



**Verwijderen van de onderzijde van het
schouderdak en slijmbeurs van de schouder
(Neerplastiek)**

Verwijderen van de onderzijde van het schouderdak en slijmbeurs van de schouder (Neerplastiek)

Anatomie van het schoudergewricht

Het schoudergewricht wordt gevormd door de kop van de bovenarm (humerus) en het schouderblad (scapula), dat onder andere de kom (glenoid) vormt. Het schoudergewricht wordt omsloten door het kapsel. De binnenbekleding van het kapsel produceert gewrichtsvocht. Dit vocht zorgt voor voeding en smering van de kraakbeenlaag van het gewricht. Het schouderdak (acromion) is een deel van het schouderblad en vormt met het sleutelbeen een gewrichtje (acromio-claviculair gewricht).

Er zijn diverse spieren die een functie hebben rondom het schoudergewricht. De rotatorenmanchet bestaat uit 4 spieren (m.supraspinatus, m.infraspinatus, m.teres minor en m.subscapularis) die belangrijk zijn voor het goed functioneren van het gewricht. Tussen de rotatorenmanchet en het schouderdak ligt een slijmbeurs (bursa subacromiale).

De stabiliteit van het schoudergewricht wordt verzorgd door de botten, het labrum (kraakbenige buitenrand van de schouderkom), de banden (ligamenten), het kapsel en de spieren/pezen.

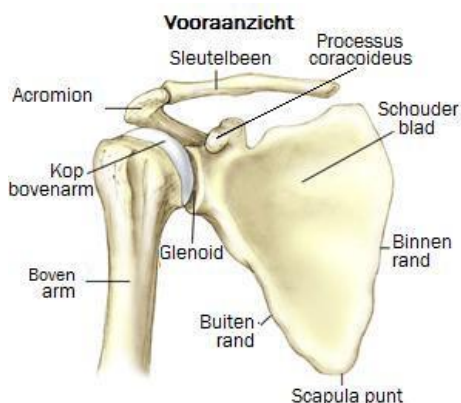
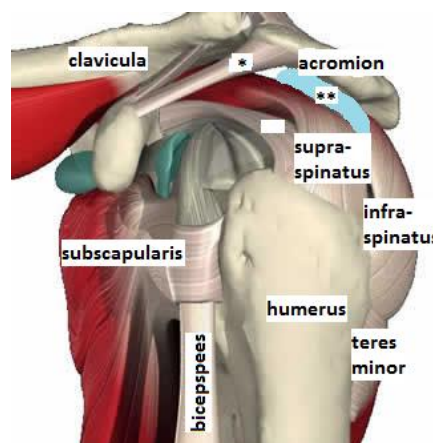


Fig.1: botten van de schouder



* lig. coraco-acromiale ** bursa subacromiale

Fig.2: zijaanzicht van de schouder

Subacromiaal pijnsyndroom

Vaak is de oorzaak van het subacromiaal pijnsyndroom onduidelijk, soms ontstaat het ten gevolge van een vroeger doorgemaakt letsel (zoals bijvoorbeeld een botbreuk), een afwijkende vorm van het schouderdak, botaangroei ten gevolge van slijtage of chronische overbelasting met verdikking van de pezen tot gevolg. Ook andere oorzaken kunnen een rol spelen. Er ontstaat een slijmbeursontsteking en in het algemeen is met name hoog reiken alsmede op de schouder liggen pijnlijk.

Het doel van de operatie is om de pijn weg te nemen. Dit wordt bereikt door de slijmbeurs (bursa subacromiale) te verwijderen, één van de ligamenten van de schouder (ligamentum coraco-acromiale) deels te verwijderen en enkele millimeters van de onderzijde van het schouderdak af te halen. Omdat er geen wetenschappelijk bewijs is dat de behandeling middels operatie beter is dan behandeling middels fysiotherapie en/of infiltraties met ontstekingsremmers wordt de operatie alleen uitgevoerd indien de conservatieve behandeling onvoldoende klachtenverlichting oplevert. Verbetering van beweeglijkheid en vermindering van pijn wordt bij 77% van de geopereerde patiënten bereikt. Van de patiënten is 88% tevreden over het resultaat van de operatie.

Operatie

Meestal wordt de operatie middels een kijkoperatie uitgevoerd. Indien er nog andere afwijkingen (zoals het hechten van een gescheurde pees) moeten worden behandeld wordt vaak gekozen voor een "open" procedure. De resultaten met beide procedures zijn identiek.

- *Kijkoperatie:* er wordt een incisie van ongeveer 1 cm aan de achterzijde van de schouder gemaakt. Er wordt een glasvezel kijkbuis (arthroscoop) in het schoudergewricht gebracht die aangesloten is op een camera. De binnenkant van het schoudergewricht wordt in zijn geheel bekeken en de beelden worden zichtbaar op een monitor. Indien nodig wordt via een incisie van ongeveer 1 cm aan de voorzijde van de schouder instrumentarium ingebracht waarmee begeleidende letsels kunnen worden behandeld. Vervolgens wordt de kijkbuis onder het schouderdak gebracht. Via een incisie van ongeveer 1 cm aan de zijkant van de schouder wordt instrumentarium ingebracht waarmee de slijmbeurs, een deel van het ligamentum coraco-acromiale en de onderzijde van het schouderdak worden verwijderd. Voor zover mogelijk worden de pezen van de rotatorenmanchet bekeken. De wondjes worden gesloten met een hechting. Er worden pleisters en een mitella of sling aangelegd.
- *"Open procedure":* er wordt een incisie van ongeveer 5 cm aan de zijkant van de schouder gemaakt. De deltaspiër (m.deltoidaeus) wordt weggehouden en deels losgemaakt van het schouderdak. De slijmbeurs, het ligamentum coraco-acromiale en de onderzijde van het schouderdak worden verwijderd. Voor zover mogelijk worden de pezen van de rotatorenmanchet bekeken. De deltaspiër wordt, indien mogelijk, teruggehecht aan het schouderdak. De wond wordt gesloten met hechtingen. Er wordt een pleister en een mitella of sling aangelegd.

Vorbereiding

- *Medicatie:* voorafgaand aan de operatie heeft u een recept voor pijnstillers en eventueel een maagbeschermer thuis gestuurd gekregen. Deze medicatie dient u, samen met een doosje paracetamol, in huis te halen.
- *Roken:* roken verhoogt de kans op complicaties na elke operatie. Er is onder andere een verhoogde kans op het optreden van een infectie, wondhelingsstoornissen, het niet of vertraagd vastgroeien van botten en algemene complicaties als een trombosebeen, hart- of herseninfarct, longontsteking etc. Elke week dat u, voorafgaand aan de operatie, niet rookt helpt om uw verhoogde kans op complicaties te verminderen. Na 6-8 weken is het verhoogde risico op complicaties met ongeveer 50% afgenomen. Hoe langer u het roken staakt, hoe beter. Ook kortdurend stoppen helpt dus om de verhoogde kans op complicaties te verlagen. Wij adviseren u dan ook dringend om uw uiterste best te doen het roken (tijdelijk) te staken. Vraag zo nodig uw huisarts om begeleiding.

Anesthesie

De anesthesioloog van de betreffende operatielocatie zal, op korte termijn, een consult met u voeren. Hierbij wordt uw algehele gezondheid beoordeeld. Soms is het nodig om gegevens bij andere behandelaars op te vragen en/of nog verdere onderzoeken te verrichten. De anesthesioloog bespreekt met u welke medicijnen u niet of juist wel moet innemen voorafgaand aan de operatie en hoe lang u bepaalde medicatie voorafgaand aan de operatie dient te staken. De operatie vindt onder algehele narcose plaats.

De dag van de operatie

- *Eten/drinken:* in principe mag u 6 uur vóór de operatie niet meer eten of drinken, met uitzondering van heldere vloeistoffen (water, thee, limonade) die u tot maximaal 2 uur voor de operatie nog mag drinken. Indien de anesthesioloog een afwijkend advies heeft gegeven dient u zich aan die instructies te houden.
- *Persoonlijke verzorging:* u mag het operatiegebied in de week voor de operatie niet meer scheren. Op de dag van de operatie moet u zich niet meer insmeren met bodylotion o.i.d. U mag geen nagellak, make-up, sieraden en contactlenzen dragen. Zorg voor makkelijk zittende kleding.

- *Medicatie:* u neemt een doosje paracetamol, de door ons voorgeschreven medicatie en de eventuele andere medicijnen die u gebruikt in originele verpakking mee naar de operatielocatie.
- *Opname:* u meldt zich op het afgesproken tijdstip op de operatielocatie. U wordt begeleid naar een ruimte waar u zich kunt omkleden. De anesthesioloog en orthopedisch chirurg komen bij u langs.
- *Operatie:* u wordt naar de operatiekamer gebracht alwaar u wordt aangesloten op apparatuur die de hartslag, bloeddruk en andere parameters registreren. Er wordt een infuus ingebracht. Er vindt een laatste controle plaats met het hele operatieteam, waarna de verdoving wordt toegediend.
- *Na de operatie:* u wordt naar de recovery gebracht, alwaar u door gespecialiseerde verpleegkundigen wordt gecontroleerd en verzorgd. Daar wordt uw operatiepijn en eventueel ander ongemak zoals misselijkheid met medicijnen behandeld. Meestal komt de chirurg nog even langs om te vertellen hoe de operatie is verlopen.
- *Ontslag:* enkele uren na de operatie gaat u met ontslag.

Nabehandeling

- *Vervoer naar huis:* dient u zelf te regelen. U moet onder begeleiding naar huis en kunt niet zelf autorijden. Aangepast vervoer is niet nodig. Ook thuis heeft u de eerste nacht een begeleider nodig.
- *Wondzorg:* de pleister(s) dienen 48 uur te blijven zitten, daarna mag u deze zelf verwijderen. Vaak produceren de wondjes de eerste dagen wat bloed en/of wondvocht. Zolang dit het geval is plakt u een pleister over de wondjes. Douchen mag na 2 dagen of, als de wond nog niet droog is, vanaf het moment dat deze wel droog is. In bad/zwemmen is na 14 dagen toegestaan.
- *Medicatie:* U gebruikt paracetamol 1000mg 4x per dag. Hiernaast mag u de voorgeschreven pijnstillers (i.h.a. diclofenac 50mg en tramadol 50mg) gebruiken op geleide van de pijn. Indien u ook een maagbeschermer (pantozol 20mg) voorgeschreven hebt gekregen gebruikt u deze 1x per dag zolang u diclofenac gebruikt.
- *Belastbaarheid:* er dient vanaf de eerste dag na de operatie direct gestart te worden met oefenen (pendeloefeningen). De eerste 6 weken mag u de arm niet boven schouderniveau heffen. Onder dit niveau mag u de arm gebruiken op geleide van de klachten; ook mag u de mitella/sling afdoen wanneer u wilt. Na 6 weken zal de beweeglijkheid worden uitgebreid op geleide van de klachten. De totale revalidatie tot het eindresultaat is bereikt duurt ongeveer 3-6 maanden. Autorijden mag u weer doen op het moment dat u verantwoord kunt deelnemen aan het verkeer ("noodingreep" kan maken).
- *Fysiotherapie:* fysiotherapeutische begeleiding is gewenst tijdens het revalidatieproces. Verdere informatie vindt u in de folder "fysiotherapie & ergotherapie" die u is verstrekt.
- *Controle-afspraak:* Er wordt een poliklinische controle afspraak gemaakt voor ongeveer 2 weken na de operatie. De ontslagbrief die u hebt meegekregen dient u mee te nemen naar uw controle afspraak.
- *Complicaties:*
 - de meest voorkomende complicaties zijn: een nabloeding/bloeduitstorting, infectie (0-3.4%), stijf worden van de schouder (frozen shoulder) (8-10%), trombosebeen/-arm (0.01%) of letsel aan structuren rond de schouder zoals zenuwen/bloedvaten;
 - binnen 6 jaar na de operatie ondergaat ongeveer 16% van de patienten opnieuw een zelfde of andere schouderoperatie.
- *Spoed:* redenen om met spoed contact op te nemen kunnen zijn: een nabloeding, onhoudbare pijn en/of tekenen van infectie (koorts, zwelling en/of uitvloed van troebel vocht/pus). U kunt te allen tijde contact opnemen via 035-6223260. Tijdens kantooruren wordt u geholpen door een assistent. Zo nodig wordt een arts-assistent of medisch specialist ingeschakeld. 's Avonds, 's nachts en in het weekeind hoort u een meldtekst met een mobiel nummer dat u kunt bellen om contact te krijgen met de dienstdoende arts.

Literatuur

1. <http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/2012/Richtlijn-SAPS.pdf>.
2. Chin et al. Anterior acromioplasty for the shoulder impingement syndrome: Long-term outcome. *J Shoulder Elbow Surg* 2007;16; p.697-700.
3. Lee et al. Current Concepts Review. The Musculoskeletal Effects of Cigarette Smoking. *J Bone Joint Surg Am* 2013; 95: p.850-9.

Gegevens kliniek

AVE Orthopedische Klinieken

Website: www.ave-orthopedischeklinieken.nl

Huizermaatweg 400A

1276 LL Huizen

(035) 622 32 60

Wij zijn 24 uur per dag bereikbaar via 035-622 32 60