



AZ JAN PALFIJN
GENT



Kijkoperatie van de schouder

INFORMATIE VOOR PATIËNTEN



Dr. Harth A.

rug-, heup- en kniechirurgie
www.harth-orthopedie.be



Dr. Depaepe Y.

schouder- en kniechirurgie
www.depaepe-orthopedie.be



Dr. De Bo T.

heup-, enkel- en voetchirurgie
mcavlaanderen.wordpress.com



Dr. Moens K.

knie-, heup-, pols- en handchirurgie
www.doktermoens-orthopedie.be



Dr. Van Parys M.

schouder-, elleboog-, pols- en handchirurgie
www.drvanparys.be



Prof. dr. Burssens P.

enkel- en voetchirurgie



Dr. Lauwagie S.

kinder- en neuro-orthopedie

INHOUDSTAFEL

INLEIDING

1. Anatomie van de schouder	4
2. Indicaties voor operatie	5
Impingement	5
Peesverkalking	5
Acromioclaviculair lijden / 'AC' lijden	6
Bicepspeeslijden	6
3. Kijkoperatie van de schouder	7
Peesverkalking en impingement	8
Acromioclaviculair lijden / 'AC' lijden	8
Bicepspeeslijden	9
Tenodese	9
Tenotomie	10
4. De voorbereiding op de operatie	10
5. Opname in het ziekenhuis	11
6. De operatiezaal	12
7. Na de ingreep	12
8. Het verdere verblijf op de afdeling orthopedie	13
9. Het ontslag	14
10. Tot slot	15
11. Postoperatieve oefeningen	16

INLEIDING

Welkom in het AZ Jan Palfijn Gent. We hopen dat uw verblijf bij ons zo aangenaam mogelijk verloopt.

Deze brochure dient om u voor te bereiden en de nodige informatie te bezorgen over de **kijkoperatie van uw schouder**.

Wenst u nog bijkomende informatie voor uw ziekenhuisopname, dan kan u gerust contact opnemen met de raadpleging orthopedie (09 224 87 96).

Indien u tijdens uw verblijf in het ziekenhuis vragen hebt, aarzel niet om die te stellen aan de verpleegkundigen, kinesitherapeuten of uw behandelend arts. Wij zijn er om u te helpen.

Het volledige team wenst u een spoedig herstel en een vlotte revalidatie toe.

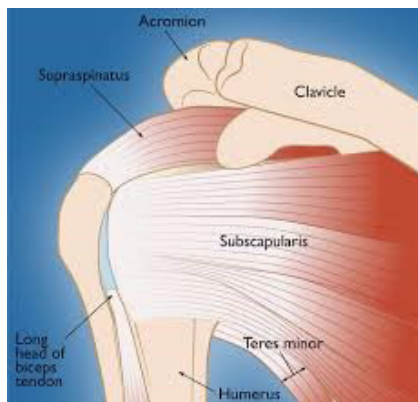
1. ANATOMIE VAN DE SCHOUDER

De **rotator cuff** is de belangrijkste spiergroep van de schouder. Het is een peesblad bestaande uit 4 delen:

- ▶ **Supraspinatus:** heft de arm naar boven
- ▶ **Subscapularis:** doet arm naar binnen draaien
- ▶ **Infraspinatus en teres minor:** zorgen voornamelijk voor het naar buiten draaien van de arm

De pezen glijden in de opening (subacromiale ruimte) tussen de bol van de schouder en het dak van de schouder (= acromion, uitloper van het schouderblad naar voor). Tussen dit been-derig dak (acromion) en de pezen (rotator cuff) bevindt zich de **slijmbeurs**. Deze slijmbeurs zorgt voor een betere verglijding van de pezen.

Aan de voorzijde loopt de lange kop van de bicepspees die een toegang vindt in het gewricht en vast zit aan de bovenzijde van de gewrichtspan.

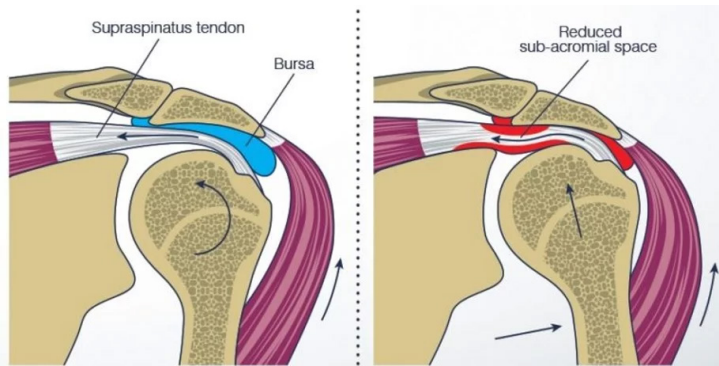


Bovenaan de schouder bevindt zich ook het gewricht tussen het schouderdak (acromion) en het sleutelbeen. Dit gewricht wordt ook wel het 'acromioclaviculaire' gewricht genoemd of kortweg 'AC-gewricht'.

2. INDICATIES VOOR EEN KIJKOPERATIE AAN DE SCHOUDER

Impingement

Wanneer de ruimte tussen het dak van de schouder en de pezen **te nauw** wordt, kan er een slijmbeursontsteking optreden met **inknelling van de pezen**. Dit veroorzaakt pijn in de schouder bij het plaatsen van de arm in de hoogte.



Peesverkalking

Het betreft een **afzetting van calciumkristallen in één of meerdere pezen** van de rotator cuff. Deze kalkafzetting is eerder zacht (zoals tandpasta) en ziet er wit uit op radiografie.

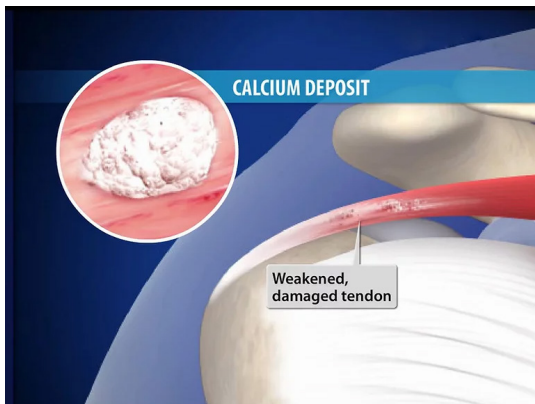
De rotator cuff is de meest aangetaste pees waar kalk zich neerzet.

Niet iedereen met kalkafzetting in de schouder is zich daarvan bewust of ervaart klachten.

In sommige gevallen heeft het lichaam de mogelijkheid om het kalkdepot op te lossen (oplossingsfase), in andere gevallen blijft het ontstekingsproces bestaan zonder oplossing van de kalk.

De **pijn** situeert zich voornamelijk ter hoogte van de **zijkant van de bovenarm**. De pijn zal toenemen bij activiteiten boven schouderniveau (bv. iets uit hoge kast halen) en bij het brengen van de hand naar de rug (endorotatie). Zeer frequent is er ook **nachtelijke pijn** als u op schouder ligt tijdens het slapen.

Zoals vermeld, tracht het lichaam soms de verkalking op te lossen (= oplossingsfase). De kalk zal zich vrijzetten in de slijmbeurs (tussen de rotator cuff en het schouderdak) en aanleiding geven tot zeer acute pijn met zeer sterke beperking van de beweeglijkheid. Echter kan dit in sommige gevallen zeer lang duren en dringt een chirurgisch verwijderen van de kalk zich op.



Acromioclaviculair lijden ('AC' lijden)

Een pijnlijk AC-gewricht geeft last bovenaan de schouder. Indien er zich na verloop van tijd in dit gewricht slijtage ontwikkelt, ontstaat er een typische pijn. Die komt onder andere op bij het kruisen van de arm voor het lichaam, of bij het liggen op de schouder.

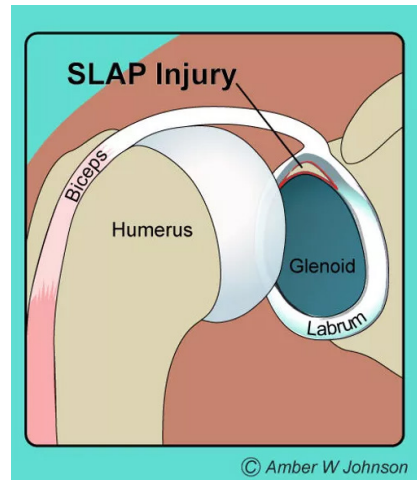
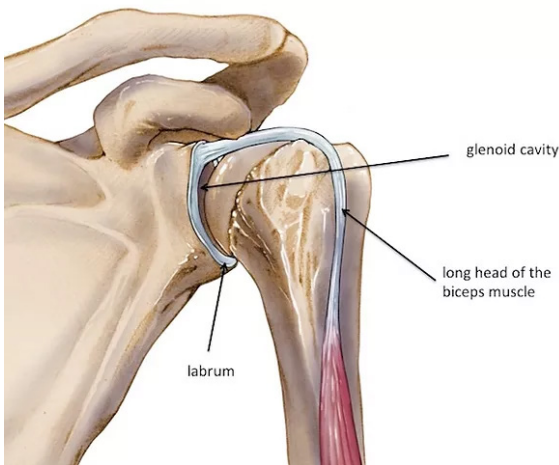
De initiële behandeling bij deze aandoening is per orale pijnstilling en eventueel een infiltratie in het AC-gewricht. Slechts wanneer dit conservatieve beleid geen of te weinig soelaas biedt kan in overleg met de arts gekozen worden voor een operatie.

Bicepspeeslijden

Wanneer iemand last heeft van de (lange kop van de) bicepspees wordt die pijn voornamelijk aan de voorkant van de schouder/bovenarm ervaren. Indien er een forse ontsteking is van de pees kan er ook pijn ontstaan in rust of 's nachts. Met behulp van infiltratie(s) in de schouder kan de ontsteking worden behandeld.

Indien er een (kleine) scheur is aan de aanhechting van de pees kunnen bepaalde bewegingen pijnlijk zijn. Deze scheur wordt 'SLAP' genoemd (Superior Labrum Anterior to Posterior). In het geval dit conservatief beleid faalt, is een kijkoperatie aangeraden.

De diagnose van een bicepspeesontsteking kan op echo worden bevestigd. Echter voor die diagnose van een scheur van de bicepspees aan de aanhechting is vaak een scanner met contrast nodig (CT of MRI).



3. DE KIJKOPERATIE VAN DE SCHOUDER

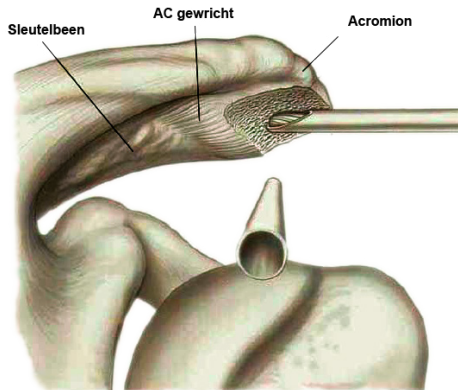
Bij falen van voorafgaande therapie of bij te veel pijn, wordt een **kijkoperatie** uitgevoerd. De ingreep gebeurt onder **korte algemene verdoving**, vaak in combinatie met **lokale anesthesie** (interscaleen blok).

Wanneer een kijkoperatie wordt uitgevoerd, krijgt u in tegenstelling tot een 'klasieke' operatie niet 1 groot litteken maar verschillende **kleine incisies**, kleiner dan 1 centimeter. Langs die kleine incisies wordt een camera naar binnengebracht en de nodige fijne instrumenten. Zo kan de chirurg via een scherm zijn handelingen volgen en uitvoeren. Aan deze techniek zijn verschillende voordelen gekoppeld zoals onder andere een sneller herstel, minder pijn, minder kans op infectie en een kortere opnameduur in het ziekenhuis. Een ander pluspunt is dat indien er terzelfder tijd andere letsels worden gedetecteerd, deze gedurende diezelfde ingreep kunnen behandeld worden.

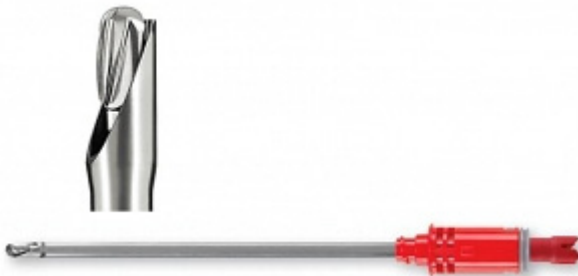
Peesverkalking en impingment

Met de camera wordt, indien van toepassing, eerst de verkalking opgespoord, aangeprikt met naald en vervolgens wordt de pees oppervlakkig ingesneden zodat de kalk naar buiten kan uitgespoeld worden (zoals het leegduwen van een abces/zweer) en de pees kan uitgekrabd worden (curettage).

Indien dit gebeurd is gaat men verder zoals bij een 'impingement' procedure. De ontstoken slijmbeurs wordt weggenomen en er wordt een "decompressie" uitgevoerd. Dit betekent dat enkele millimeter bot worden weggenomen met een freesje aan de onderzijde van het acromion (dak van de schouder) om de onderliggende gezwollen pees (onderdeel van de rotator cuff) meer ruimte te geven.



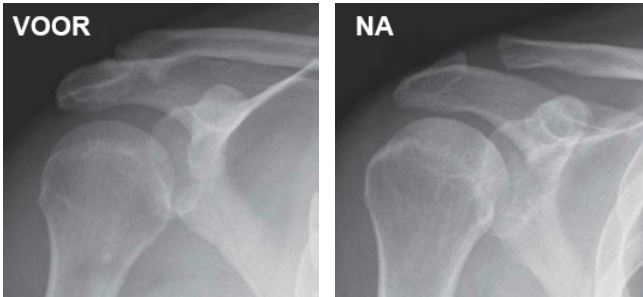
Figuur 1 – Acromion Decompressie gezien van langs achter. Met een shaver wordt meer ruimte gemaakt. Bron: The Shoulder 3rd edition - Craig E.V.



Acromioclaviculair lijden / 'AC' lijden

Met behulp van de camera wordt het AC-gewricht opgezocht en zichtbaar vrijgelegd. De toegang tot het gewricht gebeurt vanuit de onderkant van het gewricht.

Met behulp van een freesje (zie hierboven) kan het gewricht tussen het sleutelbeen en het uiteinde van het schouderblad worden geopend. Op deze manier wordt er een ruimte gecreëerd tussen beide beenderige uiteinden om contact tussen beide artrotische gewrichtsoppervlakten te vermijden. Dit laatste is de eigenlijke 'decompressie' van het gewricht. Het voordeel van het uitvoeren van deze ingreep via artroscopische wijze is dat de ligamenten aan de bovenkant van het gewricht gespaard kunnen blijven.



Bicepspeeslijden

In overleg met de chirurg kan gekozen worden om het SLAP letsel opnieuw vast te hechten met behulp van ankertjes aan de bovenrand van de pan.

Vaak is de kwaliteit van het labrumweefsel onvoldoende sterk om een correcte hechting uit te voeren (aspect van een gerafelde elastiek). Anderzijds is ook de kans op goede heling na hechting verminderd door bv. leeftijd, roken, diabetes, ...

In deze gevallen wordt een "debridement" uitgevoerd van het aangetaste labrum. Het gescheurde labrum wordt "getrimd" (geshaved) tot gladde randen. Indien we kiezen voor deze optie moeten we ook kiezen voor een bijhorende behandeling op de aangehechte biceps om de spanning op het labrum weg te nemen.

De bicepspees zelf kan op twee manieren operatief worden behandeld. Er wordt de keuze gemaakt voor het losmaken van de aanhechting van de lange kop van de bicepspees met het al dan niet opnieuw vasthechten op een lager niveau. Het eerste heten we een 'bicepspeestenodese', het tweede 'bicepspeestenotomie'.

Tenodese

De bicepspees wordt losgemaakt ter hoogte van de aanhechting op het labrum en enkele centimeter lager terug vastgemaakt op de bovenarm (humerus). Op die manier is de spanning weg op de aanhechting van het labrum en verdwijnt de

pijn. Nadeel is dat de nieuwe aanhechtingsplaats van de biceps ook dient te genezen en moet ingroeien. Deze ingroEIFase gaat vaak gepaard met meer langdurige pijnklachten en vertraagde revalidatie. In deze revalidatiefase dient de biceps beschermd te worden door het langer dragen van een schouderverband om de ingroei te garanderen.

Tenotomie

De biceps wordt losgemaakt ter hoogte van de aanhechting van het labrum en nadien niet meer terug vastgehecht. Dit lijkt een radicale en onlogische handeling, maar is in de meeste gevallen de beste keuze! Gezien geen noodzaak tot bijkomend ingroeien of vastgroeien, kan de revalidatie zeer snel worden opgestart. Dit verkleint heel sterk het risico op een frozen shoulder! Zoals we misschien zouden verwachten, brengt dit weinig tot geen krachtverlies met zich mee. Enkel bij mensen die repetitief zeer zware fysieke arbeid uitvoeren, is er in de eerste maanden wat meer vermoeidheid in de bicepsspier met nadien soms wat krampachtige pijn.

Er is heden in de wetenschappelijke literatuur wereldwijd geen bewijs dat een bicepspeestenodese beter is dan een bicepspeestenotomie. Enkel de gerapporteerde complicaties van een tenodese (onvoldoende vastgroeien, blijvende pijn, infectie, langere revalidatie,...) zijn veel hoger. Wel is er een esthetisch verschil, waarbij bij een tenotomie de "forsbal" wat lager komt te staan. De keuze tussen tenodese of tenotomie hangt af van verschillende factoren, type letsel, kwaliteit van weefsel, leeftijd, beroep, sport, Maar finaal is de keuze tussen tenodese en tenotomie geen keuze over functie of kracht, maar louter een esthetische keuze.

4. DE VOORBEREIDING OP DE OPERATIE

Na de beslissing om een **kijkoperatie van de schouder** uit te voeren, wordt u verwezen naar de **preoperatieve raadpleging** in het ziekenhuis om u optimaal voor te bereiden op uw ziekenhuisopname.

Een toestemmingsformulier dient ingevuld te worden indien dit niet elektronisch werd uitgevoerd op de consultatie bij de chirurg.

Er worden indien nodig preoperatieve onderzoeken uitgevoerd, zoals een bloedafname, een elektrocardiogram en een radiografie van de longen. Deze kunnen zowel via de huisarts uitgevoerd worden, als via de preoperatieve raadpleging.

Indien nodig worden aanvullende preoperatieve consultaties bij de cardioloog/ anesthesist ... gepland om de ingreep in de meest optimaal voorbereide omstandigheden te laten doorgaan.

Neemt u bloedverdunners of hebt u allergieën, dan meldt u dit best meteen hier.

Bij uw opname in het ziekenhuis brengt u de resultaten van de preoperatieve onderzoeken mee.

5. OPNAME IN HET ZIEKENHUIS

Normaal gezien wordt u **de dag van de operatie 's morgens opgenomen op de dienst orthopedie of kortverblijf**. Uitzonderingen worden op de consultatie afgesproken.

Wij vragen dat uw begeleider na een 30-tal minuten de kamer verlaat. Zo kunnen we u en andere patiënten de juiste zorg en privacy garanderen. Uitzonderingen worden besproken met de verpleegkundige op de dienst.

Wat brengt u mee:

- ▶ De resultaten van de preoperatieve onderzoeken (bloeduitslagen, ecg, beeldvorming ...)
- ▶ De ingevulde medische vragenlijst
- ▶ Uw thuismedicatie (+ medicatielijst): in originele verpakking (dus GEEN losse tabletten of vooraf klaargezet in pillendoosje)
- ▶ Kaart of bewijs van hospitalisatieverzekering

's Morgens vóór de ingreep:

De dag van de ingreep mag u **niets meer eten of drinken vanaf middernacht** om de kans op braken te verminderen.

De verpleegkundige **scheert de operatiezone** met een clipper (geen scheermes). Dit is een soort tondeuse waardoor de kans op letsels door scheren uitgesloten is.

Er wordt gevraagd uw bril of lenzen, juwelen en tandprothesen te verwijderen.

Tijdens het transport naar de operatiezaal zullen verschillende verpleegkundigen uw **identiteit** vragen en uw **polsbandje** controleren. Maak u geen zorgen, dit is voor de patiëntveiligheid.

6. DE OPERATIEZAAL

Voor u de operatiezaal binnenkomt, brengt u nog een korte periode door in de **preoperatieve ruimte**.

- ▶ Er wordt een **infuus** geplaatst zodat u de nodige pijnstillers kan krijgen.
- ▶ Vaak plaatst de anesthesist via een prik in de hals een **zenuwblok**, zodat u na de operatie weinig tot geen pijn ervaart.

De behandelend arts zet voor de verdoving een pijl op het te opereren lichaamsdeel.

Er zal worden gevraagd op uw rug op de operatietafel te gaan liggen. Er worden verschillende draadjes aan uw lichaam bevestigd om uw polsslag, bloeddruk en zuurstofgehalte goed te kunnen opvolgen. Dit is pijnloos.

De **anesthesist** zal u volledig laten slapen.

Veel mensen hebben meer **angst voor de verdoving** dan voor de ingreep zelf. Dit komt omdat men zich overgeleverd voelt en geen vat heeft op de situatie. De verdoving gebeurt door ervaren specialisten die veilig werken met de beste apparatuur. Via de preoperatieve raadpleging bent u ook optimaal voorbereid op deze ingreep.

7. NA DE INGREEP

Na de operatie ontwaakt u in de ontwaakruimte waar u van nabij wordt opgevolgd en uw **pijn onder controle** wordt gehouden. U krijgt de nodige pijnstillers via een infuus. U mag zeker aangeven indien u nog pijn hebt, zodat er zo mogelijk extra pijnstilling kan toegediend worden.

Als uw parameters (bloeddruk, polsslag, ademhaling...) goed zijn en de pijn goed onder controle is, wordt u opnieuw naar uw kamer gebracht.

Na de operatie zal een verpleegkundige verschillende malen uw bloeddruk nemen en uw pijn bevragen.

Na de ingreep krijgt u op uw kamer stap voor stap lichte voeding om misselijkheid/overgeven te vermijden.

Vraag voldoende hulp aan de verpleegkundige van de afdeling en geef duidelijk aan hoe u zich voelt en of u pijn heeft zodat zij u optimaal kunnen helpen.

8. HET VERDER VERBLIJF OP HET DAGZIEKENHUIS

De **eerste dag postoperatief (na de operatie)** zal het infuus verwijderd worden en komt de kinesist langs om de revalidatie te starten.

Als tijdens de opname blijkt dat er hulpmiddelen voor thuis of meer zorg moeten geregeld worden, geeft u dit zo snel mogelijk door. De **sociale dienst** komt dan bij u langs.

Het is belangrijk te begrijpen dat een operatie achteraf **pijn** doet. Deze pijn wordt bestreden volgens een vast schema. Indien u pijn voelt, moet u vragen naar bijkomende pijnstilling, zodat kan bekeken worden of er extra pijnstillende medicatie kan toegediend worden om u meer comfort te geven. Het is belangrijk om op vaste tijdstippen pijnstilling te krijgen en in te nemen zodat geen pijnpiek ontstaat. Zeker 's avonds en 's nachts kan u best extra pijnstilling vragen. Een goede nachtrust zorgt ervoor dat u zich de volgende dag beter voelt.

Een goede pijnmedicatie zorgt voor een vlottere revalidatie!

De doktersronde

De dag na de ingreep zal 's morgens de **assistent(e) orthopedie** langskomen om na te gaan of er zich geen problemen stellen. Uw **behandelend arts** komt in de loop van de dag langs om u te ontslaan uit het ziekenhuis en de nodige informatie mee te geven.

Belangrijk: stel vragen zodat alles duidelijk is. U kan altijd uw vragen opschrijven achteraan in deze brochure en ze stellen op het moment van het bezoek van de assistent(e) of uw behandelend arts.

De revalidatie

Postoperatief wordt er een schouderverband aangelegd. Dit verband moet u de eerste 3 weken dragen.

De schouder

Het is normaal dat **de schouder de eerste weken gezwollen** staat. Mogelijks sijpelt er de eerste dagen vocht uit de wonde. Dit is niet meteen zorgwekkend, maar een steriele wondverzorging door de verpleegkundige is wel noodzakelijk.

Sociale dienst

Het verblijf op de afdeling is vaak kort. We raden aan om vooraf al een revalidatieplaats in het ziekenhuis (SP-afdeling) of extern aan te vragen. Daarnaast kan de sociale dienst voor u hulp voor thuis regelen (thuisverpleging, maaltijden aan huis, poets- en gezinshulp...), aangezien u nog niet volledig hersteld zal zijn.

- ▶ Vervoer: denk vooraf na over uw vervoer bij ontslag uit het ziekenhuis naar huis of naar een thuisvervangende omgeving. U kan iemand uit uw omgeving vragen om u op te halen of u kan beroep doen op een professionele vervoerdienst.
- ▶ Hersteloord of revalidatiecentrum: indien een herstel thuis voor u niet mogelijk is, kan een verblijf in een hersteloord of revalidatiecentrum of andere setting een oplossing bieden. Om de overgang van het ziekenhuis naar deze tijdelijke verblijven vlot te laten verlopen, dient dit verblijf vóór uw opname aangevraagd te worden.

9. HET ONTSLAG

Wanneer u zich goed genoeg kan behelpen en wanneer u voor zichzelf kunt instaan, zal de dokter u ontslaan uit het ziekenhuis. Het ontslag gebeurt meestal **de eerste dag postoperatief voor 12 uur**. Hou hiermee rekening om uw vervoer te regelen zodat u voor 12 uur wordt opgehaald.

Ontslagplanning

Wat krijgt u mee bij ontslag:

- ▶ Brief voor de huisarts
- ▶ Voorschrift voor pijnstilling
- ▶ Voorschrift voor kinesitherapie
- ▶ Voorschrift voor thuisverpleging
- ▶ Een controleafspraak

De verpleegkundige regelt al de eerstvolgende raadpleging bij de orthopedist. Tijdens deze consultatie volgt de orthopedist de verdere evolutie op.

Alarmsymptomen

Ondervindt u één van volgende symptomen:

- ▶ blijvend lekken van de wondjes
- ▶ koorts vanaf 38,5°C
- ▶ een toename van pijn aan de geopereerde schouder?

Neem contact op met de raadpleging orthopedie (09 224 87 96). 's Avonds en in het weekend kan u contact opnemen met de spoedgevallen (09 224 81 01).

10. TOT SLOT

Vergelijk uzelf nooit met andere pas geopereerde patiënten. Het postoperatief verloop is sterk variabel van patiënt tot patiënt en de balans wordt pas opgemaakt 6 maanden na de ingreep.

Is er nog iets onduidelijk of wenst u meer te weten, aarzel niet om de dokter, kinsitherapeut of de verpleegkundigen om meer uitleg te vragen.

Hieronder vindt u nog enkele telefoonnummers waar u terecht kan met uw vragen:

- ▶ Consultatie orthopedie: 09 224 87 96 of
raadplegingen.traumatologie@janpalfijngent.be
- ▶ Afdeling orthopedie: 09 224 81 61
- ▶ Spoedopname: 09 224 81 01
- ▶ Preoperatieve raadpleging: 09 224 88 10
- ▶ Fysische revalidatie – dienst kinesitherapie: 09 224 87 78
- ▶ Sociale dienst: 09 224 84 43 of socialedienst@janpalfijngent.be

Het volledige team wenst u een spoedig herstel en een vlotte revalidatie toe.

Associatie Orthopedie - Traumatologie AZ Jan Palfijn Gent

*dr. Harth A. - dr. Depaepe Y. - dr. De Bo T.
dr. Moens K. - dr. Van Parys M. - dr. Lauwagie S. - prof.dr. Burssens P.
www.orthopedie-gent.be*

11. POSTOPERATIEVE OEFENINGEN

Enkele praktische tips

- ▶ Draag het schouderverband correct

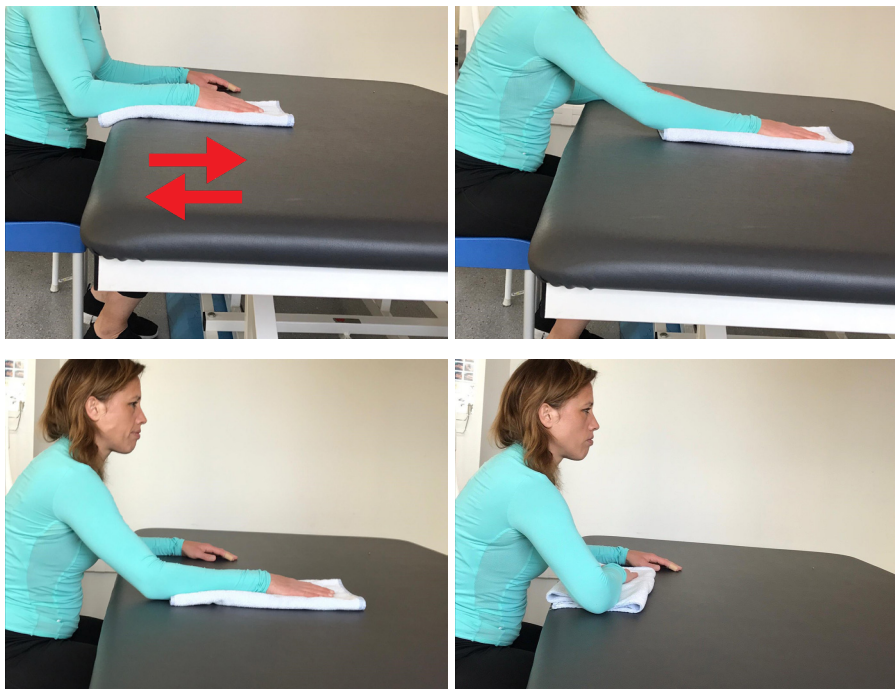


- ▶ Leg voldoende ijs
- ▶ Doe zelf geen actieve oefeningen voor het schoudergewricht
- ▶ Thuisoefeningen: 3x/dag, elke oefening 10x uitvoeren

Neem contact op met een kinesitherapeut voor uw verdere revalidatie, dit kan ook in het ziekenhuis.

Oefentherapie

- ▶ Glij-oefeningen onderarm op tafel (handdoek onder de arm)



Oefentherapie

- ▶ Actieve oefeningen pols / vingers / elleboog
- ▶ Pendeloefeningen



Stempel van uw behandelend arts



**AZ JAN PALFIJN
GENT**

Orthopedie en Traumatologie - raadplegingen
T +32 (0)9 224 87 96

Watersportlaan 5 - 9000 Gent
T +32 (0)9 224 71 11 - F +32 (0)9 224 70 42
info@janpalfijngent.be - www.janpalfijn.be