lange wachttijden voor de ingreep.

Wat brengt u mee?

Naast nachtkledij en toiletgerief, brengt u best ook mee :
- de medicijnen die u thuis gebruikte. (in de originele verpakking)

- mogelijke allergielijst
- gemakkelijke kledij (knopen vooraan)
- telefoonnummers van contactpersonen
- attesten die door de arts dienen te worden ingevuld (werk, verzekering, ziekenfonds)

Wat brengt u beter niet mee?

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

Belangrijk

U mag normaal eten of uw dieet volgen tot de dag voor de ingreep.

Wanneer de operatie 's morgens plaats vindt mag u **vanaf middernacht niet meer eten of drinken**.

Thuismedicatie wordt het best ook de dag van de ingreep correct ingenomen met uitzondering van geneesmiddelen in verband met diabetes. Dit gebeurt het best met een klein slokje water of koffie zonder melk of suiker !!

Voor de **preventie van infecties** is het van belang dat u zich **grondig wast voor de opname.**

3. De opname in het ziekenhuis

Op het afgesproken tijdstip meldt u zich aan de infobalie van het ziekenhuis en op vertoon van uw identiteitskaart wordt u ingeschreven en krijgt u een kamer toegewezen.

U gaat vervolgens naar de verpleegafdeling waar u door de (hoofd)verpleegkundige wordt ontvangen. Tijdens een persoonlijk gesprek wordt ondermeer de thuismedicatie, alsook de voorbereidende onderzoeken nogmaals overlopen.

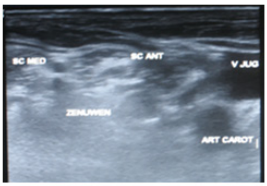


Eenmaal op de kamer krijgt u een operatiehemd aan en brengen de verpleegkundigen u in bed naar de operatiezaal.

3.1 De verdoving (anesthesie)

In de voorbereidingskamer wordt eerst een infuus aangebracht in de niet te opereren arm.
Vervolgens dient de anesthesist (onder echogeleide) een prik in de hals toe. Deze is bedoeld als lokale verdoving voor de zenuwen die vanuit de hals naar de schouder gaan. Dit is vooral belangrijk voor het bestrijden van de pijn na de operatie.







Hierna wordt u naar de operatiekamer gebracht. Daar krijgt u een algemene verdoving.

3.2 De operatie

Deze duurt ongeveer ruim een uur. De chirurg maakt hierbij een insnede van ongeveer 8 tot 10 cm, meestal vooraan en in geval van een breuk soms zijwaarts op de betrokken schouder. Na de ingreep wordt een verband op de wonde gelegd, maar ook een bandage die de schouder tijdelijk ondersteunt en beschermt.

Hierna wordt u naar de ontwaakzaal gebracht, waar een verpleegkundige u zorgvuldig controleert op bloeddruk, pols en temperatuur. Vaak verblijft u na de ingreep enkele uren in deze ontwaakzaal. Dit zorgt vaak voor ongerustheid bij familie die op de kamer op uw terugkeer zit te wachten. U kunt hen best verwittigen dat u bijvoorbeeld pas in de late namiddag of vooravond terug op uw kamer zal zijn.

3.3 Na de operatie

Door de vooraf toegediende pijnprik, ervaart u de eerste uren na de ingreep veelal geen pijn. Wel heeft men vaak de indruk dat de arm slaapt en kunt u uw arm niet goed bewegen. U hoeft zich hieromtrent geen zorgen te maken, ook niet over het tijdelijk heesheidsgevoel of het dichtvallen van een oog.

Eenmaal op de kamer, dient de verpleegkundige via het waakinfuus op geregelde tijdstippen pijnmedicatie toe. Na verloop van een 12-tal uur is het effect van de lokale pijnprik meestal uitgewerkt en steekt de pijn dan ook vaak wat meer de kop op, vandaar het belang van het tijdig opstarten van pijnmedicatie. Wacht dus niet om de toenemende pijn te melden tot het effect van de lokale pijnprik is uitgewerkt: een tijdige en adequate is pijnbestrijding is essentieel.

Enkele uren na de operatie mag u weer eerst wat water drinken. Eventueel krijgt u 's avonds al een lichte maaltijd. Het infuus blijft tot de volgende dag aanwezig om vocht, antibiotica en pijnmedicatie toe te dienen. Gedurende de nacht is een licht zittende houding meestal iets comfortabeler.

4. Uw verblijf op de afdeling

4.1. Dag 1

De dag na de operatie wordt het infuus verwijderd en krijgt u de pijnmedicatie op geregelde tijdstippen via de mond toegediend. Tijdens de verzorging verwijdert de verpleegkundige het schouderverband, ververst ze het verband en ziet ze de wonde na.
In principe is er geen bezwaar om vanaf nu op geregelde tijdstippen niet alleen de schouder, maar ook de elleboog en pols voorzichtig te bewegen. Een kinesitherapeut geeft u hierover uitleg en toont het ook voor. U krijgt ook mee hoe u makkelijk met het verband kunt omspringen tijdens het aan- en uittrekken van kleding.

4.2. Dag 2

Wanneer de pijn onder controle is mag u het ziekenhuis verlaten, dit is op dag 2 na de ingreep. Het is van belang uw vertrek uit het ziekenhuis goed voor te bereiden met uw thuisverpleegkundige en kinesitherapeut, en ook uw huisarts tijdig te verwittigen.

4.3. Terug naar huis of revalidatie/ verzorgingscentrum.

Bij het verlaten van de ziekenhuisafdeling ontvangt u van de verpleegkundige volgende documenten:

1. een medisch rapport bestemd voor de huisarts
2. een verpleegkundig rapport
3. een medicatielijst
4. een afspraak voor de eerste controleraadpleging

5. Eenmaal thuis

Het nauwgezet verder innemen van de pijnmedicatie, die is opgestart in het ziekenhuis, is essentieel voor een vlot herstel. Als het verband op de wonde mooi droog blijft en dus niet doorbloed is, hoeft deze zeker niet dagelijks te worden ververst. Douchen raden we toch af gedurende een 14-tal dagen.
In samenspraak met uw arts kan meestal na verloop van enkele dagen ook een voorzichtige kinebehandeling opstarten, met vooral aandacht voor het herwinnen van een soepele schouder.

6. Eventuele problemen

Vanzelfsprekend worden alle voorzorgen genomen om nare gevolgen bij een operatie te vermijden. Gelukkig zijn verwikkelingen zeldzaam en verloopt een operatie meestal zonder problemen. Toch is het van belang dat u weet welke verwikkelingen er kunnen voorkomen en welke **alarmsymptomen** van belang zijn.

1. Bij een infectie van de wonde ziet de wonde meestal lokaal rood, gezwollen en is de wonde gevoelig als u er op drukt. Soms blijft de wonde ook lopen en is het verband dus niet droog.
2. Een beschadiging van een grote zenuw of bloedvat is zeer zeldzaam. Wel vermelden patienten soms tot enkele

weken na de ingreep tintelingen ter hoogte van verschillende vingers. Dit staat vermoedelijk in verband met de toegepaste lokale verdoving en in de overgrote meerderheid van de gevallen verdwijnen die tintelingen vanzelf.
3. Spijts de aanbevelingen om zo snel mogelijk de schouder zo veel mogelijk te bewegen, zien we soms toch nog een pijnlijke verstijving van het gewricht optreden.
4. Een trombose of eventueel longembool treedt bij een ingreep ter hoogte van het bovenste lidmaat nagenoeg nooit op. Bijgevolg is het na de ingreep dan ook niet noodzakelijk bloedverdunnende medicatie of spuitjes toe te dienen.
5. Blijvende koorts meer dan 38°C, eventueel in combinatie met een verminderde eetlust of algemeen onwelzijn is mogelijk.

Als er zich dergelijke alarmerende tekenen toch zouden voordoen is het wenselijk **zo snel mogelijk uw huisarts of onze dienst** hiervan op de hoogte te stellen.
Nuttige telefoonnummers in dit verband zijn :
1. Het secretariaat orthopedie op het nummer 051 23 64 06 is elke dag open van 8.30 uur tot 19 uur.
2. Buiten deze uren kunt u contact opnemen met de dienst spoedgevallen op het nummer 051 23 77 03.

7. Thuis zelf oefenen

U kunt ook thuis zelf een aantal oefeningen doen om vooral de beweeglijkheid in het schoudergewricht te herstellen. Voor hiermee te starten vraagt u best eerst advies aan uw kinesitherapeut, die bekijkt welke oefeningen voor u het meest geschikt zijn en deze oefeningen dan eerst met u doorneemt. Pas daarna kunt u veilig alleen verder oefenen. Zeker in het begin van het herstel is het belangrijk dat alle oefeningen gebeuren binnen de pijngrenzen.

Hier volgen enkele voorbeelden.



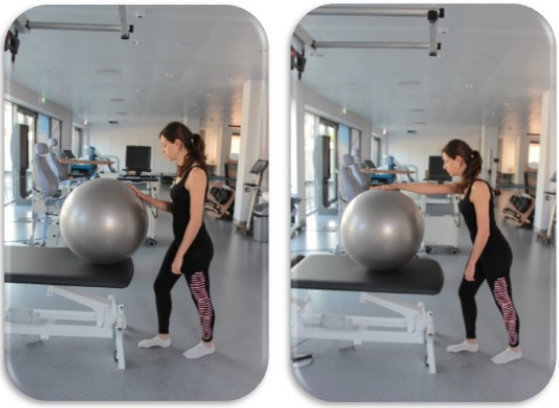
Schouder achteruit brengen naar een correcte houding (10 maal)



Strek de elleboog met steun van de andere hand. (3 reeksen van 10 oefeningen met korte tussenpauze)



De pendelbeweging: Laat de arm ontspannen voor-achterwaarts slingeren gedurende 2 tot 3 minuten.



Ball gliding: (3 x 10 oef.)

- *rol de bal voorwaarts in een voorwaartse spreidstand*
- *rol de bal zijwaarts*

Je kan ook een kleine bal gebruiken. Je zit dan aan de tafel.



Table gliding: Je schuift een handdoek naar voor. De romp beweegt mee naar voor. (3x10 oef.)



Table gliding: Je schuift de handdoek naar links en naar rechts. De romp beweegt mee in de richting van de handen. (3 x 10 oef.)

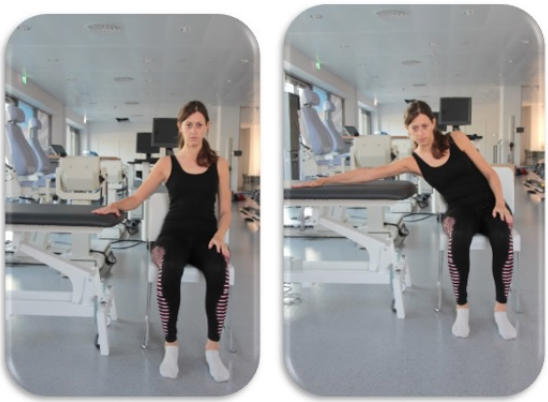
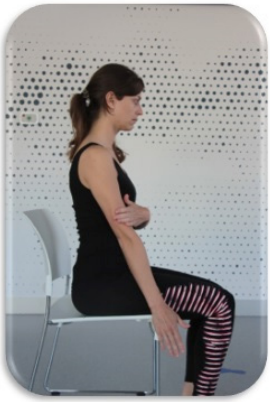


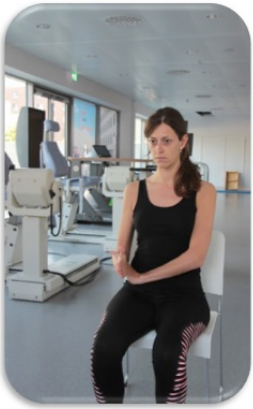
Table gliding: Je schuift de hand zijwaarts op de tafel. De romp beweegt mee in die richting. (3x10 oef.)



Duw de geopereerde zijde met de stok omhoog. (3 x 10 oef.)

· *Duw de arm zijwaarts gedurende 6 sec.*
· *Duw de arm voorwaarts gedurende 6*




sec
· *Duw de arm naar binnen gedurende 6 sec.*
· *Duw de arm naar buiten gedurende 6 sec.*

Je houdt telkens de arm tegen met de andere hand. De arm mag niet bewegen. (10 oef.)



Duw de elleboog tegen de muur gedurende 6 sec. Je doet dit 10 maal.





Je beweegt de stok met beide armen naar voor en naar achter. (3 x 10 oef.)





In zijlig breng je de arm met gebogen elleboog naar boven tot boven het hoofd. (3 x 10 oef.)



In ruglig met steun op de elleboog duw je de hand naar boven. Daarna breng je de arm gestrekt naar achter. Vervolgens opnieuw naar boven en dan rustig terug. Je kan eventueel een handdoek onder de elleboog leggen. (3 x 10 oef.)

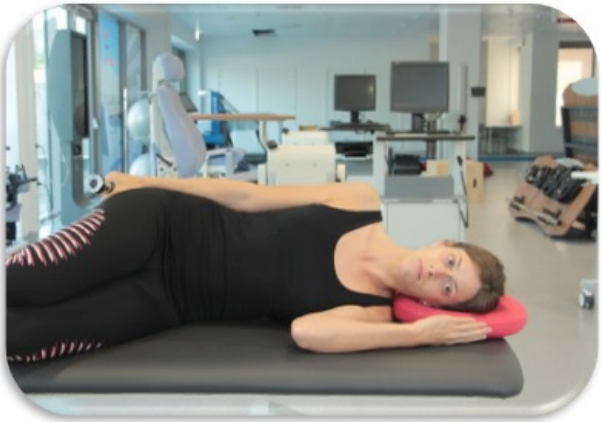


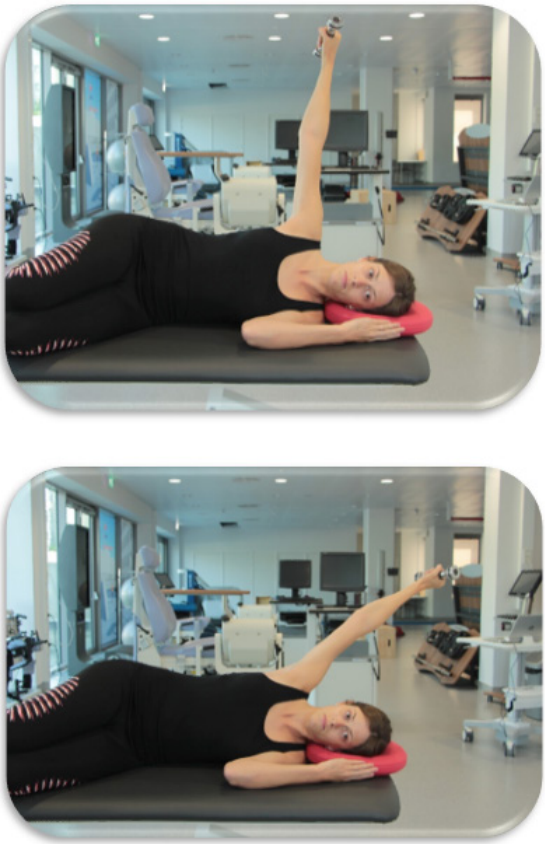




Je brengt de arm gestrekt naar boven en naar achter en je keert rustig terug tot de startpositie. Je doet dit met een gewichtje van

0.5 kg (of een flesje water). (3 x 10 oef.)





In zijlig breng je de arm zijwaarts omhoog tot boven het hoofd en je keert rustig terug tot de startpositie, eventueel met een gewichtje van 0.5 kg. (3 x 10 oef.)

8. Veel gestelde vragen

Hoe wordt de operatiewonde verder verzorgd?

De operatiewonde kan met haakjes of draad worden gesloten, maar meestal wordt een onderhuidse hechting geplaatst en is dus veelal enkel het uiteinde (lusje) van de draad zichtbaar. Gezien de hechtingsdraad spontaan resorbeert moet deze dus

niet te worden verwijderd of hoogstens moet het zichtbare lusje worden afgeknipt.
Het is van het grootste belang de wonde gedurende een 12-tal dagen proper en vooral ook droog te houden. Als er geen alarmsymptonen zijn , moet het verband zeker niet dagelijks worden verzorgd!

Mag ik autorijden?

Dit mag vanaf het moment dat de pijnklachten in die mate zijn afgenomen en de beweeglijkheid in de schouder voldoende is om op een veilige manier een wagen te besturen. In de praktijk betekent dit dat de meeste patiënten na verloop van een 6-tal weken opnieuw met de wagen rijden.
Het spreekt vanzelf dat een schouderprothese nooit een reden kan zijn om de veiligheidsgordel niet te gebruiken. Het heeft dan ook geen zin een dergelijk attest aan uw arts te vragen.

Hoe zit het met de controles op de luchthaven?

De moderne detectieapparatuur houdt rekening met het gegeven dat miljoenen mensen over de wereld met een kunstgewricht het vliegtuig nemen en stelt dus veelal geen probleem.



Is dit laatste toch het geval, dan wordt u sowieso gefouilleerd. In geval van twijfel toont u best het litteken, omdat het luchthavenpersoneel hierop is getraind. Een medisch attest is vaak geen goede oplossing omdat het door de betrokken persoon veelal niet wordt begrepen.

Moet ik naar een revalidatiecentrum?

In de meeste gevallen is dit niet noodzakelijk. De voornaamste uitzondering hierop zijn alleenstaande hulpbehoevende oudere mensen. Voor deze mensen is het vaak moeilijk om snel na de ingreep terug naar huis te gaan. In samenspraak met de familie wordt meestal beslist deze patiënten naar een revalidatiecentrum te brengen tot ze opnieuw voldoende zelfredzaam zijn om weer hun gewone leven thuis te kunnen opnemen.
De aanvraag voor het revalidatiecentrum gebeurt bij voorkeur al voor de opname. De sociale dienst kan u daarbij helpen.

Contactgegevens sociale dienst: Ine Demulder
t 051 23 75 79
e ine.demulder@azdelta.be

9. Leven met een schouderprothese

Het plaatsen van een kunstgewricht brengt in het lichaam belangrijke veranderingen met zich mee, waaraan de patient zich zeker in het begin moet aanpassen. De schouder is een pijnlijk gewricht en heeft als voornaamste functie beweeglijkheid. In tegenstelling tot andere grote gewrichten wordt het resultaat van de ingreep sterk bepaald door de reden waarom de schouderprothese werd geplaatst.

De beste functionele resultaten, met nagenoeg volledig herwinnen van de schouderfunctie bekomen we bij patiënten bij wie door een zuivere kraakbeenslijtage met nog goede peesstructuren een **anatomische schouderprothese** werd geplaatst.

Op de tweede plaats komen patiënten bij wie door verregaande peesslijtage een **omgekeerde schouderprothese** werd

geplaatst. Dit zijn meestal mensen boven de 65 jaar. In de meeste gevallen nemen de pijnklachten snel af, dit tot grote tevredenheid van de patient. Dit laat toe de pijnmedicatie geleidelijk aan af te bouwen.

De **beweeglijkheid in de geopereerde schouder neem echter slechts langzaam toe.** Het is vooral van belang dat de patient zelf zo veel mogelijk de schouder beweegt binnen de pijngrenzen en hierbij de aanbevelingen en richtlijnen van de kinesitherapeut opvolgt.
Met de beweeglijkheid neemt ook de zelfredzaamheid toe, zodat u na verloop van een 6-tal weken, behoorlijk in staat bent om voor uzelf in te staan en u ook zelf weer kunt autorijden.

Voor het verrichten van schouderbelastende activiteiten boven het horizontale vlak moet echter meestal een 3-tal maanden worden afgewacht.

Het functioneel herstel is zeer goed maar vaak niet volledig omdat de prothese niet de functie van alle beschadigde peesstructuren kan overnemen. Vooral bij dames wordt dit vaak als storend ervaren voor het aantrekken van een bh.

Patiënten bij wie ten gevolge van ernstige schouderfracturen een prothese wordt geplaatst scoren het slechtst, met veelal toch een functie- en ook krachtsverlies boven het horizontale vlak, te wijten aan een blijvend niet in balans zijn van de schouder door de opgelopen fracturen , omdat de prothese niet in staat is dit onevenwicht op te vangen.

Spijts deze tekortkomingen is het plaatsen van een schouderprothese voor de meeste patiënten zeer waardevol, in de eerste plaats omdat de pijnklachten worden verlicht maar ook om de zelfredzaamheid te verhogen.

Kostprijs

U vindt een kostenraming op de website van het ziekenhuis www.azdelta.be

Het RIZIV en uw ziekenfonds komen normaal gezien voor een deel tussen in de terugbetaling van de gebruikte materialen. De opleg in de kostprijs wordt meestal bijgepast 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.

Contact

AZ DELTA CAMPUS BRUGSESTEENWEG
Brugsesteenweg 90
8800 Roeselare

Secretariaat orthopedie
t 051 23 64 06
Secretariaat revalidatie
t 051 23 61 45

AZ DELTA CAMPUS MENEN
Oude Leielaan 6
8930 Menen
Secretariaat orthopedie
t 056 52 22 45
Secretariaat revalidatie
t 056 52 26 85

www.azdelta.be
www.orthopedie-roeselare.be
www.fysische-geneeskunde-roeselare.be

Bron: dienst orthopedie

Artsen

Orthopedie
Dr. Arne Decramer
Dr. Pieter-Jan De Roo
Dr. Yves Devlies
Prof. dr. Thomas Luyckx
Dr. Lieven Missinne
Dr. Stijn Muermans
Dr. Jan Noyez
Dr. Alexander Ryckaert
Dr. Peter Stuer
Dr. Mark van Dijk
Dr. Jan Van Oost
Dr. Karel Willems
Dr. Philip Winnock de Grave

Fysische gen. - revalidatie
Dr. Anne-Mie Buyse
Dr. Valerie Lefevere
Dr. Patrick Linden
Dr. Mathieu Maroy
Dr. Piet Mortelé
Dr. Joke Platteeuw
Dr. Pascal Rombauts
Dr. Charlotte Schepens
Dr. Michel Snoeckx
Dr. Ann-Sophie Vanden Bulcke
Dr. Bruno Vanhecke

AZ Delta Deltalaan 1, 8800 Roeselare **t** 051 23 71 11 **e** info@azdelta.be **w** www.azdelta.be
0520 5782-NL **Deze brochure is laatst aangepast op 17/02/2023**