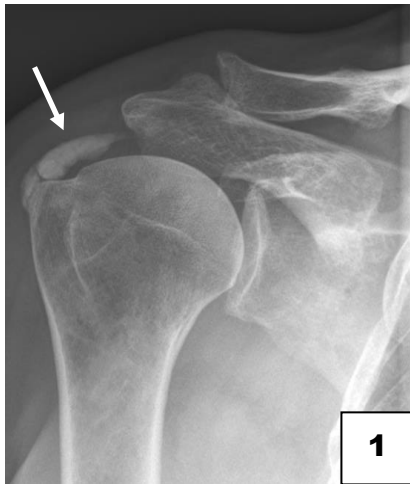


Kalkafzettingen in de schouderpezen



Kalkafzettingen in de schouderpezen (*afbeelding 1 en 2*) komt bij 3 tot 5% van de bevolking voor en wordt met name gezien tussen de 30^e en 50^e levensjaar. Ongeveer 35-45% van de mensen met kalk in de schouderpezen heeft er ook daadwerkelijk last van.

Beschrijving van de pathologie

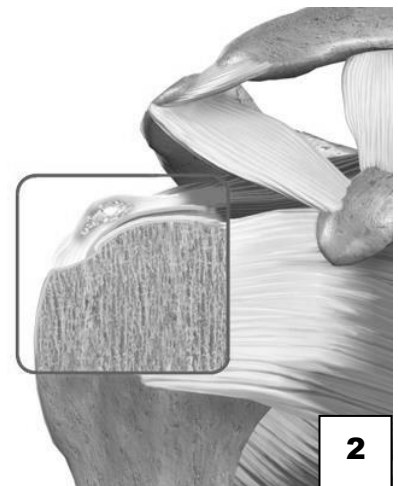
De kalkafzetting is eigenlijk een neerslag van carbonaat-apatiet kristallen waarbij niet precies duidelijk is wat de oorzaak van dit proces is. Men denkt dat de kristallen ontstaan in een zone van verminderde bloeddorstrooming van de schouderpees, waarbij bepaalde cellen worden aangespoord tot het vormen van calcium.

Wel is duidelijk geworden dat mensen met schildklierproblemen of suikerziekte een grotere kans hebben om deze kalkafzetting te ontwikkelen. Algemeen wordt aangenomen dat het aandoening is die vanzelf uiteindelijk overgaat, aangezien deze kalkafzettingen op latere leeftijd vaak ook weer oplossen.

Symptomen

In het stadium dat er kalkafzetting plaatsvindt zijn er meestal weinig klachten. Naarmate de kalkafzetting groter wordt kunnen er wel klachten ontstaan als gevolg van inklemming, omdat de verdikte pees in conflict komt met het dak van de schouder. Er kan ook sprake zijn van nachtelijke pijn als men op de schouder gaat liggen. De meeste pijn die dan wordt waargenomen doet zich voor aan de zijkant van de bovenarm.

In de periode dat de kalkafzetting spontaan gaat oplossen, kan er door de toegenomen druk in de pees en het vrijkomen in de slijmbeurs een periode van toenemende pijn zijn. De patiënt kan de schouder dan helemaal niet meer gebruiken, maar eigenlijk is deze fase "het begin van de genezing".



Diagnose en onderzoek

Uw arts zal bij het klinisch onderzoek de bewegingsmogelijkheid van de schouder onderzoeken en bepalen in welke mate de kalkafzetting in de schouderpees verantwoordelijk is voor de pijn en/of bewegingsbeperking. Door middel van een röntgenfoto en echografie van uw schouder kan de kalkafzetting worden beoordeeld. Daarnaast wordt met echografie

de mate van slijmbeursontsteking bepaald. De slijmbeurs is namelijk een belangrijke pijnbron bij deze aandoening.

Behandeling

Bij de keuze van uw therapie zal uw arts rekening houden met het spontane verloop van de ziekte, de aard van de klachten, het klinisch onderzoek en het radiologisch beeld van de kalkafzetting. Naargelang de klachten kan de arts uit de volgende therapieën kiezen:

Symptomatische conservatieve behandeling

Een conservatieve aanpak is gericht op het verminderen van de irritatie van de slijmbeurs en de pees en heeft niet tot doel de kalkafzetting te laten verdwijnen. Een injectie in de slijmbeurs met een snelwerkende pijnstiller (Marcaine 0.5%) en een ontstekingsremmer (Celestone) kan de irritatie doen afnemen.

Daarnaast is er een belangrijke rol voor de fysiotherapeut die u leert welke bewegingen en belastingen u in het dagelijks leven moet vermijden om binnen de belastbaarheidsgrenzen van uw schouder te blijven. Daarnaast kan de fysiotherapeut middels mobilisaties van de schoudergordel zorgen voor een optimale functie.

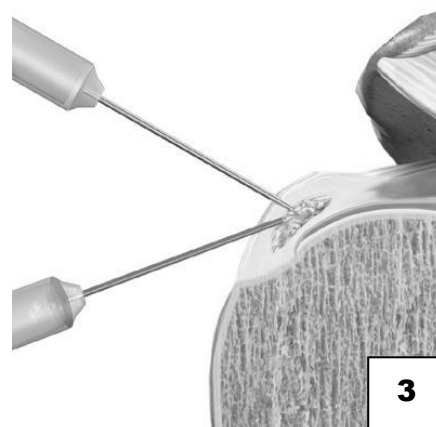
Needling of Barbotage

Indien de kalkafzetting zorgt voor een blijvende inklemming tussen de pees en het schouderdak, is het mogelijk om deze echogeleid aan te prikken (needling of barbotage). Hiervoor wordt dezelfde pijnstiller en ontstekingsremmer gebruikt als voor de slijmbeurs. De procedure heeft tot doel om de irritatie rondom de kalkafzetting te reduceren en een aanzet te geven tot het oplossen van de kalkafzetting (*afbeelding 3*).

Verwijderen van de kalk door middel van een kijkoperatie van de schouder

Indien alle voorgaande stappen zijn doorlopen met onvoldoende klachtenreductie is het mogelijk de kalkafzetting via een kijkoperatie te verwijderen.

Via een camera wordt de pees bekeken en de kalkafzetting opgezocht, aangeprikt en leeg geduwd. Soms moet de kalkafzetting uitgesneden worden, waarna de pees weer wordt gehecht (*afbeelding 4*).



Na de needling of barbotage

Het aanprikken van de kalkafzetting gaat gepaard met een revalidatietraject waarbij u de schouder de eerste week voldoende rust moet geven. Eventueel kunt u hiervoor een sling of mitella gebruiken.

U mag de schouder wel gebruiken binnen uw gezichtsveld, maar inspanningen zoals sporten, oefeningen, tilwerkzaamheden moeten gedurende minimaal een week vermeden worden.

Vanaf 3 a 4 dagen na de behandeling gaat de ontstekingsremmer pas werken en kunnen de pijnklachten minder worden. U kunt daarnaast paracetamol gebruiken tegen de pijn.

Na de procedure kan de restkalk zich ontlasten naar de slijmbeurs en kunt u een hevige slijmbeursontsteking krijgen. Indien dit het geval is dient u een sling of mitella te gebruiken en kunt u in overleg met uw huisarts eventueel ontstekingsremmers nemen.

Minimaal 8 tot 12 weken na de behandeling kunt u pas beoordelen of de behandeling het gewenste resultaat heeft gehad. In sommige gevallen zal de behandeling herhaald moeten worden om het gewenste effect te bereiken. Eventueel kan de slijmbeurs nogmaals worden geïnfiltreerd wanneer er restklachten zijn. In principe hoeft na de needling of barbotage procedure geen röntgenfoto of echo gemaakt te worden ter controle, alleen in het geval van aanhoudende klachten.

Complicaties

Sommige patiënten ervaren een flush (opvlieger) na de behandeling. Mensen met suikerziekte zullen een piek in hun suikerspiegel ervaren. De eerste paar dagen kan uw schouder licht gezwollen en blauw/rood verkleurd zijn. Dit trekt vanzelf weer weg.

Als de schouder rood, dik en erg pijnlijk wordt, dan kunt u bellen met de polikliniek Orthopedie, ☎ (036) 868 8805.

Buiten kantooruren kunt u contact opnemen met de Spoedpost, ☎ (036) 868 8811.

Evaluatie/vragen

Circa 8 weken na de needling of barbotage heeft u een afspraak bij uw behandelend arts, waar u de resultaten van de behandeling kunt bespreken.