



BeterGezond

Labrumfixatie

Belangrijk: neem deze folder mee als u opgenomen wordt zodat eventuele onduidelijkheden met u kunnen worden besproken!

Labrumfixatie

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.

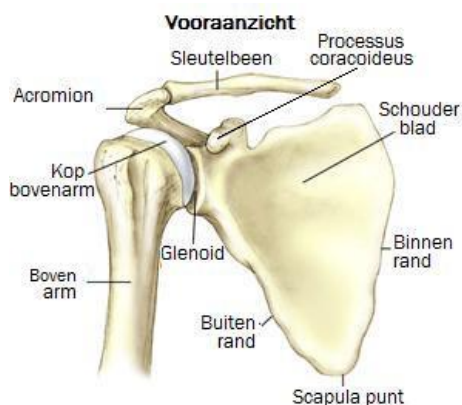
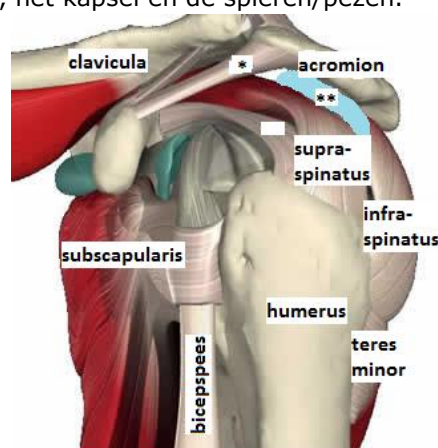


Fig.1: botten van de schouder



* lig. coraco-acromiale ** bursa subacromiale

Fig.2: zijaanzicht van de schouder

Labrumletsel

Vaak ontstaat een letsel van het labrum door een val op de uitgestrekte arm, het uit de kom gaan van de schouder of herhaaldelijke overbelasting. Er ontstaat pijn bij bepaalde bewegingen, vaak wordt een "klik" in de schouder gevoeld en bestaat (het gevoel van) instabiliteit van de schouder.

Het doel van de operatie is om de pijn weg te nemen en de stabiliteit te vergroten, waarmee hopelijk ook een toekomstige slijtage wordt voorkomen. Dit wordt bereikt door het labrum terug te hechten aan de kom van het gewricht. Ongeveer 95% van de patiënten hervat sportactiviteiten na de operatie en 93% van de patiënten is tevreden met het operatieresultaat. Wel blijft 37% van de patiënten bepaalde bewegingen vermijden na de operatie en vermindert de mogelijkheid om de arm naar buiten te draaien met 2 tot 4°.

Operatie

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. Er wordt een incisie van ongeveer 1 cm aan de voorzijde van de schouder gemaakt. Indien het labrum van onvoldoende kwaliteit is om het te hechten wordt het "glad gemaakt". Indien het labrum hechtbaar is worden één of meer botankertjes met hechtingen in de rand van de kom van het gewricht geplaatst en wordt het labrum teruggehecht. Eventuele begeleidende letsels zoals afwijkingen aan de bicepspees of het kraakbeen van het gewricht kunnen worden behandeld.

De wondjes worden gesloten met een hechting. Er worden pleisters en een shoulder immobilizer 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 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 verdooving wordt toegediend. U krijgt antibiotica 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 en niet naar buiten draaien. U mag de shoulder immobilizer overdag 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), trombosebeen/-arm (0.01%), of letsel aan structuren rond de schouder zoals zenuwen/bloedvaten;
 - bij 8-15% van de patiënten komt de instabiliteit terug.
- *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 06 – 3050 2133. 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. Gerometta et al. Arthroscopic Bankart shoulder stabilization in athletes: return to sports and functional outcomes. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2014 Apr 22.
2. Frank et al. Beach chair Versus Lateral Decubitus Position: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *Arthroscopy* 2014; 30(10); p.1349-65.
3. Lee et al. Current Concepts Review. The Musculoskeletal Effects of Cigarette Smoking. *J Bone Joint Surg Am* 2013; 95: p.850-9.
4. Moen et al. Complications in shoulder arthroscopy. *J Am Acad Orthop Surg* 2014; 22; p.410-9.

Gegevens kliniek

BeterGezond

Website: www.betergezond.net

BeterGezond

Kromgouw 78

1352 BH ALmere

Wij zijn 24 uur per dag bereikbaar via 06 – 3050 2133