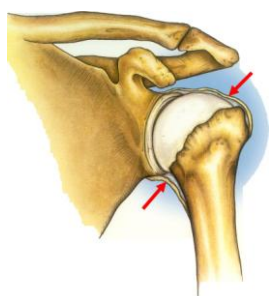


Frozen shoulder, Capsulitis Adhesiva, Stijve Schouder



De term frozen shoulder komt uit het Engels. Deze term slaat niet op de temperatuur van de schouder ("bevroren schouder") maar op de stijfheid van het schoudergewricht. Er is sprake van een te strak kapsel. Doordat het kapsel niet genoeg lengte heeft kan de kop niet goed genoeg bewegen. De oorzaak is niet altijd bekend. Er zijn situaties met een aanwijsbare oorzaak zoals na een botbreuk of andere schouderaandoening (bijv. na een slijmbeursontsteking / impingement) of na een periode van lange rust (immobilisatie).

We spreken dan over een secundaire frozen schouder. Er zijn ook schouders die stijf worden zonder enige aanleiding (primaire of idiopathische frozen shoulder). Dit wordt vaker gezien bij suikerziekte, schildklierziekten en bij de ziekte van Dupuytren. Er is dan sprake van een kapselontsteking waardoor het kapsel verkort raakt (capsulitis adhesiva).



Frozen schouders komen vaker voor bij vrouwen, meestal tussen 40 en 70 jaar. In 12 -30%

van de gevallen komt dit dubbelzijdig voor (op verschillende tijdstippen). De incidentie is ongeveer 2-5%.

De **klachten** bestaan uit (hevige) pijn die u 's nachts uit de slaap kan houden en die verergert bij bewegen van de arm. Er kan uitstraling zijn naar de

nek, de bovenarm of de hand en tintelingen in de hand. De pijn wordt met name ervaren in de bovenarm. De schouder verstijft geleidelijk.

De mate van stijfheid bepaalt de mate van de bewegingsbeperking.

In het verloop van de aandoening worden **drie stadia** onderscheiden die elkaar opvolgen.

In het **eerste stadium** ("freezing" fase) staat pijn en de ontsteking van het gewrichtskapsel (capsulitis) op de voorgrond. De duur van dit stadium kan variëren van 6 weken tot 9 maanden.

In het **volgende stadium** ("frozen" fase) komt de verstijving van de schouder op de voorgrond te staan. De pijn vermindert, maar de schouderfunctie raakt sterk beperkt. Deze fase duurt gemiddeld 4 tot 9 maanden.

In het **laatste stadium** ("thawing" fase) treedt er geleidelijk herstel op van de beweeglijkheid van het schoudergewricht. Uiteindelijk kan de functie volledig herstellen. De duur van dit stadium kan uiteenlopen van 5 tot 26 maanden.

Stellen van de diagnose

De diagnose is eenvoudig te stellen bij lichamelijk onderzoek. Er is namelijk een forse bewegingsbeperking van het schoudergewricht met name wat betreft de draaibewegingen (rotaties).

Volgens de criteria in de literatuur is er sprake van een "echte" frozen shoulder, indien er gedurende meer dan drie maanden schouderklachten zijn en een bewegingsbeperking van meer dan 50% in heffen naar voor of naar opzij of in draaien naar buiten (exorotatie).

In de praktijk komen vaak situaties voor waarbij de beperking minder is dan 50%, maar die wel berusten op dezelfde aandoening (gedeeltelijke frozen schouder). De behandeling is overeenkomstig.

Behandeling

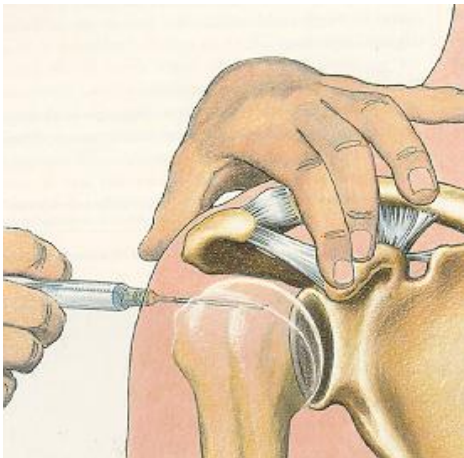
Het natuurlijk beloop van een (primaire) frozen shoulder is gunstig maar pijnlijk en langdurig. Bij een spontaan beloop herstelt de schouder binnen een periode van 1½ tot 3 jaar. De

beweeglijkheid herstelt over het algemeen goed, tenzij er een oorzaak aan ten grondslag ligt die een normale functie belemmert (secundaire frozen shoulder). Zo kan een schouder bijvoorbeeld een bewegingsbeperking houden na een botbreuk (fractuur) waarbij de breuk niet in een goede stand genezen is en dus een normale beweeglijkheid niet meer mogelijk is.

Over de zin van **fysiotherapie** bestaan 2 meningen. Er is een stroming die adviseert niets te doen omdat de schouder na lange tijd spontaan herstelt. In een onderzoek waarbij twee groepen mensen met stijve schouders vergeleken werden bleek dat de pijn bij een gemiddelde fysiotherapeutische behandeling juist erger was dan in de groep zonder fysiotherapie. De duur van het herstel was in beide groepen hetzelfde en dus niet langer in de groep zonder therapie.

Volgens ander wetenschappelijk onderzoek blijkt dat specialistische fysiotherapeutische mobilisatie-technieken de schouder juist sneller kunnen laten herstellen. Binnen een periode van 3 maanden neemt de beweeglijkheid meestal fors toe en de pijn overeenkomstig af.

Ontstekingsremmende **injecties** met corticosteroiden intra-articulair (*in het gewricht*) kunnen in de eerste fase (ontstekingsfase) zeer nuttig zijn. De freezing fase kan hiermee sterk bekort worden. Hoewel het na een injectie nog steeds wel lang duurt voordat de beweeglijkheid van de schouder hersteld is, krijgt de patiënt minder pijn en verbetert de mobiliteit. Daardoor is de herstelperiode veel comfortabeler te overbruggen en is men sneller minder geïnvaleerd.



In uitzonderlijke hardnekkige gevallen kan de schouder onder narcose worden **doorbewogen**. Mogelijke risico's van deze behandeling zijn zenuwoverrekking, pijn en terugval naar het oorspronkelijke niveau. Bij de methode zoals die in het Rijnland Ziekenhuis wordt toegepast onder een regionale verdoving met uitsluitend manipulatie van de

schouderkop, hebben zich tot op heden geen van bovengenoemde complicaties voorgedaan. Hoewel de ervaring leert dat deze behandeling in het algemeen niet nodig is, kan doorbewegen bij hardnekkige gevallen, zoals bij suikerziekte (Diabetes Mellitus), een aanmerkelijke versnelling van het functioneel herstel geven.

Ook het artroscopisch volledig los maken van het kapsel is een gebruikte methode. Echter dit is zelden nodig en bovendien is ook na **operatief** losmaken kans op terugval, omdat de eveneens verkorte spieren niet door deze operatie verlengd worden. De schouders die het best verbeteren op een operatieve behandeling zijn de posttraumatisch stijve schouders. Primaire frozen schouders hebben doorgaans een slechte reactie op een artroscopische release.

Voor zowel het doorbewegen als de operatie geldt dat dit pas zin heeft wanneer de ontsteking van de schouder tot rust is gekomen (dus na de freezing fase).