

Anatomische schouderprothese

Een fysiotherapeutisch revalidatieprotocol

Achtergrond

De indicatie voor het plaatsen van een anatomische schouderprothese is artrose van het glenohumerale gewricht met hierbij een intacte rotator cuff. Een anatomische schouderprothese wordt eigenlijk nooit bij een fractuur geplaatst. Dit omdat de functionele uitkomsten van een anatomische schouderprothese na een fractuur zeer matig zijn.

Voor het plaatsen van een anatomische schouderprothese wordt in principe gebruik gemaakt van een deltopectorale benadering van het schoudergewricht. Dit betekent dat het schoudergewricht vanaf de voorkant wordt benaderd. Om in de schouder te komen wordt de pees van de m. subscapularis volledig losgehaald van de insertie op het tuberculum minus. Aan het einde van de ingreep wordt deze terug gehecht om zo de continuïteit van de m. subscapularis weer te herstellen. Het terughechten van deze pees wordt over het algemeen in ongeveer 0 graden rotatie gedaan (dus de onderarm recht naar voren) De m. subscapularis moet genoeg tijd krijgen om te genezen; de opgelegde beperking in de richting van de exorotatie is daarom van belang. Is er naast de m. subscapularis nog een andere cuffhechting uitgevoerd, dan kan dit extra beperkingen met zich mee brengen. Vaak is dit de m. supraspinatus, zie hiervoor de verwijzing.

Algemene opbouw week 1-6.

Vervroegd activeren zorgt voor een sneller herstel, hier ligt de nadruk op in de eerste periode. De sling wordt afgebouwd binnen 3 weken om een stijve schouder te voorkomen. Wel bevat de verwijzing een door de operateur vastgestelde exorotatielimiet voor de eerste 6 weken. Deze ligt meestal rond de 40 graden. Ook moet weerstand tegen endorotatie worden vermeden i.v.m. de m. subscapularishechting.

Medicatie niet te snel afbouwen indien pijn belemmert in het uitvoeren van de oefeningen. Patiënten krijgen peroperatief een plexusblock en daarna intraveneuze morfine. Vaak krijgen zij extra pijnmedicatie mee voor thuis.

Specifieke opbouw

Dag 1-2: ziekenhuisopname

Sling: in zit en lig mag de arm op een kussen rusten, tijdens douchen afhangende arm.

Bodybelt: wordt afgeknipt wanneer er voldoende controle over de schouder is (na volledig uitwerken van verdoving).

Oefeningen: pendule, actief hand/elleboog/pols. Passieve ROM-oefeningen schouder (exorotatie tot aan limiet operateur). Overweeg cryotherapie voor pijn demping.

Educatie: neem het revalidatieprotocol en het te verwachten eindresultaat door.

Week 1: passief

Start eerstelijns fysiotherapie.

Uitbouw op dag 1-2: scapulamobilisatie en isometrische scapula stabilisatie met lichte weerstand.

PROM binnen grens patiënt. Exorotatie tot aan limiet operateur. Passieve endorotatie tot L5-S1; dit is de meest stabiele rotatie. Geen actieve endorotatie i.v.m. m. subscapularishechting.

Start direct met afbouwen sling (doel = slingstop na 3 weken).

Start isometrische deltoideoefeningen.

Overweeg oedeemtherapie bij veel haematomen.

Week 2: geleid actief

Uitbouw op week 1: geleid actieve ROM: <90° anteflexie, <60° abductie, exorotatie tot aan limiet operateur, endorotatie tot de buik.

Start place & hold oefentherapie schoudergordel. Bouw isometrische deltoïdeusoefeningen uit. Doorzetten afbouwen sling.

Week 3: overgang naar actief

Uitbouw op week 2: (geleid) actief naar alle richtingen op geleide van de klachten, exorotatie tot aan limiet operateur. Geen actieve endorotatie i.v.m. m. subscapularishechting.

Place & hold oefeningen uitbreiden, aandacht voor de controle over de scapula in de hold-fase.

Start lichte ADL-oefeningen in pijnvrije range met minimaal extra gewicht (eten, drinken, schrijven met korte lastarm en binnen gestelde limieten).

Sling: stopt na 3 weken.

Week 4-5-6: actief

Start actieve endorotatie op geleide van de klachten.

Gradueel opbouwen weerstand isometrische deltoïdeusoefeningen.

Autorijden/ fietsen: naar eigen inzicht en verantwoordelijkheid van patiënt.

Week 7 t/m 11: einde ROM-limieten

Vanaf nu: volledige ROM in alle richtingen, zowel actief als passief.

Start normale ADL-activiteiten.

Start isotone oefeningen met weerstandsband en halters in rustige opbouw (bijv. korte lastarm) op geleide van de klachten. Aandacht voor controle over de scapula tijdens de volledige range.

Vanaf week 12 (uitloop naar 4 tot 6 maanden, contextgebonden).

Start spierversterking met weerstand uitbreiden naar maximaal toelaatbare.

Start hobby's/ sportspecifieke training. Bouw rustig uit naar gewenste en realistische niveau.

Criteria voor stoppen therapie: "pijnvrije" actieve ROM die zelfstandig kan worden onderhouden. Maximaal mogelijke functionaliteit, kracht en uithoudingsvermogen en i.r.t. de hulpvraag van de patiënt.