

Schouderluxaties

INDELING:

- voorste luxatie

Komt het meeste voor: 90-96%

Ontstaat meestal door trauma of kracht op de arm in abductie en externe rotatie

Kan ook ontstaan door een direct trauma op de achterzijde van de schouder (val op schouder)

- posterieure luxatie

Zijn meer zeldzaam

Worden vaak gemist (zowel klinisch als radiografisch)

Ontstaansmechanismen:

Trauma of kracht op een arm in adductie en interne rotatie

Meest frequent door epilepsie of andere oorzaken van plotse contractie van de posterieure schouderpijpen (electrocucie)

Kan ook ontstaan door direct stomp trauma tegen de voorzijde van de schouder (val voorover tegen een kast- of stoeprand)

- Inferieure luxatie (luxatio erecta)

Zijn zeldzaam

ontstaan bij hyperabductie en rotatie van de arm boven het hoofd,

vaak in combinatie met een rotator cuff letsel

Meestal ontstaat het bij een val van hoogte (head first) waarbij de arm boven het hoofd wordt gehouden en de eerste slag opvangt

Vaak zijn er geassocieerde neurovasculaire letsels en fracturen aanwezig

- Bijzondere aandacht dient te worden gegeven aan volgende aspecten:

Bij kinderen zijn schouderluxaties zeldzaam: Denk hierbij aan een epifysiolyse

Bij ouderen zijn luxaties vaak geassocieerd aan fracturen

LICHAMELIJK ONDERZOEK:

Onderzoek steeds herhaaldelijk op neurologische uitval, zowel van de

-plexus brachialis (motorisch en sensorisch de voorarm en hand)

-nervus axillaris (de sensibiliteit van de huid over de m. deltoideus)

Hertest de neurologische status bij aankomst en na elke manipulatiepoging

NOTEER DE NEUROLOGISCHE STATUS STEEDS DUIDELIJK EN VOLLEDIG IN HET MEDISCH DOSSIER

In functie van het soort luxatie bevindt de arm zich in een andere positie:

- Voorste luxatie:

de schouder lijkt meer hoekig te staan
het acromion is prominent zichtbaar
er is onder en voor het acromion een harde zwelling voelbaar
de arm wordt antalgisch gehouden in lichte abductie en externe rotatie

- posterieure dislocatie:
de processus coracoideus is prominent zichtbaar of voelbaar tov de andere zijde.
de humeruskop is bij palpatie vaak goed voelbaar naar posterieur toe.
de arm wordt in adductie en interne rotatie gehouden
- Inferieure luxatie (luxatio erecta):
deze is zeldzaam maar klinisch niet te missen
de arm is verkort en gefixeerd boven het hoofd en kan niet naar beneden worden gebracht.
de humeruskop is soms palpabel op de thoraxwand, vaak onder de pectoralisspier

RADIOGRAFISCH ONDERZOEK

Bij elke luxatie wordt best eerst een radiografisch onderzoek uitgevoerd, tenzij dit ernstig uitstel van de behandeling impliceert.

Er dienen minstens radiografieën in 2 richtingen te worden genomen:

- anteroposterieur
- trans-scapulair Y of axillair zicht

Bij een vermoeden van een posterieure luxatie kan men nog een bijkomende Loose-opname nemen

Waar dient men op te letten bij het bekijken van de radiografie?

-Bij een anterieure luxatie:

-Locatie van de humeruskop tov het glenoid op de trans-scapulaire Y -opname:

Op een goede trans-scapulaire Y -opname zal de humeruskop net voor het glenoid liggen.

Men ziet de scapula als een Y en de humeruskop als een cirkel.

Hierdoor zal bij een normale schouder een "mercedes-teken" zichtbaar zijn, waarin de Y netjes in de cirkel past.

Bij een anterieure luxatie ligt de cirkel voor de Y en bij een posterieure luxatie erachter.

-Fracturen van de tuberculum majus:

-aanwezig in 15-35% (meer frequent naarmate de leeftijd van de patiënt toeneemt)

-Bij aanwezigheid van fracturen neemt de complicatio ernstig toe.

Daarom worden deze luxaties indien beschikbaar best verwezen naar de orthopedisch chirurg of traumatoloog

en worden zij best onder narcose behandeld.

-Indien na de reductie de fractuur nog >1cm verplaatst is, is operatieve interventie te overwegen.

-Subcapitale fracturen vd humerus:

-Bij aanwezigheid van fracturen neemt de complicatio ernstig toe.

Daarom worden deze luxaties indien beschikbaar best verwezen naar de orthopedisch chirurg of traumatoloog

en worden zij best onder narcose behandeld.

-Hill-Sachs deformiteit: Dit is een compressiefractuur van de posterolaterale humeruskop.

Het is een handtekening van een (oude of nieuwe) anterieure schouderluxatie maar hoeft meestal

geen specifieke behandeling.

-Beenderige bancart lesie: Dit is een beschadiging van de anterieure rand van het glenoid.

Hiervoor is geen acute behandeling vereist. Bij blijvende last of instabiliteit kan dit heelkundig (arthroscopisch) worden hersteld.

-Bij een posterieure luxatie:

-helaas is deze vaak klinisch en radiografisch gemist, vooral als men enkel een anteroposterieure radiografie neemt.

-Soms is er op de anteroposterieure radiografie een kleine overlap van de humeruskop en het glenoid. Dit heet het "mensicus-teken"

-Door de gefixeerde interne rotatie van de arm zal op de anteroposterieure opname de humerus er wat anders uit zien.

Het lijkt alsof de humeruskop als een lamp op een stok staat gedraaid.

Ook dit moet dienen als alarmsignaal om bijkomende opnamen te maken.

BEHANDELING VAN DE SCHOUDERLUXATIE:

Repositionering van een anterieure schouderluxatie:

Het is belangrijk om voorzichtig te werk te gaan, teneinde geen schade te veroorzaken aan de zenuw- en vaatstructuren.

Om de repositie te doen slagen is het belangrijk dat de spieren ontspannen zijn, zodat het gewricht weer in de kom verplaatst kan worden.

Men kan deze procedure vergemakkelijken door toediening van spierrelaxerende sedativa en pijnstilling.

Er zijn drie frequent gebruikte repositietechnieken:

* Methode volgens Hippocrates:

Tractie in de lengterichting van de arm in 40-80 graden abductie terwijl via de romp tegenkracht geboden wordt.

Hiertoe slaat men een doek rond de romp en trekt men van de onaangedane zijde.

Na enige tijd verslappen de spieren en "klikt" het gewricht in de kom.

* Methode volgens Kocher:

De patiënt zit of ligt op de rug.

De arm wordt 90° gebogen en in exorotatie gebracht (75 à 90°)

De punt van de elleboog wordt voorwaarts bewogen en geadduceerd.

Wanneer de kop in de gewrichtskom neigt te gaan, wordt een endorotatie uitgevoerd[1].

* Methode volgens Stimson:

De patiënt ligt met de buik op een bank met afhangende arm.

Aan de afhangende arm kan een gewicht bevestigd worden van 5-10 kg dat tractie verzorgt. na 20-30 minuten verzwakken de spieren waardoor de schouder spontaan reduceert.

Repositionering van een posterieure schouderluxatie:

-door tractie naar caudaal, waarna exorotatie van de humerus

-De methode volgens Stimson kan hierbij eveneens worden gebruikt

repositionering van een inferieure schouderluxatie (luxatio erecta):

-Best onder narcose

-Cave: Ontstaan of verder disloceren van een bestaande subcapitale humerusfractuur met blijven vastzitten van de humeruskop tussen de ribben en de pectoralisspier.

-Patiënt in liggende houding met longitudinale tractie

-Eventuele tegenttractie door een doek over de trapeziusregio

-Voorzichtige rotatie van de humerus van 180° naar 0°

Welke farmacologische ondersteuning kunnen we gebruiken?

Sedatief:

Diazepam (Valium) 5-10mg IV

Propofol 1-2mg/kg IV

Etomidat (Hypnomidaat): 0.2mg/kg

Midazolam (Dormicum) 2-5mg IV

Pijnstillend:

Intra-articulaire infiltratie van het gewricht met lidocaine 1% 20ml: Werkt deels pijnstillend, maar helpt zelden voor een vlottere reductie)

Opioiden versterken de werking van sedativa. Zulke combinaties worden best uitgevoerd door een ervaren anesthesist of urgentiearts.

-fentanyl: 50-100 microgram IV

-Morfine: 2-8 mg IV

NABEHANDELING:

bij jongeren:

- 3 weken mitella onder de kleding (i.v.m. kans op recidief)
- daarna oefeninstructies, voorkomen maximale endorotatie.

bij ouderen:

- snel oefenen i.v.m. gevaar voor een frozen shoulder, na 1 week circumductie oefenen in mitella, endorotatie (met de hand op de rug) gedurende 3 weken voorkomen (instructies aan- en uitkleden!)

CONTROLE:

- na 1, 3 en zo nodig na 6 weken
- na repositie altijd controle foto maken

COMPLICATIES:

- spiraalfractuur humerus bij repositie volgens Kocher
- habituele luxatie (vooral bij jongeren <40 jaar: 30-50% kans!)
- bij ouderen frozen shoulder
- letsel n. axillaris

Voeg een nieuwe reactie toe

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

Bron-URL: <https://www.medics4medics.com/nl/traumatologie/luxaties/schouderluxaties>

Links

[1] <https://www.medics4medics.com/nl/user/login?destination=node/%23comment-form>

[2] <https://www.medics4medics.com/nl/user/register?destination=node/%23comment-form>