**Schouderinstabiliteit**

Key-points

* Schouderluxaties komen veel voor en hebben bij (jonge) atleten een grote kans op recidiveren.
* De kans op een recidief bij atleten is tot 7x kleiner na een operatieve stabilisatie.
* Sporthervatting na een stabilisatie kan na ongeveer 4-6 maanden.

Achtergrond

Het schoudergewricht is het vaakst luxerende gewricht, en luxeert bij ongeveer 1,7% van de bevolking. Mannelijk geslacht, jonge leeftijd en contactsporten zijn allen risicofactoren voor het ontwikkelen van instabiliteit na een schouderluxatie. Bij de ‘instabiele schouder’ is er in meer dan 90% sprake van anterieure instabiliteit en is een trauma de oorzaak. Bij traumatische instabiliteit is er sprake van een letsel aan bot, rotator cuff, labrum, kapsel of ligamenten. Daarnaast kan instabiliteit het gevolg zijn van atraumatische decompensatie van de schouder stabilisatoren. Deze laatste vorm is meer geassocieerd met multidirectionele laxiteit. Een laatste groep heeft geen structurele afwijkingen aan de schouder, maar een slechte neuromusculaire controle. In dit artikel gaan we in op anterieure schouderinstabiliteit, wat het meest bij atleten wordt gezien.

Work-up

Anamnestisch is het belangrijk om te weten of er een trauma is geweest, op welke leeftijd de eerste schouderluxatie was, hoe vaak de schouder geluxeerd is en in welke richting. Klinische testen voor schouderinstabiliteit zijn de apprehension-relocation-release test (anterieure instabiliteit), Kim test en Jerk test (posterieure instabiliteit). Het sulcus sign en de load-and-shift test zeggen iets over gewrichtslaxiteit [(zie link)](https://www.physio-pedia.com/Shoulder_Instability). Daarnaast moet aandacht zijn voor beweeglijkheid, eventuele [rotator cuff ruptuur](https://www.sportmedischnetwerk.nl/rotator-cuff-ruptuur/) en neurovasculaire status van de arm. Aanvullend onderzoek begint met röntgenfoto’s om afwijkingen aan glenoid en humeruskop (bijv. Hill-Sachs, Bankart, etc) te identificeren. Om de grootte van ossale defecten beter te beoordelen kan een CT-scan gemaakt worden. De MRI scan is zinvol voor het aantonen van weke delen problemen zoals labrum, rotator cuff en glenohumerale ligamenten.

Behandeling

*Conservatief*

Oefentherapie is met name effectief voor patiënten met atraumatische subluxaties, en/of een neuromusculaire aandoening. Soms wordt een conservatief programma overwogen bij een (prof)sporter aan het begin van het seizoen, waarbij er geen ossale component is en 3 weken oefentherapie een goed resultaat geeft. Deze atleten moet echter altijd geïnformeerd worden dat er grote kans is op recidief schouderluxaties (3-7x groter dan na operatieve stabilisatie). Oefentherapie begint met het versterken van de rotator cuff, m. deltoideus en scapulamobilisatoren. Het is belangrijk om de posities waarin de schouder kan (sub)luxeren te vermijden. Activiteiten als zwemmen en roeien kunnen helpen bij verkrijgen van neuromusculaire controle (in de kinetische keten).

*Operatief*

Is aanbevolen bij structurele afwijkingen, of als er klachten persisteren ondanks fysiotherapie. Er zijn grofweg 2 soorten stabiliserende operaties: weke delen repairs en ossale augmentatie. De weke delen repair betreft in de meeste gevallen een Bankart repair (voorste labrum refixatie). Deze ingreep kan zowel open als arthroscopische worden gedaan. Voordeel van arthroscopische is dat eventuele nevenpathologie (zoals SLAP laesies of rotator cuff ruptuur) ook kan worden geïdentificeerd en behandeld. Ossale augmentatie is over het algemeen geïndiceerd in het geval van grotere (>20% oppervlakte) ossale fragmenten van het glenoid, of bij kleinere (0-20% oppervlakte) van het glenoid bij hoog-risico patiënten (contactsport, bovenhandse atleten). Meestal wordt er een Bristow-Latarjet of gemodificeerde Latarjet procedure gedaan, waarbij een deel van het coracoid voor het anterieure glenoid wordt gefixeerd.

Nabehandeling / sporthervatting

*Conservatief*

Na een schouderluxatie die conservatief behandeld wordt kan het schema er als volgt uit zien:

- Eerste week mitella en range-of-motion oefeningen.

- Tweede week trainen dynamische schouderstabilisatoren, rotator cuff en scapulothoracale oefentherapie.

- Na 3 weken return to sports.

*Operatief*

Na een operatieve stabilisatie is de return to sports ongeveer 4-6 maanden en kan het schema er als volgt uit zien:

- Maand 1 mitella en isometrische spiercontracties.

- Maand 2 passieve ROM en proprioceptie oefeningen.

- Maand 3 actieve range-of-motion oefeningen met progressieve weerstand (dynamische schouderstabilisatoren, rotator cuff en scapulothoracale oefentherapie).

- Maand 4 oefentherapie uitbreiden en sportspecifiek gaan trainen.

- >4 maanden volledig sporten als abductie en exorotatie kracht gelijk is aan contralateraal.

Literatuur

* [Cools AM et al. Evidence-based rehabilitation of athletes with glenohumeral instability. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2015 19;24:382–389](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26704789)
* [Thangarajah T et al. Management of the unstable shoulder. British Journal of Sports Medicine 2016 16;5:440–447](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26023096)
* [Watson S et al. A Clinical Review of Return-to-Play Considerations After Anterior Shoulder Dislocation. Sports Health: A Multidisciplinary Approach 2nd ed. 2016 23;8:336–341](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27255423)