



INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE	1
KINESITHERAPEUTISCHE BEHANDELING NA EEN DISTENTIE ARTROGRAFIE	2
KINESITHERAPEUTISCHE BEHANDELING NA EEN ARTROSCOPISCHE SUBACROMIALE DECOMPRESSIE OF ACROMIOPLASTIE	3
KINESITHERAPEUTISCHE BEHANDELING NA EEN OPEN SUBACROMIALE DECOMPRESSIE OF ACROMIOPLASTIE	5
KINESITHERAPEUTISCHE BEHANDELING NA EEN ROTATOR CUFF HECHTING (VAAK IN COMBINATIE MET ACROMIOPLASTIE).....	7
KINESITHERAPEUTISCHE BEHANDELING NA STABILISATIE PROCEDURE BIJ INSTABILITEIT OF LAXITEIT	9
KINESITHERAPEUTISCHE BEHANDELING NA HERSTEL VAN BANKART LAESIE	11
KINESITHERAPEUTISCHE BEHANDELING NA EEN TOTALE SCHOUDERPROTHESE	13
VOOR VERDERE INLICHTINGEN OMTRENT DE KINESITHERAPIE	16

KINESITHERAPEUTISCHE BEHANDELING NA EEN DISTENTIE ARTROGRAFIE

Uw patiënt werd op / / aan de li/re schouder behandeld door middel van een distentieartrografie ten gevolge van frozen shoulder.

Hierbij wordt intra-articulair marcaine en een contrastvloeistof ingespoten. Onder constante RX-opname brengt men progressief meer en meer contrastvloeistof in het gewricht zodat men een ‘ballonage’ van het kapsel bekomt.

Na deze ingreep zijn mobilisaties op dezelfde dag en de daaropvolgende dagen noodzakelijk.

In het ziekenhuis werden tracties, translaties en rol-glij technieken toegepast voor exorotatie/abductie en endorotatiebeperking.

Afhankelijk van pijn en mobiliteit gebeurde dit aspecifiek/specifiek; graad 1,2,3,4; oscillerend, traag ritmisch of aanhoudend.

Deze behandeling moet herhaald worden de komende dagen eventueel aangevuld met:

- Pijnstillende therapie
- /ap/ mobilisaties dmv katrollen , stok,... (waarbij de andere arm de beweging begeleidt)
- /a/ mobilisaties dmv medische trainingstherapie
- scapulothoracale mobilisaties
- coördinatie en proprioceptieoefeningen
- functionele oefeningen

KINESITHERAPEUTISCHE BEHANDELING NA EEN ARTROSCOPISCHE SUBACROMIALE DECOMPRESSIE OF ACROMIOPLASTIE

Deze ingreep wordt uitgevoerd bij patiënten die blijvende last hebben van impingement door de inklemming van de subacromiale structuren tussen het acromion en caput humeri.

Deze operatie omvat doorgaans volgende aspecten: shaving van het acromion, resectie van lig. coracoacromiale en resectie van de bursae.

Na de operatie zijn er weinig restricties naar bepaalde bewegingen toe. Passief bewegen mag vanaf de eerste dag postoperatief, alsook pendeloefeningen. Initieel worden passieve en activopassieve bewegingen vermeden boven de 90°. De patiënt heeft onmiddellijk na de operatie een witte draagdoek, welke gedurende 4 weken moet gedragen worden. Omwille van de partiële deltoideus reïnsertie moet initieel actieve flexie en abductie vermeden worden gedurende de eerste 4 weken Geresisteerde flexie/abductie moet gedurende 6 weken vermeden worden.

De kinesitherapie bij schouderfunctieproblematiek wordt gekenmerkt door de integrale benadering van het schoudercomplex. De gehele gewricht- en bewegingsketen dient te worden betrokken in de revalidatie.

Het doel van de revalidatie is een snelle, maar vooral veilige terugkeer van de patiënt naar functionele activiteitsniveau. De integratie van functionele trainingsvormen naast herwinnen van normale mobiliteit, goede proprioceptie, neuromusculaire controle en kracht is dan ook een must.

Het behandelprotocol gaat op geleide van pijn en zwelling.

De kinebehandeling bedraagt bij deze ingreep een 3-tal maanden en bevat volgende doelstellingen:

1. **Reduceren van pijn en zwelling**: dmv ijsapplicatie, circulatieoefeningen
Zwelling is een normale weefselreactie op de operatie. Er kan extra zwelling optreden als gevolg van uitgevoerde oefeningen. Het intensief oefenen met een acuut zwellingprobleem leidt tot niets. Bij dosering van oefeningen zijn pijn, zwelling en warmte de belangrijkste parameters.
2. **Herwinnen en bevorderen van mobiliteit**: actieve en passieve mobilisaties van de schouder moeten progressief opgebouwd worden.
3. **Voorkomen van spieratrofie** en stimuleren van een **goede neuromusculaire controle**: doorgedreven krachttraining is in de initiële fase van de revalidatie nog niet aan de orde.

4. **Verbeteren van de functionaliteit**: is belangrijk om de patiënt zijn ADL op een gepaste manier te laten uitvoeren.
5. De vijfde doelstelling bestaat uit het aanbieden van **proprioceptieve en stabiliserende oefeningen**: hierbij moet men alle aspecten van de bewegingsketen gaan betrekken

De revalidatie kan men onderverdelen in vier fasen:

FASE 1: Primaire herstelfase 0-4w: Passieve mobilisaties tot 90°

- Actieve oefeningen met elleboog, pols en hand
- Actieve oefeningen van de scapula
- Houding en beweging van de CWZ en globale houdingscorrectie
- Circulatieoefeningen van de schouder: pendeloefeningen in alle richtingen
- Passieve mobilisaties van de schouder in alle richtingen

FASE 2: Beperkte belastingsfase 4-6w: Start /a/ mobilisatie

- Start /a/ mobilisatie.
- Start isometrische oefeningen en tonificatie van scapulaire spieren (geen geresisteerde flexie / abductie gedurende de eerste 6 weken postoperatief)
- Coördinatie training: Stabiliteit scapulothoracaal en normaliseren scapulothoracaal ritme. Proprioceptie en coördinatie van het schoudergewricht dmv holding en placingoefeningen

FASE 3: Beperkte – onbeperkte belastingsfase 6-9w: Volledige mobiliteit, verbeteren spierkracht en coördinatie

- Totale mobiliteit
- Krachttraining: concentrische en excentrische oefeningen van de totale spiercontractieketen (specifiek dynamisch, open/gesloten keten, kracht/withouding, ook start flexie/abductie)
- Coördinatie in open en gesloten keten oefeningen
- Beperkingen: duwen, trekken, extreem reiken, zware lasten dragen, slaan en gooien

FASE 4: Excessieve belasting 9-12w: Functie verbeteren en optimale neuromusculaire functie

- Mobiliteit: flexibiliteitstraining
- Kracht: Specifiek en eventueel mbv van uitgebreidere krachttrainingsapparaten. concentrisch/excentrisch. Open/gesloten keten. Plyometrie
- Coördinatie: overheadbewegingen en hoge acceleratie
- Functionele oefeningen naar sport en werksituatie toe

KINESITHERAPEUTISCHE BEHANDELING NA EEN OPEN SUBACROMIALE DECOMPRESSIE OF ACROMIOPLASTIE

Deze ingreep wordt uitgevoerd bij patiënten die blijvende last hebben van impingement door de inklemming van de subacromiale structuren tussen het acromion en caput humeri. Deze operatie omvat doorgaans volgende aspecten: shaving van het acromion, resectie van lig. coracoacromiale en resectie van de bursae.

Na de operatie zijn er weinig restricties naar bepaalde bewegingen toe. Passief bewegen mag vanaf de eerste dag postoperatief, alsook pendeloefeningen. Initieel worden passieve en activopassieve bewegingen vermeden boven de 90°. De patiënt heeft onmiddellijk na de operatie een witte draagdoek, welke gedurende 4 weken moet gedragen worden. Omwille van de partiële deltoideus reïnsertie moet initieel actieve flexie en abductie vermeden worden gedurende de eerste 4 weken Geresisteerde flexie/abductie moet gedurende 6 weken vermeden worden.

De kinesitherapie bij schouderfunctieproblematiek wordt gekenmerkt door de integrale benadering van het schoudercomplex. De gehele gewricht- en bewegingsketen dient te worden betrokken in de revalidatie.

Het doel van de revalidatie is een snelle, maar vooral veilige terugkeer van de patiënt naar functionele activiteitsniveau. De integratie van functionele trainingsvormen naast herwinnen van normale mobiliteit, goede proprioceptie, neuromusculaire controle en kracht is dan ook een must.

Het behandelprotocol gaat op geleide van pijn en zwelling.

De kinebehandeling bedraagt bij deze ingreep een 3-tal maanden en bevat volgende doelstellingen:

1. **Reduceren van pijn en zwelling**: dmv ijsapplicatie, circulatieoefeningen
Zwelling is een normale weefselreactie op de operatie. Er kan extra zwelling optreden als gevolg van uitgevoerde oefeningen. Het intensief oefenen met een acuut zwellingprobleem leidt tot niets. Bij dosering van oefeningen zijn pijn, zwelling en warmte de belangrijkste parameters.
2. **Herwinnen en bevorderen van mobiliteit**: actieve en passieve mobilisaties van de schouder moeten progressief opgebouwd worden.
3. **Voorkomen van spieratrofie** en stimuleren van een **goede neuromusculaire controle**: doorgedreven krachttraining is in de initiële fase van de revalidatie nog niet aan de orde.

4. **Verbeteren van de functionaliteit**: is belangrijk om de patiënt zijn ADL op een gepaste manier te laten uitvoeren.
5. De vijfde doelstelling bestaat uit het aanbieden van **proprioceptieve en stabiliserende oefeningen**: hierbij moet men alle aspecten van de bewegingsketen gaan betrekken

De revalidatie kan men onderverdelen in vier fasen:

FASE 1: Primaire herstelfase 0-4w: Passieve mobilisaties tot 90°

- Actieve oefeningen met elleboog, pols en hand
- Actieve oefeningen van de scapula
- Houding en beweging van de CWZ en globale houdingscorrectie
- Circulatieoefeningen van de schouder: pendeloefeningen in alle richtingen
- Passieve mobilisaties van de schouder in alle richtingen

FASE 2: Beperkte belastingsfase 4-6w: Start /a/ mobilisatie

- Start /a/ mobilisatie.
- Start isometrische oefeningen en tonificatie van scapulaire spieren (geen geresisteerde flexie / abductie gedurende de eerste 6 weken postoperatief)
- Coördinatieoefeningen: Stabiliteit scapulothoracaal en normaliseren scapulothoracaal ritme. Proprioceptie en coördinatie van het schoudergewricht dmv houding en placingoefeningen

FASE 3: Beperkte – onbeperkte belastingsfase 6-9w: Volledige mobiliteit, verbeteren spierkracht en coördinatie

- Totale mobiliteit
- Krachttraining: concentrische en excentrische oefeningen van de totale spiercontractieketen (specifiek dynamisch, open/gesloten keten, kracht/withouding, ook start flexie/abductie)
- Coördinatie in open en gesloten keten oefeningen
- Beperkingen: duwen, trekken, extreem reiken, zware lasten dragen, slaan en gooien

FASE 4: Excessieve belasting 9-12w: Functie verbeteren en optimale neuromusculaire functie

- Mobiliteit: flexibiliteitstraining
- Kracht: Specifiek en eventueel mbv van uitgebreidere krachttrainingsapparaten. concentrisch/excentrisch. Open/gesloten keten. Plyometrie
- Coördinatie: overheadbewegingen en hoge acceleratie
- Functionele oefeningen naar sport en werksituatie toe

KINESITHERAPEUTISCHE BEHANDELING NA EEN ROTATOR CUFF HECHTING (VAAK IN COMBINATIE MET ACROMIOPLASTIE)

Door het continue inklemmen van de rotator cuff pezen tussen het acromion en het caput humeri kan er een scheur ontstaan in deze spieren (vnl. m. supraspinatus). De operatieve behandeling bestaat uit een hechting van de pezen en wegnemen van de inklemming door het shaven van de onderrand van het acromion.

Afhankelijk van de grootte van de scheur wordt er al dan niet een restrictief programma gevolgd.

Bij een kleinere scheur dragen de patiënten een blauwe draagdoek. Deze wordt meestal gedragen voor minstens 4 weken. Daarna wordt deze progressief weggelaten. Gedurende de eerste 6 weken postoperatief zijn alleen passieve oefeningen toegestaan, tenzij anders vermeld. Pendelen en passieve mobilisaties door de therapeut zelf ofwel dmv. katrollen of andere hulpmiddelen waarbij de andere arm de beweging leidt zijn toegelaten. Na 4 weken wordt de draagdoek weggelaten en kan overgegaan worden op intensievere kine. Vanaf de 6^e week postoperatief zijn actieve oefeningen toegestaan, tenzij anders vermeld. Tonificatioefeningen starten vanaf de 3^e maand postoperatief.

(Grotere scheuren zijn daarentegen moeilijker te hechten en een te grote spanning treedt op indien de arm passief geadduceerd wordt. Om deze reden krijgt de patiënt onmiddellijk postoperatief een abductiekussen. De arm blijft in abductie en anteflexie. De patiënt moet zijn arm goed ontspannen laten rusten op het kussen. De patiënt mag pendelen en passieve mobilisaties zijn toegestaan.

Het abductiekussen wordt doorgaans tussen drie à vier weken dag en nacht gedragen.

De kinesitherapie bij schouderfunctieproblematiek wordt gekenmerkt door de integrale benadering van het schoudercomplex. De gehele gewricht- en bewegingsketen dient te worden betrokken in de revalidatie.

Het doel van de revalidatie is een snelle, maar vooral veilige terugkeer van de patiënt naar functionele activiteitsniveau. De integratie van functionele trainingvormen naast hewinnen van normale mobiliteit, goede proprioceptie, neuromusculaire controle en kracht is dan ook een must.

De kinebehandeling de volgende doelstellingen:

1. **Reduceren van pijn en zwelling**: dmv ijsapplicatie, circulatie-oefeningen
Zwelling is een normale weefselreactie op de operatie. Er kan extra zwelling optreden als gevolg van uitgevoerde oefeningen. Het intensief oefenen met een acuut zwellingprobleem leidt tot niets. Bij dosering van oefeningen zijn pijn, zwelling en warmte de belangrijkste parameters
2. **Herwinnen en bevorderen van mobiliteit**: actieve en passieve mobilisaties van de schouder moeten progressief opgebouwd worden.
3. **Voorkomen van spieratrofie** en stimuleren van een **goede neuromusculaire controle**: doorgedreven krachttraining is in de initiële fase van de revalidatie nog niet aan de orde.

4. **Verbeteren van de functionaliteit**: is belangrijk om de patiënt zijn ADL op een gepaste manier te laten uitvoeren.
5. De vijfde doelstelling bestaat uit het aanbieden van **proprioceptieve en stabiliserende oefeningen**: hierbij moet men alle aspecten van de bewegingsketen gaan betrekken

0-6 weken: Doel: mobiliteit verbeteren

- /a/ oefeningen van elleboog, pols en hand
- /a/ oefeningen van de scapula en houdingscorrectie
- circulatieoefeningen voor de schouder: pendelen in alle richtingen
- /p/ mobilisaties in alle richtingen

6-9 weken: Doel: actieve mobiliteit en spierwerk verbeteren

- mobiliteit: accentverschuiving naar meer /a/ mobilisatie
- Spiertraining: start oefentherapie met lage weerstand en accent op mobiliteit. Hier is nog geen sprake van krachttraining.!!!
- Coördinatie: stabiliteit scapulothoracaal, normaliseren scapulothoracaal ritme. Start proprioceptie schouder dmv. holding en placing

9-12 weken: Doel: volledige ROM.

- Mobiliteit: volledige /a/ mobiliteit nastreven
- Start isometrische oefeningen
- Uitwerken proprioceptie

Vanaf 12^e week: Doel: Opstarten tonificatieoefeningen

- Mobiliteit: flexibiliteitstraining
- Krachttraining: Start oefentherapie voor de totale spiercontractieketen met goede verhouding kracht/uthouding. Overgang van isometrisch, naar concentrische en excentrische oefeningen. Afwisseling tussen open en gesloten keten oefeningen.

Verder uitwerken naar meer functionele oefeningen, naar werk en sportsituatie toe, evenals overheadse bewegingen met goede coördinatie.

KINESITHERAPEUTISCHE BEHANDELING NA STABILISATIE PROCEDURE BIJ INSTABILITEIT OF LAXITEIT

Wanneer het lichaam de translatie van de humeruskop niet kan controleren in een dynamische situatie, spreekt men van instabiliteit.

Bij het falen van conservatieve therapie of bij te grote instabiliteit kan worden overgegaan op een operatieve ingreep.

Meest frequent wordt een inferior capsular shift uitgevoerd, waarbij het kapsel rond de schouder wordt verkleind. Shrinkage van het kapsel door middel van de laser komt min of meer op hetzelfde neer.

Deze patiënten hebben een strikt immobilisatiebeleid. Een blauwe draagdoek wordt onmiddellijk postoperatief gedragen.

De arm mag niet afhangen, pendelen mag niet en de arm mag niet geexoroteerd worden.

Slechts beperkte abductie en beperkte elevatie is toegelaten voor het dagelijks toilet, maar dit steeds in ondersteunde positie.

Deze restricties zijn noodzakelijk gedurende de eerste vier weken na de operatie. Pas dan is het litteken minimaal geheeld.

Tussen de 4^e en 6^e week worden nog steeds restricties naar exorotatie toe ingebouwd.

De restrictieperiode is na 6 weken grotendeels voorbij (litteken pas dan voldoende belastbaar) en kan de revalidatie gestart worden.

Aktieve oefeningen van elleboog, pols en hand dienen wel postoperatief gestimuleerd te worden postoperatief.

OEFENSHEMA:

0-4 weken postoperatief: strikt immobilisatiebeleid

- Blauwe draagdoek
- Arm continu ondersteunen, arm niet laten afhangen
- Geen exorotatie
- Slechts beperkte abductie en beperkte elevatie toegestaan voor dagelijks toilet
- /a/ oefeningen elleboog, pols en hand
- oefeningen voor CWZ en houdingscorrectie

4-6 weken: patiënt mag draagdoek achterwege laten en zelf wat bewegen

6-9 weken postoperatief: start kine, nog steeds restricties naar exorotatie toe

- /a/ oefeningen elleboog, pols en hand
- oefeningen voor CWZ en houdingscorrectie
- /p/ en /ap/ mobilisatie schouder, geen exorotatie voorbij de neutrale stand
- /a/ oefeningen scapula
- isometrische krachtoefeningen voor de rotator-cuff spieren

9-12 weken postoperatief: accentverschuiving naar meer /a/ mobilisatie, ook naar exorotatie

- /a/ mobilisatie
- start oefentherapie met lage weerstand en accent op mobiliteit
- coördinatie: stabiliteit scapulothoracaal, normaliseren scapulohumeraal ritme
start proprioceptie dmv. holding en placing

na 12 weken postoperatief: volledige mobiliteit nastreven

- /a/ mobilisatie in alle richtingen
- Optrainen rotator-cuff spieren: statisch/dynamisch, excentrisch/concentrisch, volledige spiercontractieketen met goede verhouding kracht/withouding
- Uitwerken proprioceptie en coördinatie in meer dynamische situaties
- geleidelijk overgaan op meer functionele en sportspecifieke oefeningen zoals plyometrie,...

Vanaf 5^e - 6^e maand: Sporthervatting

KINESITHERAPEUTISCHE BEHANDELING NA HERSTEL VAN BANKART LAESIE

Bij een Bankart- herstel zal de chirurg het anterieure labrum refixeren op het glenoid.

Deze patiënten hebben een strikt immobilisatiebeleid. Een blauwe draagdoek wordt onmiddellijk postoperatief gedragen.

De arm mag niet afhangen, pendelen mag niet en de arm mag niet geëxoroteerd worden.

Slechts beperkte abductie en beperkte elevatie is toegelaten voor het dagelijks toilet, maar dit steeds in ondersteunde positie.

Deze restricties zijn noodzakelijk gedurende de eerste vier weken na de operatie. Pas dan is het litteken minimaal geheeld.

Tussen de 4^e en 6^e week worden nog steeds restricties naar exorotatie toe ingebouwd.

De restrictieperiode is na 6 weken grotendeels voorbij (litteken pas dan voldoende belastbaar) en kan er met de revalidatie gestart worden..

Aktieve oefeningen van elleboog, pols en hand dienen wel postoperatief gestimuleerd te worden.

OEFENSHEMA:

0-4 weken postoperatief: strikt immobilisatiebeleid

- Blauwe draagdoek
- Arm continu ondersteunen, arm niet laten afhangen
- Geen exorotatie
- Slechts beperkte abductie en beperkte elevatie toegestaan voor dagelijks toilet.
- /a/ oefeningen elleboog, pols en hand
- oefeningen voor CWZ en houdingscorrectie

4-6 weken: patiënt mag draagdoek achterwege laten en zelf wat bewegen

6-9 weken postoperatief: start kine, nog steeds restricties naar exorotatie toe

- /a/ oefeningen elleboog, pols en hand
- oefeningen voor CWZ en houdingscorrectie
- /p/ en /ap/ mobilisatie schouder, geen exorotatie voorbij de neutrale stand.
- /a/ oefeningen scapula
- isometrische krachtoefeningen voor de rotator-cuff spieren

9-12 weken postoperatief: accentverschuiving naar meer /a/ mobilisatie, ook naar exorotatie

- /a/ mobilisatie
- start oefentherapie met lage weerstand en accent op mobiliteit
- coördinatie: stabiliteit scapulothoracaal, normaliseren scapulohumeraal ritme
start proprioceptie dmv. holding en placing

na 12 weken postoperatief: volledige mobiliteit nastreven

- /a/ mobilisatie in alle richtingen
- Optrainen rotator-cuff spieren: statisch/dynamisch, excentrisch/concentrisch, volledige spiercontractieketen met goede verhouding kracht/withouding
- Uitwerken proprioceptie en coördinatie in meer dynamische situaties
- geleidelijk overgaan op meer functionele en sportspecifieke oefeningen zoals plyometrie,...

Vanaf 5^e-6^e maand: sporthervatting

KINESITHERAPEUTISCHE BEHANDELING NA EEN TOTALE SCHOUDERPROTHESE

Pijn in combinatie met een ernstige radiologische aantasting van het gleno-humerale gewricht is een belangrijke indicatie voor een schouderprothese. De pijn gaat vaak samen met ernstige bewegingsbeperkingen. De oorzaken kunnen zijn: reumatoïde artritis, artrose, posttraumatisch,...

De schouderprothese zal in aanzienlijke mate de pijn en de functie van de patiënt verbeteren. De gewrichtsbewegelijkheid volledig herwinnen blijft veelal een utopie.

Het kan verschillende weken tot maanden duren vooraleer de patiënt voordeel van de operatie ondervindt.

De revalidatie postoperatief is afhankelijk van de toegangsweg die de chirurg gebruikt heeft. Bij anterieure (delto-pectorale groeve) toegangsweg werd m. subscapularis doorgesneden om zo de prothese te plaatsen. Nadien werd deze wel gehecht. Dit is de reden waarom exorotatie van de schouder de eerste drie weken niet is toegelaten. Na drie weken mag de schouder geëxoroteerd worden tot neutrale stand en na zes weken progressief voorbij de neutrale stand. Postoperatief is het dragen van een draagdoek waarin de arm tegen het lichaam wordt gehouden aangewezen. Deze draagdoek wordt minimaal 2 weken gedragen. Soms is het aangewezen de arm op een kussen te ondersteunen voor maximaal 6 weken. (bij gelijktijdig rotator-cuff-herstel)

Bewegingen van elleboog, pols en hand worden postoperatief gestart. Meestal worden passieve oefeningen postoperatief al gestart, afhankelijk van de stevigheid van de fixatie.

De kinesitherapie bij schouderfunctieproblematiek wordt gekenmerkt door de integrale benadering van het schoudercomplex. De gehele gewricht- en bewegingsketen dient te worden betrokken in de revalidatie.

Het doel van de revalidatie is een snelle, maar vooral veilige terugkeer van de patiënt naar functionele activiteitsniveau. De integratie van functionele trainingvormen naast herwinnen van normale mobiliteit, goede proprioceptie, neuromusculaire controle en kracht is dan ook een must

Bij de mobilisatie moet het gleno-humerale gewricht specifiek gemobiliseerd worden door goede fixatie van de scapula. Pendelen en katrollen kunnen misschien wel veel gebruikte manieren zijn om de beweeglijkheid te herstellen, maar zijn onvoldoende om het gewricht optimaal te mobiliseren.

De stabiliserende rol van de rotator-cuff spieren is van groot belang. Na 6 weken dient hier intensief op geoefend worden.

De kinebehandeling bedraagt bij deze ingreep een 6-tal maanden en bevat volgende doelstellingen:

1. **Reduceren van pijn en zwelling**: dmv hoogstand, ijsapplicatie, circulatieoefeningen
Zwelling is een normale weefselreactie op de operatie. Er kan extra zwelling optreden als gevolg van uitgevoerde oefeningen. Het intensief oefenen met een acuut zwellingprobleem leidt tot niets. Bij dosering van oefeningen zijn pijn, zwelling en warmte de belangrijkste parameters.
2. **Herwinnen en bevorderen van mobiliteit**: actieve en passieve mobilisaties van de schouder moeten progressief opgebouwd worden. Herwinnen van de volledige mobiliteit is niet mogelijk. Terugkeer naar een functionele ROM is de doelstelling.
3. **Voorkomen van spieratrofie** en stimuleren van een **goede neuromusculaire controle**: doorgedreven krachttraining is in de initiële fase van de revalidatie nog niet aan de orde. Er is een belangrijke rol weggelegd voor de rotator-cuff spieren, welke een stabiliserende werking hebben van het gleno-humerale gewricht. Deze worden vanaf de 6^e week postoperatief goed geoefend.
4. **Verbeteren van de functionaliteit**: is belangrijk om de patiënt zijn ADL op een gepaste manier te laten uitvoeren.
5. De vijfde doelstelling bestaat uit het aanbieden van **proprioceptieve en stabiliserende oefeningen**: hierbij moet men alle aspecten van de bewegingsketen gaan betrekken

0-3 weken postoperatief: Risicoperiode omwille van de hechting van m. subscapularis

d.w.z. geen /a/ endorotatie
geen exorotatie

1^o dag postoperatief: mobilisatie van elleboog, pols en hand in draagdoek pendelen in alle richtingen

3^o dag postoperatief: /p/ en /ap/ mobilisatie met goede fixatie scapula

Belang van goede houding en mobilisatie cervicale wervelzuil.

3-6 weken postoperatief: Belastbaar litteken m. subscapularis d.w.z. meer intensere /p/ mobilisaties met steeds goede fixatie van scapula.

Doel: mobiliteit: >90° anteflexie en ≈ 90° abductie

Oefeningen: /a/ oefeningen voor elleboog, pols, hand
/a/ oefeningen scapula
pendeloefeningen
/a/ mobilisaties in alle richtingen, behalve: geen /a/ endorotatie
en geen exorotatie voorbij de neutrale stand

Na 6 weken: uitgebreider op mobiliteit werken en start oefeningen voor de rotator-cuff spieren evenals start coördinatie en proprioceptieoefeningen.

Oefeningen: /a/ mobilisaties in alle richtingen
Functionele mobilisaties
Actief spierwerk van rotator-cuff spieren d.m.v. medische trainingstherapie (eerst aandacht voor mobiliteit en vervolgens meer overgaan op kracht/withouding)
Coördinatie training: Stabiliteit scapulothoracaal en normaliseren scapulothoracaal ritme.
Proprioceptie van het schoudergewricht dmv holding en placingoefeningen en overgang open/gesloten keten oefeningen

Geleidelijk de oefeningen intensifiëren

VOOR VERDERE INLICHTINGEN OMTRENT DE KINESITHERAPIE

Marc Lievens
Lic. kinesitheapeut
UZ Pellenberg
016/33.22.11
+ 1838117

Roland Uytterhoeven
Lic. Kinesitherapie
UZ Pellenberg
016/32.91.12
+ 1838137

Stijn Vereecken
Lic. Kinesitherapie
SMAC
16/32.91.12

Met medewerking van:

Bart Tirez
Ellen Schurink