

# Schouder: scapulafracturen

## Anatomie:

Glenohumerale gewricht, acromioclaviculaire gewricht, scapulothoracale gewricht.

Gecoördineerde functie door samenspel van musculatuur:

- scapulothoracale beweging: trapezius, serratus anterior, levator scapulae, rhomboïdales.
- glenohumerale beweging: rotator cuff, deltoïdeus, teres major.

Bij scapulaletsel kans op laesie nervus suprascapularis (via scapula notch innervatie van supraspinatus en via spinoglenoïd notch innervatie van infraspinatus) en nervus axillaris.

Superior schouder suspensory complex (SSSC) (Goss): bot en weke delen ring gevormd door fossa glenoïdalis, processus coracoïdeus, acromion, distale clavicula, AC-gewricht en bijbehorende ligamenten (CCL).

Als dit complex kapot is dan kan een “dropping shoulder” ontstaan.

## Incidentie/etiologie:

1% van alle fracturen. HET (direct) of indirect letsel:

- Hoog Energetisch Trauma nodig: dus let op bijkomende letsels (ribfractuur, pneumothorax).

Zeer ernstig letsel is de scapulothoracale dissociatie: bijna altijd bijkomende neurovasculaire schade (arteria subclavia en plexus brachialis).

- Indirect letsel: door hevige spiercontracties, stressfracturen.

50% scapulablad, 25% collum glenoïd, 10% fossa glenoïdalis, 7% processus acromiale en 7% processus coracoïdeus.

## Classificatie:

(ideberg) naar anatomie: fossa glenoïdalis, collum glenoïdalis, prominentiae (processus coracoïdeus, acromion) en scapulablad.

Aparte classificatie van Goss van glenoïdfractuur (zie figuren blz. 399).

Als SSSC is aangedaan dan is er grote kans op dubbel disruptie binnen dit complex. Bij dubbele disruptie is er grote kans op dislocatie van het aangedane deel. Dit geldt vooral in de buurt van het collum van het glenoïd (b.v. collum glenoïd met distale clavicula). Dan is er sprake van “floating shoulder”. Vaak volstaat het om een deel goed te fixeren (bij dit voorbeeld clavicula).

## Klinische presentatie:

A en O: pijn met immobiliteit (patiënt houdt arm tegen lichaam) ecchymosis en spierspasmen in rotator cuff door intramusculaire haemorrhagieën.

Radiologie: scapula AP, Y-scapulaire en axillaire opname.

CT geeft belangrijke aanvullende info: vooral in de buurt van fossa glenoïdalis.

## Behandeling:

Glenoïd:

Glenoïd rand (Type I) conservatief als de schouder stabiel is. Bij neiging luxatie van humeruskop opereren

met minimale osteosynthese. (De grens ligt over het algemeen bij 5 - 10 mm dislocatie van de fractuur en bij 20-30% aangedaan articulaire oppervlak)

Fossa articularis fracturen (typen II-V) moeten geopereerd als de dislocatie van fragmenten meer dan 5-10 mm. (step-off) is. Achterste benadering.

Type VI (verbrijzeling van glenoïd): opereren zinloos, vroege mobilisatie bij conservatief beleid.

Collum van Glenoïd:

Indien contained: conservatief.

Bij verplaatsing van > 10 mm. of angulatie > 40 gr. opereren (via posterieur met reconstructieplaat)

Scapulablad:

Vrijwel altijd contained en conservatief te behandelen.

Scapula prominentiae:

Conservatief indien relatief contained. Anders tension band principe toepassen.

### **Complicaties:**

Glenohumerale artritis, scapulothoracale bursitis door malunion.

## **Voeg een nieuwe reactie toe**

[Login](#) [1] of [registreer](#) [2] om te kunnen reageren

---

**Bron-URL:** <https://medic4medics.nl/nl/traumatologie/fracturen/schouder-scapulafracturen>

### **Links**

[1] <https://medic4medics.nl/nl/user/login?destination=node/%23comment-form>

[2] <https://medic4medics.nl/nl/user/register?destination=node/%23comment-form>