

Reversed Schouder Prothese

Een fysiotherapeutisch revalidatieprotocol

Achtergrond: Enigszins vertraagd schema t.o.v. de anatomische schouderprothese. Bij het plaatsen van de reversed prothese (RSP) wordt er normaal gesproken geen enkele poging gedaan om laesies in cuffspieren te hechten. De kop en de kom worden omgedraaid, wat de biomechanica verandert. De deltoïdeus wordt daarmee de belangrijkste heffer van de arm en de mate van getraindheid is van wezenlijk belang.

NB. Tijdens de operatie wordt het voorste gedeelte van de deltoïdeus losgemaakt en later weer gehecht.

Bij patiënten met **tevens een 4-part fracture** wordt een reversed schouderprothese (RSP) geplaatst en worden de tuberculi (met cuffaanhechting) eventueel gerefixeerd aan de proximale humerus. Er is geen preoperatief contact geweest met de fysiotherapeut gezien de vrijwel altijd acuut ontstane situatie waarna direct een operatie heeft plaatsgevonden. De fysiotherapeut die de postoperatieve revalidatie verzorgt neemt het revalidatieprotocol en het te verwachten eindresultaat door met de patiënt, en bespreekt het belang van een actieve inzet en motivatie voor een optimaal herstel.

Algemene opbouw week 1-6.

De eerste weken moet de deltoïdeus enigszins ontzien worden. Echter vervroegd activeren zorgt voor sneller herstel, hier ligt de nadruk op in de eerste periode. De sling wordt afgebouwd binnen 3 weken om een stijve schouder te voorkomen. Actieve anteflexie: eerste 6 weken <90°. Actieve abductie: eerste 6 weken <60°.

Adductie: niet in de eerste 6 weken. Endorotatie: passief tot L5-S1, actief tot de buik. Exorotatie: limiet via operateur. Dit i.v.m. luxatie gevaar, en bij de 4-part fracture kan bij te veel exorotatie de tuberculum minor loslaten.

Medicatie: niet te snel afbouwen indien pijn belemmert in het uitvoeren van de oefeningen. Patiënten krijgen preoperatief een plexusblock en daarna intraveneuze morfine. Vaak krijgen zij oxycodon mee voor thuis.

Specifieke opbouw

Dag 1-2: ziekenhuisopname

Sling: in zit en lig mag de arm op een kussen rusten, tijdens douchen afhangende arm.

Bodybelt: mag af indien voldoende controle over de schouder (volledig uitwerken van verdoving).

Oefeningen: pendule, actief hand/elleboog/pols. Veel passieve ROM-oefeningen (exorotatie tot aan limiet operateur, geen horizontale adductie).

Overweeg cryotherapie voor pijn demping.

Educatie: neem het revalidatieprotocol en het te verwachten eindresultaat door.

Week 1: passief

Start eerstelijns fysiotherapie.

Uitbouw op dag 1-2: scapulamobilisatie en isometrische scapulastabilisatie met lichte weerstand scapula.

PROM binnen grens patiënt. Exorotatie tot aan limiet operateur, geen horizontale adductie. Endorotatie tot L5-S1; dit is de meest stabiele rotatie.

Start direct met afbouwen sling (doel = slingstop na 3 weken).

Overweeg oedeemtherapie bij veel haematomen, zeker na fractuur.

Week 2: geleid actief

Uitbouw op week 1: geleid actieve ROM <90° anteflexie, <60° abductie, exorotatie tot aan limiet operateur, geen horizontale adductie. Endorotatie mag actief tot aan de buik, passief tot L5-S1.

Place & hold oefentherapie.

Doorzetten afbouwen sling.

Week 3: overgang naar actief

Uitbouw op week 2: (geleid) actief in gesloten keten; anteflexie <90°, abductie <60°. Geen horizontale adductie. Place & hold oefeningen uitbreiden, aandacht voor de controle over de scapula in de hold-fase.

Start lichte ADL-oefeningen in pijnvrije range met minimaal extra gewicht (eten, drinken, schrijven met korte lastarm en binnen gestelde limieten).

Sling: stopt na 3 weken.

Week 4-5-6: actief

Uitbouw op week 3: AROM; anteflexie <90°, abductie <60°, exorotatie tot aan limiet operateur. Geen horizontale adductie.

Start oefenen van deltoïdeus als belangrijkste heffer van de arm, bouw op in deze 3 weken.

Start isometrisch oefenen van overige musculatuur met lichte weerstand.

Week 7: einde ROM-limieten

Vanaf nu: volledige ROM in alle richtingen, zowel actief als passief.

Aandacht voor controle over de scapula tijdens de volledige range.

Let op: omdat de RSP niet anatomisch is gevormd, is een glenohumerale anteflexie en abductie van meer dan 120 graden vaak niet haalbaar. Na **4-part fracture** vaak maximaal 90 à 100 graden.

Week 7 t/m 11: matige ADL-activiteiten tot 1 kilo

Start isometrisch oefenen in alle richtingen, met matige weerstand.

Start isotone oefeningen met weerstandsband en halters in rustige opbouw (bijv. korte lastarm).

Start -indien voldoende kracht- met uitbreiden actieve multidirectionele ROM.

Week 12 t/m 16: normale ADL-activiteiten

Start: spierversterking met weerstand uitbreiden naar maximaal toelaatbare.

Vanaf week 16 (uitloop naar 6-12 maanden, contextgebonden).

Start hobby's/ sportspecifieke training. Bouw rustig uit naar gewenste en realistische niveau.

Criteria voor stoppen therapie: "pijnvrije" actieve ROM die zelfstandig kan worden onderhouden. Maximaal mogelijke functionaliteit, kracht en uithoudingsvermogen en i.r.t. de hulpvraag van de patiënt.