

Frozen Shoulder

Ook wel adhesieve capsulitis genoemd

Wat is het?

Frozen Shoulder is een extreem pijnlijke aandoening waarin de schouder volledig of gedeeltelijk verstijfd is. Het is een van de meest pijnlijke aandoeningen in de schouder (naast acute calcifiërende tendinopathie).

Frozen shoulder ontstaat vaak uit het niets (primaire frozen shoulder) maar kan ook ontstaan door een mild trauma of heilkunde van de schouder (secundaire frozen shoulder). De aandoening doorloopt normaal gezien doorheen 3 fases. De eerste fase is pijn, gevolgd door een fase van stijfheid en uiteindelijk resolutie waarbij de pijn vermindert en de beweeglijkheid terugkomt. Dit proces kan zeer lang duren, soms zelfs tot 2 jaar of langer.

Frozen shoulder is geassocieerd aan diabetes, hoge cholesterol, hartaandoeningen en wordt ook gezien bij mensen met littekenweefsel in de handen, een aandoening die ook wel de ziekte van Dupuytren wordt genoemd. Het kan ook ontstaan na een trauma of na heilkunde van de schouder.

Het gewrichtskapsel welk het schoudergewricht omgeeft is normaal een zeer soepele en elastische structuur. Zijn soepelheid en elasticiteit laat de zeer grote beweeglijkheid van de schouder toe. Bij een frozen shoulder zijn het kapsel en de ligamenten ontstoken, gezwollen, rood en samengetrokken. De normale elasticiteit is verloren en dit is wanneer de pijn en stijfheid starten.

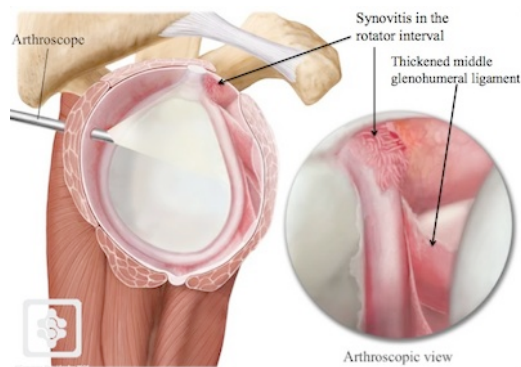
Normaal schouderkapsel:



Frozen shoulder kapsel:



Frozen shoulder, zoals men bij arthroscopie zal zien, (let op het gezwollen en rode, ontstoken kapsel):



Drie fasen van ontwikkeling:

Typisch verloopt een primaire frozen shoulder zeer traag en in 3 fasen:

1. **Bevriezingsfase:** De pijn neemt toe bij beweging en is vaak erger tijdens de nacht. Er is een progressief verlies van beweeglijkheid met toenemende pijn. Deze fase duurt ongeveer 2 tot 9 maanden.
2. **Bevroren fase:** De pijn begint te verminderen, de beweeglijkheid is nu zeer beperkt, tot zelfs 50% minder dan in de andere schouder. Deze fase kan 4 tot 12 maanden duren.
3. **Ontdooiingsfase:** De aandoening begint op te lossen. De meeste patiënten ervaren een gradueel herstel van de beweeglijkheid over de volgende 12 tot 42 maanden.

Behandeling:

Indien er niets wordt gedaan zien we in de meeste gevallen van frozen shoulder een duidelijke verbetering 2 tot 4 jaar na het begin van de aandoening. Meestal vraagt de pijn en de bewegingsbeperking toch om een behandeling. De vereiste behandeling is afhankelijk van de ernst van de pijn en de stijfheid. Deze omvatten:

1. **Kinesithérapie** – om verdere stijfheid te voorkomen en mobiliteit te herwinnen.
2. **Pijnstillers en ontstekingsremmers.**
3. **Injecties:** deze verminderen de ontsteking en geven verlichting van de pijn.
4. **Distentie arthrografie:** -effectiever dan eenvoudige injecties in het verbeteren van de pijn en de beweeglijkheid verbeteren.
5. **Heelkunde:** Heelkunde is nuttig in zowel de vroege als de latere stadia van frozen shoulder. Dit kan het arthroscopisch losmaken van het kapsel zijn of een mobilisatie onder narcose (MON). Intensieve kinesithérapie is essentieel na de heelkunde.

Distentie arthrografie:

De term arthrografie wijst op het gebruik van radiologische beeldvorming om de procedure te visualiseren en te begeleiden. Een kleine hoeveelheid contraststof wordt ingespoten in het gewricht waardoor deze zichtbaar wordt op het beeldvormingstoestel. Men kan zien dat de vloeistof zich uitzet in het gewricht of dat deze uit het gewricht loopt. Distentie van het glenohumerale gewricht met vloeistof heeft als doel om littekenweefsel open te scheuren waardoor een ruimte vrijkomt voor het gewricht om vrij te bewegen.

De procedure, welke op de dienst radiologie doorgaat, gebeurt onder lokale anesthesie, duurt ongeveer 15 minuten en de patiënt kan onmiddellijk nadien weer naar huis gaan. De ingreep kan wat pijn geven tijdens en na de procedure.

Wat houdt het in?

Bij een distentie arthrografie wordt het gewrichtskapsel uitgerokken door het injecteren van een mengeling van fysiologisch water, lokale verdoving en cortisone. Hierbij wordt er ruimte gecreëerd voor het gewricht en worden verklevingen binnen het gewricht losgemaakt. De radioloog voert deze procedure uit op de dienst radiologie onder beeldvorming om te controleren of de injectie correct gepositioneerd is.

U wordt gevraagd op uw rug te liggen met uw hand naast het lichaam. De huid zal ontsmet worden en lokale verdoving zal toegediend worden om de huid te verdoven. Een fijne naald wordt ingebracht in het schoudergewricht onder begeleiding van beeldvorming. Een kleine hoeveelheid contraststof wordt ingespoten om de positie in het gewricht te verifiëren. Nadien wordt het fysiologisch water, lokaal verdovingsmiddel en cortisone ingespoten.

Is het veilig?

Het is een veilige procedure. Er is een zeer klein risico op infectie, zoals bij elke injectie in een gewricht. Er is een risico dat het geen effect geeft (ongeveer 30 %). Er is een klein risico op bloeding. U dient zeker de afdeling en/of radioloog te verwittigen indien u bloedverdunnende medicatie inneemt.

Wat kan u verwachten te voelen tijdens en na de procedure?

Eens de regio verdoofd is zou u zeer weinig mogen voelen. Er kan wel een gevoel van druk ontstaan. IN geval van een ongemakkelijk gevoel dient u dit zeker te melden aan de arts. Soms wordt een gevoel van teveel vocht in de schouder beschreven. Deze symptomen zouden echter snel weer moeten verdwijnen.

Wat gebeurt er na de procedure?

Sommige mensen ervaren een ongemakkelijk gevoel welk ongeveer een 30 tal minuten kan duren ten gevolge van het uitzetten van het gewricht. U brengt best iemand met zich mee om u naar huis te voeren na de procedure aangezien we aanraden dat u best geen voertuigen bestuurt voor minstens 6 uur na de procedure. U kan uw kinesitherapie verder zetten na de procedure.

Werkt het?

In 70% van de gevallen zien we een verbetering in de beweeglijkheid van de schouder en in 90% van de gevallen is er een verbetering van pijn. Veel mensen voelen een onmiddellijke verbetering, maar voor anderen kan het enkele weken duren voor er beterschap wordt bereikt.

Wat als het niet werkt?

Uw specialist zal met u de optie bespreken van een kijkoperatie (arthroscopische release) of een mobilisatie onder narcose (MON).

Kapsulaire Release

Het doel van de operatie is om de herstelfase van een frozen shoulder in te korten door het gewricht meer ruimte te geven om te bewegen en hierdoor de pijn te verminderen. Het betreft hier een kijkoperatie waarbij het strakke kapsel wordt losgemaakt met een speciale radio-frequentie probe.

Traditioneel werd een mobilisatie onder narcose verkozen als heilkunde voor frozen shoulder. Hierbij wordt het schoudergewricht vrijgemaakt door het te mobiliseren onder een algemene verdoving. Dit was een doeltreffende ingreep voor de meeste mensen met eenvoudige frozen shoulders. Bij een kapsulaire release wordt het kapsel met de nodige precisie doorgenomen tijdens een kijkoperatie. De resultaten van deze arthroskopische kapsulaire release zijn succesvol in 80 % van de patiënten en de patiënten zijn sneller pijnvrij dan bij een mobilisatie onder narcose. Het voordeel van de arthroskopische ingreep is dat de chirurg op dat moment ook kan rondkijken in de schouder naar andere letsels. Kapsulaire release is een veilige en doeltreffende ingreep voor patiënten met blijvende frozen shoulder na trauma, fracturen alsook ten gevolge van diabetes.

Bij een kapsulaire release wordt het verdikte, en gezwollen abnormale kapsel weggenomen. Een speciale radiofrequente probe wordt hiervoor gebruikt. Het strakke en samengetrokken kapsel en ligamenten worden doorgenomen waardoor het gewricht weer vrij kan bewegen.



Algemene richtlijnen:

Pijn:

Een zenuw blok wordt tijdens de operatie gebruikt wat wil zeggen dat tijdens en na de operatie de schouder en arm doof zullen aanvoelen. Dit kan enkele uren duren. Hierna kan de schouder wel wat pijn doen en zal u de nodige pijnmedicatie krijgen wanneer u in het

ziekenhuis bent. Deze kunnen verder gezet worden wanneer u naar huis gaat. Ijsapplicaties kunnen ook helpen om de pijn te verminderen.

De wonde:

Deze ingreep is gebeurd via een kijkoperatie en wordt uitgevoerd door 2 of 3 kleine incisies van ongeveer 5 mm. De wonde wordt best droog gehouden zolang de hechtingen ter plaatse blijven. De hechtingen mogen verwijderd worden 10 tot 14 dagen na de ingreep door de huisarts.

Draagdoek:

U zal van de operatiezaal terugkomen met een draagdoek of adductieverband. Dit is enkel voor comfort en mag zo snel als mogelijk achterwege gelaten worden (meestal na 2 tot 4 dagen) Sommige mensen vinden het hulpzaam om deze nog enige tijd langer te dragen tijdens de nachten indien de schouder nog wat gevoelig is.

Autorijden:

U mag beginnen autorijden wanneer u zelf voelt dat u gemakkelijk een stuur kan besturen met beide handen zonder enig probleem. Hiervoor zou u uw arm comfortabel boven schouder niveau moeten kunnen heffen. Voor de meeste mensen is dit ongeveer een à twee weken na de ingreep.

Werkhervatting:

Dit hangt af van welk beroep u beoefent. Bij een licht beroep zonder veel handenarbeid mag u in principe het werk hervatten van zodra u zich hier klaar voor voelt. Meestal na 1 of 2 weken. Bij zware beroepen kan een langere periode van arbeidsongeschiktheid nodig zijn.

Controle afspraak:

Een opvolgingsafspraak zal voor u gemaakt worden voor ongeveer 3 weken na de ingreep.

Kinesitherapie:

Kinesitherapie is essentieel na de ingreep om een goede mobiliteit te bekomen en te helpen bij pijncontrole. U start best met kinesitherapie enkele dagen na de ingreep. Dit wordt best reeds geregeld met uw kinesist voor de ingreep.

Mobilisatie onder narcose/ kapsulaire release

Volledige range of motion wordt peroperatief bekomen, tenzij anders vermeld.

Het doel van de revalidatie is om deze mobiliteit te behouden. Hiervoor is vroegtijdige actieve revalidatie nodig zo snel als mogelijk postoperatief.

Dag 1 (in het ziekenhuis):

Passieve en actieve range of motion wordt gestart.

Zorg ervoor dat de mobiliteit in alle vlakken behouden wordt.

Een afspraak bij uw kinesist wordt best preoperatief vastgelegd.

Postoperatief (buiten het ziekenhuis):

Herstellen van full range of motion zo snel als mogelijk door passief en assistieve oefeningen.

Verbeteren van de schouderkracht door een gradueel krachtsprogramma.

Verder zetten van kinesitherapie tot het volledige potentieel van de patiënt is bereikt.

Mijlpalen:

6 weken: ROM groter dan pre-op.

6 maanden: full range of motion.