

## Subacromiale impingement

De 4 spieren verantwoordelijk voor het grootste deel van de bewegingen in de schouder zijn de musculus subscapularis, supraspinatus, infraspinatus en teres minor. Deze 4 spieren samen worden meestal samen genoemd als de rotator cuff. Twee andere zeer belangrijke spieren rond het schoudergewricht zijn de musculus deltoideus en de biceps brachii.

De rotator cuff ligt onder het schouderdak (welk een onderdeel is van het schouderblad en het acromion wordt genoemd). De ruimte tussen het acromion en de pezen van de rotator cuff wordt opgevuld door een slijmbeurs (de bursa subacromialis). Deze slijmbeurs is met vocht gevuld en zorgt ervoor dat de rotator cuff vlot kan glijden onder het acromion bij bovenhoofdse bewegingen van de schouder. De rotator cuff heeft als functie de kop van de bovenarm of humerus mooi centraal in zijn kom of glenoid te houden. Daarnaast zorgt de rotator cuff ervoor dat de humeruskop naar beneden wordt getrokken zodat deze vlot onder het acromion kan glijden.

Indien er een abnormaliteit optreedt ter hoogte van de rotator cuff zal dit leiden tot disfunctie van de rotator cuff. Hierdoor, zal wanneer de arm wordt opgehoft, het centraliserende en neerwaartse effect verloren zijn en de humeruskop zal naar boven komen, dicht bij het acromion, waar het risico toeneemt op inklemming of impingement. Aandoeningen die dit kunnen veroorzaken zijn aandoeningen die invloed hebben op de rotator cuff zoals:

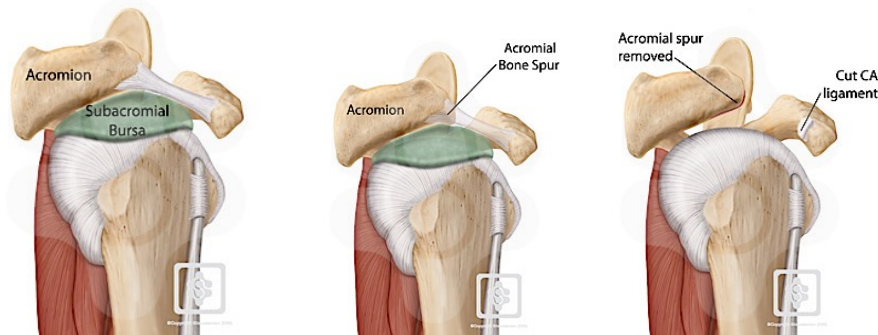
1. Partiële (gedeeltelijke) of full thickness (volledige) scheur
2. Calciërende tendinopathie
3. Tendinopathie ten gevolge van overbelasting
4. onrechtstreekse oorzaken:
  - glenohumerale instabiliteit
  - Labrumscheur (voornamelijk SLAP scheuren)
  - Abnormale spierpatroon problemen van de schouder.

Het acromion verschilt bij verschillende personen (morfologische varianten). We onderscheiden 3 types. Type 1 is plat, type 2 is gecurveerd en type 3 is gehoekt. Iemand met een type 2 of 3 acromion heeft een hoger risico op impingement ten gevolge van vernauwing van de ruimte tussen het acromion en de humeruskop. Daarenboven is het ook zo dat met een toenemende leeftijd het risico toeneemt op het vormen van een beenderige aanwas aan de voorzijde van het acromion. Dit zorgt ervoor dat de subacromiale ruimte nog nauwer wordt en het risico op impingement toeneemt.



Hierdoor is het zo dat iemand van rond de 50 jaar met een rotator cuff letsel en een type 3 acromion een zeer hoog risico heeft op het ontwikkelen van een belangrijke impingement in vergelijking met iemand van 20 jaar met een letsel van de rotator cuff met een type 1 acromion en geen beenderige aanwas.

De rotator cuff en het acromion zullen hier tegen elkaar wrijven, waardoor er een pijnlijke aandoening ontstaat welke impingement wordt genoemd. Elke keer als de arm in de hoogte wordt gebracht ontstaat er frictie tussen de pezen, de slijmbeurs en het acromion waardoor pijn en ontsteking ontstaat. Impingement kan een groot probleem vormen voor bepaalde personen en hun normale activiteiten zeer sterk beïnvloeden.



## Behandeling

Behandeling van subacromiale impingement omvat:

1. Pijnstillers en ontstekingsremmers
2. Kinesitherapie –voornamelijk aandacht voor goede houding, positie van het schouderblad en krachttraining van de verzwakte rotator cuff.
3. Injecties met corticosteroiden –verminderen de ontsteking en controleren de pijn. Dit geeft de rotator cuff de kans om te herstellen en te verstevigen tijdens de oefeningen.
4. Heelkunde – In enkele gevallen is heelkunde nodig. Het doel hiervan is de impingement of inklemming te verminderen door de ruimte tussen het acromion en de rotator cuff pezen te vergroten waardoor de pezen vlotter kunnen bewegen en minder pijn en ontsteking veroorzaken. Hierbij wordt het coracoacromiale ligament doorgenomen ende beenderige aanwas aan het acromion weggenomen. Deze ingreep wordt een arthroskopische subacromiale decompressie genoemd.

## Preventie:

Vermijd te veel bovenhoofdse bewegingen.

Verstevig je schouders en tracht niet door de pijn te werken.

## Algemene richtlijnen voor uw ingreep:

### 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 welke job u beoefent. Bij een lichte job 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 jobs 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 kinesiist voor de ingreep.