**Scapula dyskinesie**

Key-points

* De scapula speelt een essentiële rol in de kinetische keten van de bovenste extremiteit. Afwijkende positie en beweging van de scapula worden ook wel scapula dyskinesie genoemd.
* Bij lichamelijk onderzoek wordt de scapula zowel in rustpositie als tijdens bewegingen geobserveerd. De Scapula Assistence Test (SAT) en Scapula Retractie Test (SRT) kunnen de rol van de scapula in de pijnlijke schouder verder duiden.
* Behandeling van scapula dyskinesie is vooral zinvol als er geen pathologisch anatomisch substraat voor de dyskinesie is, en is altijd conservatief.

Achtergrond

De scapula speelt een essentiële rol in de kinetische keten van de bovenste extremiteit, aangezien het de brug vormt tussen de energie-producerende spieren van de benen en romp en anderzijds de energie-leverende spieren van de arm. Daarnaast zorgt het voor een stabiele glenohumerale articulatie en is het de basis van de rotator cuff musculatuur. De belangrijkste stabilisatoren van de scapula zijn de m. Trapezius, m. Serratus anterior en m. Rhomboideus. Bewegingen van de scapula zijn vaak complex omdat het over meerdere assen (translatie en rotatie) tegelijk gaat. Afwijkende positie en bewegingen worden ook wel scapula dyskinesie genoemd. Vaak is scapula dyskinesie een niet-specifieke reactie op een pijnlijke aandoening in de schouder of het gevolg van een anatomische verstoring (bijvoorbeeld een clavicula fractuur of AC-luxatie). Anderzijds zorgt een scapula dyskinesie er ook voor dat de scapula zijn taken in de schouderbeweging minder goed kan volbrengen.

Work-up

Anamnestisch kan de patiënt zich presenteren met een divers scala aan klachten van de schouder. Het scapula-onderzoek wordt met name van achter de patiënt gedaan, waarbij het belangrijk is dat de schouder/scapula ontbloot is. De rust-positie van de scapula moet worden beoordeeld op asymmetrie en met name of er sprake is van een afstaande (infero)mediale scapularand. Dynamisch onderzoek vindt plaats door de patiënt 3-5 keer (evt met een gewicht in de hand) te laten anteflecteren, waarbij weer gelet wordt op asymmetrie en prominentie van de mediale scapularand. De [Scapula Assistence Test](https://www.youtube.com/watch?v=pfXdmXL9ouM) (SAT) en [Scapula Retractie Test](https://www.youtube.com/watch?v=tyxDTbVn_gg) (SRT) beoordelen de rol die scapula dyskinesie speelt in het gehele klachtenpatroon van de schouder. Bij de SAT worden bewegingen van de scapula ondersteund (elevatie en posterior tilt) bij het anteflecteren van de arm. Indien hierbij minder pijn aanwezig is, is dit een teken dat de scapula dyskinesie een rol speelt bij schouder impingement en cuff rupturen. Bij de SRT wordt de scapula juist gestabiliseerd (in retractie) tijdens het testen van cuff kracht en labrum testen. Indien de kracht of stabiliteit beter is, dan is er sprake van een positieve SRT, wat een teken kan zijn dat de scapula dyskinesie een rol speelt bij cuff dan wel labrum pathologie. Scapula dyskinesie is een klinische diagnose en wordt dus zonder aanvullend onderzoek vastgesteld. Wel is het belangrijk om een verstoorde anatomie als mogelijke oorzaak van scapula dyskinesie aan te tonen/dan wel uit te sluiten. In dit kader zijn conventionele röntgenfoto’s de basis.

Behandeling

*Conservatief*

Behandeling van scapula dyskinesie is alleen zinvol als er geen pathologisch anatomisch substraat voor de klachten is. Fracturen, spierrupturen, zenuwletsels en labrum letsels dienen eerst behandeld te worden voordat er een zinvolle revalidatie van de scapula dyskinesie kan plaatsvinden. Rehabilitatie van scapula dyskinesie begint proximaal (periscapulair) en eindigt distaal (rotator cuff). De eerste stap is het bereiken van de positie van optimale scapula functie (posterior tilt, exorotatie en elevatie). Hiervoor zijn core stabiliteit oefeningen van belang. De m. Serratus anterior is de belangrijkste exorotator van de scapula en de onderste m. Trapezius is de belangrijkste stabilisator van de scapula in de juiste positie. Het is dus essentieel dat de revalidatie voorziet in re-educatie van deze spieren als dynamische stabilisatoren. Pas als scapula controle geheel is hersteld, is de volgende stap om de rotator cuff op te gaan trainen. Indien er meer pijn optreedt tijdens de revalidatie, is dit een teken dat er op dat moment niet de juiste oefeningen voor dat stadium van de revalidatie worden gedaan.

*Operatief*

Operatieve behandeling is alleen gericht op het aanpakken van anatomische verstoringen als oorzaak van de scapula dyskinesie. Voorbeelden hiervan zijn claviculafracturen, AC-luxaties, cuff rupturen of labrum letsels.

Nabehandeling / sporthervatting

Zoals boven beschreven is de eerste stap om weer controle te krijgen over scapula stabilisatoren. De tweede stap is hierna om de rotator cuff op te trainen. Pas hierna kan weer richting sportspecifieke oefeningen worden gewerkt. Over het algemeen moet er na 6 weken training in ieder geval duidelijke vooruitgang worden gezien.

Literatuur

* [Kibler WB. The role of the scapula in athletic shoulder function. Am J Sports Med 1998;26:325–337](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9548131)
* [Kibler WB et al. Current concepts: scapular dyskinesis. Br J Sports Med 2010;44:300–305](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19996329)
* [Struyf F et al. Clinical assessment of the scapula: a review of the literature. Br J Sports Med 2014;48:883–890](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22821720)