



**Praktijk voor Fysiotherapie  
Sportfysiotherapie en  
Medische Trainings Therapie**

**R. de Vries**

Kerkweg 45a  
4102 KR Everdingen  
Telefoon 0345-642618  
Fax 0345-641004

E-mail  
[vriesfysio@planet.nl](mailto:vriesfysio@planet.nl)  
Internet  
[www.fysiodevries.nl](http://www.fysiodevries.nl)

## Houd de schouder in beweging

### Houd de schouder in beweging

Een lichaam in beweging blijft graag in beweging, en een lichaam in rust blijft graag in rust. Zo is het ook met uw schouder met een situatie genoemd capsulitis adhaesiva. Capsulitis adhaesiva wordt veelal frozen shoulder genoemd, en dit niet ten onrechte! Het proces maakt de schouder stijf zodat het hemd in de broek stoppen of de haren föhnen moeilijk wordt danwel niet onmogelijk door de pijn.

De frozen shoulder begint onschuldig met wat pijn. U voelt pijn maakt zich wat zorgen dus u houdt hem rustig en doet er weinig mee om pijn te vermijden. Dit doet u gesteund door de gedachte dat rust goed is, de huisarts zegt dat toch ook in vele situaties. Hier is wat voor te zeggen na een 5 setter met tennis, of een ochtendje hout zagen of ramen lappen. Echter als de schouder getraumatiseerd is door een val, of al langer wat pijnlijk is gedurende langere tijd (chronische pijn) en u besluit hem langere tijd niet te gebruiken zal deze schouder mogelijk de neiging hebben te verstijven.

U komt nu in een vicieuze cirkel. Als uw gewricht stijver wordt is het moeilijker en pijnlijker om te bewegen, dus zal u gesteund door de gedachten hierboven genoemd de arm zo min mogelijk gebruiken danwel gebruiken zonder pijn. Totdat u na enkele weken merkt dat dus het hemd en de föhn niet meer zo eenvoudig te hanteren zijn. Ook heeft u gemerkt dat u kribbig wordt omdat 3 a 4 x 's nachts wakker worden niet bevorderlijk is voor het humeur overdag. Het gewricht de schouder is stijf en pijnlijk en u besluit 's morgens toch maar de theemok met de linker hand van de plank te pakken. De gedachte van een bezoekje aan de huisarts dringt zich nu misschien toch (veel te laat) op.

Normaal gesproken ontstaat een frozen shoulder na een trauma van het schoudergewricht (een val of ontwrichting) of als reactie op een peesontsteking (pijnlijke irritatie door frictie/compressie of overbelasting) of een bursitis (slijmbeursontsteking). Na een beroerte (CVA= cerebro vasculair accident) Echter vaak is de oorzaak niet te achterhalen en is of lijkt de oorzaak spontaan te zijn. Echter elke situatie die u er van weerhoudt de schouder cq arm te bewegen vormt een risico en kan leiden tot een frozen shoulder.

Diabetes mellitus patiënten (suiker patiënten) vormen ook een groep die verhoogt risico hebben een frozen shoulder te ontwikkelen. De oorzaak is onduidelijk en niet bewezen maar men vermoedt dat hier de doorbloeding in de kleinste bloedvaatjes slecht wordt en ontsteking stimuleert. Een ander vermoeden is die van collageen, een van de bouwstenen van ligamenten en pezen. Collageen is een belangrijk onderdeel van de ligamenten die steun en stabiliteit geven aan het gewricht. Suiker moleculen verbinden zich aan collageen. Bij mensen die suiker hebben zou dit kunnen bijdragen tot de vorming van grotere concentraties (depots). Deze depots veroorzaken de verstijving in de /van de schouder.

De behandeling van frozen shoulder bij diabetes patiënten is nog moeilijker en langduriger dan bij niet suikerpatiënten. Een ervaring die gebaseerd is op de behandeling van meerdere patiënten met suiker. Echter de start is nog meer sluimerend.

20 % van de diabetes patiënten krijgt te maken met een frozen shoulder. 5% van niet diabetes patiënten krijgt te maken met dit beeld. Andere factoren zijn geslacht en leeftijd. Iets meer vrouwen dan mannen en het ontstaan meestal bij mensen tussen 40 en 60 jaar. In mijn praktijk zien wij dat 8 van de 10 frozen shoulders vrouwen zijn. Meestal is de niet dominante arm aangedaan en niet of nauwelijks beide schouders

tegelijk. In een aantal gevallen zien we dat na het herstel van de ene de andere een zelfde beeld gaat ontwikkelen!

### **Je kunt 3 stadia in het proces te herkennen.**

**1: pijnlijke stadium.** 's Nachts pijn. Neiging tot hevige spierspasmen die onwillekeuriger en tot slot volledig onopgemerkt de beweging beperken. Deze fase duurt van circa 1 tot 8 maanden.

**2: stijfheid is de grootste lastpost.** (achter de rug krabben en hoger dan de schouder hoogte heffen en ver reiken zijn onmogelijk of zeer moeilijk). De pijn is niet meer sterk op de voorgrond. Duur; 2 tot 6 maanden.

**3: de herstelfase.** Deze fase kenmerkt zich doordat het verstijvende proces niet meer actief is. Beweging en functie lijken te herstellen mede door het niet meer optreden van spasmen rond het gewricht. Het kapsul is kort en verdikt maar de snijdende pijn verdwenen. Het kan nu meer en meer loskomen en rekken doordat de bewegingen vanuit de patiënt zelf groter worden. Er wil weer en kan weer bewogen worden. Duur; 2 tot 9 maanden.

Dus met andere woorden als we het proces zijn gang laten gaan duurt de aandoening van circa 8 maanden jaar tot 2 jaar echter in de praktijk zie ik regelmatig patiënten jaren na een frozen shoulder die stevige restverschijnselen hebben in de beweeglijkheid van hun schouder. Vaak blijkt dat ze onvolledig of kort of niet zijn behandeld. Verder is op te merken dat vaak patiënten met verkeerde diagnoses rondlopen. De criteria zijn niet bij alle (para)medici goed bekend. Een spontaan volledig herstelde frozen shoulder binnen 1 jaar ben ik nog nooit tegengekomen. En ik kan met recht zeggen dat ik uit een gigantisch grote groep kan spreken van enkele honderden in Zwitserland en Nederland.

### **Het belang van snelle behandeling:**

Sommige artsen concentreren zich op pijnbestrijding in de eerste fase, ik richt mij op een meer agressieve wijze. De schouder blijven bewegen om de toenemende stijfheid geen kans te geven en er geen of weinig verklevingen (adhaesies) kunnen ontstaan. In de 2e fase wordt dit lastiger omdat er reeds adhaesies zijn gevormd. Echter ook in deze fase blijkt een agressievere aanpak gericht op automobilisatie weldegelijk in staat een versneld herstel van de joint play (gewrichtsvrijheid of gewrichtsspel cq lenigheid) en functie te kunnen bewerkstelligen. Het leren controleren van de spierspasmen is hierbij een belangrijk onderdeel. Dat dit een pijnlijke bezigheid is moge duidelijk zijn. Nog nooit echter heeft het negatief uitpakket de negatieve spiraal te doorbreken.

U moet zeker niet denken aan de begin periode van de manuele therapie in Nederland toen in het bijzonder gestuurd door het gedachtegoed van Kaltenborn met fixatie banden het gewricht met kracht en geweld uit elkaar werd getrokken. Daarvan herinner ik mij vreselijke dingen. Schreeuwende huilende zweetende patiënten die ondraaglijke pijn hadden en door een hel gingen. Uiteindelijk bleek dit ook niet een goede remedie omdat dit veel weerstand opriep zowel lokaal rond het gewricht (meer spierspasmen) alswel van de patiënt zelf die deze kwelling niet konden doorstaan. De meeste patiënten stopten er ook mee.

De behandelwijze die door mij ontwikkeld is vindt zijn origine in de manuele therapie volgens maitland waarbij de grenzen en de reacties op de behandeling de mate bepalen waarin pijn mag optreden. De eerste behandelingen raken wij de patiënten nauwelijks aan maar motiveren wij het niet vermijden van beweging en pijn in de eindgrenzen en bevorderen wij de waarneming om de spierspasmen de baas te worden en de echte eindgrenzen te bereiken. auto (zelf) mobilisatie

De pijn moet tolereerbaar cq accepteerbaar zijn voor de patiënt. Tenslotte heeft hij pijn en beweging vermeden. Als de patiënt blijkt zich niet aan de behandelprocedure te kunnen houden moet er gestopt worden omdat het een te dure langdurige behandeling wordt. Het motiveren en coachen van de patiënt zal vruchten afwerpen als er goed wordt meegewerkt. ALS dan toch de pijn niet beheersbaar en controleerbaar wordt om welke reden dan ook zal gekozen worden voor doorverwijzing naar de huisarts voor medicatieve of andere behandeling (injecties). Als echte ook bij deze patiënten na jaren nog restverschijnselen in de vorm van beweging beperkingen aanwezig zijn is mobilisatie van het glenohumerale (en scapulothoracale) gewricht door een manueeltherapeut geïndiceerd

Als tijdens de behandeling de pijn een niet normaal (volgens mijn tijdslijn) beheersbaar wordt en de patiënt

dus niet in staat is uit de negatieve spiraal te komen zijn tevens infiltraties (injecties) nodig met cortisonen of andere ontstekingsremmende middelen. Dit is bij enkelen nodig en heeft in alle gevallen mij bekend goed gewerkt. Ook het tijdens de behandelperiode in de pijnfase gebruiken van medicatie (pijn en ontstekingsremmers kan zonder problemen). Beter en meer bewegen en minder tegenwerken is het resultaat.

Ofschoon zoals ik reeds eerder zei, het in de lijn der gedachten ligt dat als je pijn hebt je de arm niet gebruikt blijkt dus het tegenovergestelde. Echter hier moet ik een uitzondering maken. Iedereen kan met een frozen shoulder nog redelijk blijven functioneren. Drukke gestreste mensen kunnen met een frozen shoulder gewoon door werken en zullen dit ook doen. Vaak zonder pijn omdat ze de schouder met eigen spieren zo anders gaan gebruiken dat de schouder helemaal wordt vastgezet. De behandeling is door deze aangeleerde defensieve spierspanning als hij al langer bestaat weldegelijk moeilijk en vraagt veel geduld (veel en sterk spierspasme, geen waarneming hiervan). Loslaten, en het gewicht van de arm voelen en afgeven lijkt onmogelijk. En dit is de basis en de start (de eerste oefening) van de behandeling.

Als u een zeurende pijn heeft in de schouder die neigt de bewegingen te beperken probeer dan wat rust en ontstekingsremmende middelen (zoals ibuprofen) en eventueel ijs. Als na 1 of 2 weken er geen verandering in komt en het wordt langzaam erger zorg dan snel bij uw huisarts te komen. Realiseer u wel dat bewegen altijd beter is dan niet bewegen. Rust roest. "What you resist persists".

Om een snel diagnose te doen kijk naar de zelftests die u kunt uitvoeren en die indicatief zijn voor het ontstaan van een frozen shoulder beeld!

Als u de arts of fysiotherapeut bezoekt probeer alle informatie over de pijn en het disfunctioneren te vertellen. Vaak vergeet u te vertellen dat u al enkele maanden niet meer op de schouder slaapt of dat er reeds langere tijd pijnlijke gevoelens of sensaties waren bij bepaalde bewegingen of posities! Totdat het plots leek te verergeren. Ook traumata zoals een val of hard stoten van de schouder wordt vaak vergeten en kunnen de trigger zijn voor het ontstaan van schouderklachten die uiteindelijk in een frozen shoulder beeld kunnen ontaarden.!

Vraag en vertel zodat de diagnose goed kan worden gesteld! Als u twijfelt of niet goed bent geïnformeerd voor uw gevoel, ga dan wederom zo snel mogelijk naar uw eigen of een andere specialist om over uw probleem goed geïnformeerd te worden.

Als de diagnose is gesteld is het volgen van een programma thuis absoluut noodzakelijk en zeer zinvol en dus in uw belang. Nog steeds in tegenstelling tot literatuur wordt de patiënt in Nederland fout geïnformeerd. Gaat u maar naar huis ik kan hier niets aan doen gaat vanzelf over (self limiting disease). Ja, inderdaad de pijn zal na 1/2 tot 2 a 3 jaar weg zijn. Maar u gaat langere tijd door een kleine hel en onbehandeld blijven er vaak restverschijnselen.

Een goedkoop traject, zeker voor u en de samenleving met name als u gewoon doorwerkt echter zeker niet de voor u optimale weg. Weinig therapeuten zijn zich bewust van de mogelijkheden voor u en zullen de behandeling die vaak lang duurt vroegtijdig beëindigen. De hele teneur is fysiotherapie helpt toch niet. En inderdaad niet de fysiotherapeut die u ijs en warmte en stroom en massages geeft maar wel de therapeut die u begeleid en coached op weg naar snel herstel.

Zeker voor de diabetes patiënten geldt dat de oefenprogramma's nodig zijn en blijven om bewegingsherstel te krijgen. Uit meerdere onderzoeken blijkt dat diabetici 50 % van de bewegingen moeten blijven missen na het doormaken van het capsulitis adhaesiva beeld.

Als uiteindelijk conservatieve behandeling niet helpt, is manipulatie onder narcose mogelijk. Er wordt onder narcose voorzichtig een einde gemaakt aan de verklevingen door ze los te scheuren (manipulatie). Ook worden vandaag de dag middels arthroscopische operaties verklevingen inwendig losgemaakt. Na de operatie en manipulatie onder narcose blijft oefenen heel belangrijk om de verkregen ruimte in de schouder te behouden.