



BeterGezond

Verwijderen van het uiteinde van het sleutelbeen (laterale clavicularesectie)

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

Verwijderen van het uiteinde van het sleutelbeen (laterale clavicularesectie)

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.

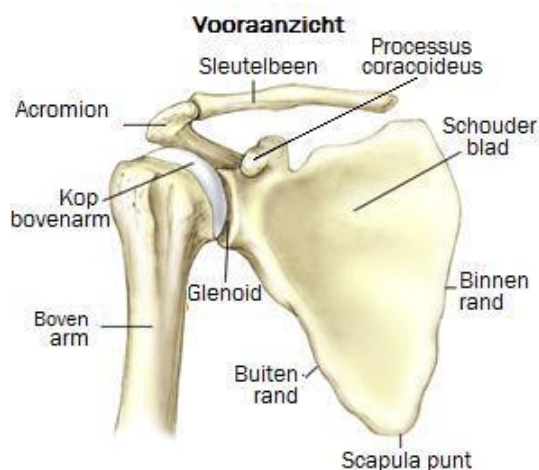
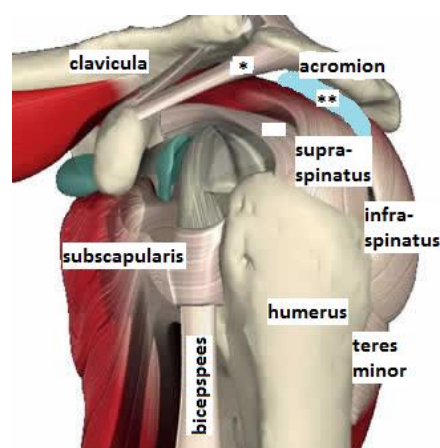


Fig.1: botten van de schouder



* lig. coraco-acromiale ** bursa subacromiale
Fig.2: zijaanzicht van de schouder

Slijtage van het acromio-claviculaire gewricht

Vaak is de oorzaak van slijtage van het acromio-claviculaire gewricht onduidelijk, soms ontstaat het ten gevolge van een vroeger doorgemaakt letsel (zoals bijvoorbeeld een botbreuk), een infectie of een auto-immuun aandoening zoals reumatoïde artritis. Ten gevolge van de slijtage wordt het gewricht vaak stijf en pijnlijk. In het algemeen is met name hoog reiken, het voor de borst langs kruizen van de arm alsmede op de schouder liggen pijnlijk.

Het doel van de operatie is om de pijn te verminderen. Dit wordt bereikt door het versleten uiteinde van het sleutelbeen te verwijderen (± 7 mm), waarna er geen bot-op-bot contact meer bestaat. De ontstane ruimte vult zich op met littekenweefsel. Bij ongeveer 75% van de patiënten is de operatie zeer succesvol en 90% ervaart een verbetering qua pijn en/of beweeglijkheid.

Operatie

Er wordt een incisie van ongeveer 6 cm over het acromio-claviculair gewricht gemaakt. Het gewrichtskapsel wordt geopend. Het buitenste stukje van het sleutelbeen wordt afgezaagd en verwijderd. Het kapsel wordt gehecht. De wond wordt gehecht. Soms worden hechtpleisters aangelegd alsmede een pleister. Vervolgens wordt een mitella of sling aangelegd.

Vorbereiding

- *Medicatie & pleisters:* voorafgaand aan de operatie heeft u een recept voor pijnstillers, pleisters en eventueel een maagbeschermer thuis gestuurd gekregen. Deze medicatie en pleisters 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 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 dient 48 uur te blijven zitten, daarna mag u deze zelf verwijderen. De eventuele hechtpleisters laat u zitten tot ze er vanzelf af vallen. Vaak produceert de wond de eerste dagen wat bloed en/of wondvocht. Zolang dit het geval is plakt u een pleister over de wond. 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:* er treden bij deze operatie slechts in een heel klein percentage complicaties op. De meest voorkomende zijn: een nabloeding/bloeduitstorting, infectie, stijf worden van de schouder (frozen shoulder), botnieuwvorming (heterotopie ossificaties), aanhoudende pijn en/of instabiliteit van het gewricht.
- *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 weekend hoort u een meldtekst met een mobiel nummer dat u kunt bellen om contact te krijgen met de dienstdoende arts.

Literatuur

1. Lee et al. Current Concepts Review. The Musculoskeletal Effects of Cigarette Smoking. *J Bone Joint Surg Am* 2013; 95: p.850-9.
2. Rabalais & McCarthy. Surgical Treatment of Symptomatic Acromioclavicular Joint Problems. A Systematic Review. *Clin.Orthop.Rel.Res.* 2007; 455: p.30-7.
3. Strauss et al. The Evaluation and Management of Failed Distal Clavicle Excision. *Sports Med Arthrosc Rev* 2010;18(3): p.213-9.
4. Stroet et al. Open laterale clavicularesectie bij acromioclaviculaire artrose: gunstige resultaten na 1 jaar. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2010;154:A2367.

Gegevens kliniek

BeterGezond

Website: www.betergezond.net

BeterGezond

Kromgouw 78

1352 BH Almere

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