

WTR bijeenkomst: De traumatische schouderluxatie

Op 16 september 2008 bestond het middagprogramma van de Werkgroep TraumaRevalidatie (WTR) uit een mini-symposium met als onderwerp: "de traumatische schouderluxatie". Deze bijeenkomst vond plaats in het ziekenhuis "de Tjongerschans" te Heerenveen en werd door Eric Lammers georganiseerd.

Ter inleiding werden door Eric Lammers aan de hand van een korte casus de problematiek en de gevolgen van de neurologische complicaties centraal gesteld.

Vervolgens werd een presentatie verzorgd door de heer M. Caffa, traumatoloog, omtrent de diagnostiek en behandeling van de acute schouderluxatie.

De incidentie op jaarbasis bedraagt bijna 15/100.000. De gemiddelde leeftijd bedraagt 39 jaar (11 – 84 jaar) en in de leeftijd van 13 – 24 jaar betreft het in 50% van de gevallen een sportongeval. De meest voorkomende schouderluxatie betreft de acute anterieure (95%). De diagnose kan aan de hand van de anamnese en het lichamelijk onderzoek worden gesteld:

1. Aard van het letsel en ongevalsmechanisme
2. Veranderde schoudercontour
3. Humeruskop niet te palperen onder acromion
4. Functieonderzoek onmogelijk

De diagnose wordt verder bevestigd door middel van beeldvorming:

1. AP schouderopname
2. Laterale scapula opname

Er werd een overzicht gegeven van de verschillende repositietechnieken, te weten: de handgreep van Hippocrates, Kocher, Stimson.

Als primaire behandeling wordt een korte immobilisatieperiode geadviseerd (maximaal 3 weken), waarbij de aangedane zijde bij voorkeur in een lichte abductie/exorotatiestand mbv een sling/orthese wordt gefixeerd, ten einde een recidief in de eerste herstelfase te voorkomen. De nabehandeling is bij voorkeur conservatief waarbij de fysiotherapie een rol kan spelen in het functioneel leren inzetten van de aangedane arm en schouder alsook het trainen van de schoudermusculatuur ter stabilisatie van het schoudergewricht, met name de rotatorcuff. Er werd nog kort stilgestaan bij begeleidende letsels zoals: Bankart lesie, rotator cuff letsel en fracturen.

Op het zenuwletsel en met name het plexus brachialis letsel werd dieper ingegaan door de heer M. Coppes, neurochirurg.

Het plexus brachialisletsel blijkt een niet veel voorkomende complicatie bij de traumatische schouderluxatie. Het traumamechanisme werd beschreven, waarbij in het merendeel van de gevallen sprake is van een grote verwijding van de hoek tussen schouder en nek/CWK. Afhankelijk van de impact van het letsel kan kneuzing of verscheuring van plexus elementen optreden. Een onderverdeling van de verschillende typen zenuwletsels werd gemaakt:

1. neuropraxia
2. axonotmesis
3. neurotmesis
4. wortelavulsie

Bij *neuropraxie* treedt in principe spontaan herstel op, als gevolg van reductie van het oedeem rond de zenuw.

Na *axonotmesis* of *neurotmesis* treedt distaal van het zenuwletsel Wallerse degeneratie op. Na *axonotmesis* treedt spontaan functioneel herstel op door uitgroei van de proximale van het letsel gelegen, intacte axonen in hun oorspronkelijke zenuwschede.

Bij de ernstige tractieletsels is verlies van axonale en basaalmembraan continuïteit over een lang traject opgetreden. Spontaan herstel is uitgesloten en er ontstaan neuomen.

Er volgde een korte beschrijving van de neurochirurgische interventie.

Bij de neurochirurgische hersteloperatie wordt het neuroom gerececeerd en vervolgens wordt een autologe donorzenuw, bij voorkeur de nervus suralis uit het onderbeen, genomen en getransplanteerd om de continuïteit tussen de twee stompen te herstellen.

Zijn spinale zenuwen uit het myelum geavulseerd dan ontbreken er proximale stompen voor transplantatie. In een dergelijk geval worden zenuwtransfers verricht. Bij een transfer wordt een zenuw doorgenomen welke buiten, maar in de nabijheid van de plexus gelegen is, en in continuïteit is met het myelum. Vervolgens wordt deze donorzenuw gecoapteerd aan een plexus eindzenuw. Intercostaal zenuwen lenen zich hier goed voor.

Tot slot werd geadviseerd de tijd tussen het ontstaan van het trauma en de verwijzing, gevolgd door een eventuele hersteloperatie zo kort mogelijk te houden voor het beste resultaat.

Als derde en laatste spreker werd door de heer N. Lubberts, fysiotherapeut, ingegaan op de fysiotherapeutische behandelprincipes. Zijn voordracht bestond in feite uit drie delen:

1. algemene fysiotherapeutische behandelprincipes en trainingsprincipes waarbij herstel van (spier-)weefsel, verbetering van kracht en conditie centraal stond,
2. uitleg rondom fysiotherapeutische interventie en oefenprogramma's ter verbetering van stabiliteit, kracht en conditie alsook functionaliteit van de schoudergordel,
3. indicatie Biodex test bij schouderproblematiek en consequenties voor het trainingstraject.

Al met al kan gesproken worden over een geslaagde middag, waarbij met name is ingegaan op de acute traumatische schouderluxatie en de daaropvolgende conservatieve, dan wel operatieve behandelprincipes. De (behandeling van de) chronische recidiverende schouderluxatie is bewust buiten beschouwing gelaten gezien het karakter van de WTR.

De volgende vergadering zal op 13 maart 2009 door collega Henk van de Meent, revalidatiearts in Nijmegen worden georganiseerd (www.ottobock.nl).

Namens de Werkgroep Traumarevalidatie,

Eric Lammers