

Schoudercongres Joint together II

De totale schouderprothese (TSP)

en de

fysiotherapeutische behandeling

Mirjam Jacobs

Micheline van der Hulst

- Fysiotherapeut / **Fysiotherapeut**
- Manueeltherapeut / **Physician Assistant i.o.**
- Sint Maartenskliniek, kliniek voor houding en beweging
- **OLVG Oost Orthopedie**

Toename plaatsing TSP

➤ Internationale literatuur

Day, J. S., Lau, E., Ong, K. L., Williams, G. R., Ramsey, M. L., & Kurtz, S. M. (2010). Prevalence and projections of total shoulder and elbow arthroplasty in the united states to 2015

Jameson, S. S., Ahmad, S., James, P., Reed, M. R., McVie, J. Lhe english national health service.

Kim, S. H., Wise, B. L., Zhang, Y., & Szabo, R. M. (2011). Increasing incidence of shoulder arthroplasty in the united states.

➤ Nederlandse Vereniging voor Orthopeden (NOV)

2005: 800 operaties : 2015: 3000 operaties

Landelijke registratie implantaten

➤ **SMK**; 2005: 50 operaties 2015: 200 operaties inclusief revisies

Postoperatieve fysiotherapeutische behandeling van TSP

- Wetenschappelijke artikelen
- Hoe behandelen we patiënten met een TSP in Nederland, grote verschillen met name de eerste 6 weken
- Protocol in de SMK
 - best practice
 - geëvalueerd met de eerste lijn en met patiënten

Literatuuronderzoek

	PubMed	PEDro	Google Scholar
#1 "Shoulder joint"	13025	156	84400
#2 "Arthroplasty, replacement"	27499	3	6250
#3 "Physical therapy modalities"	116105	154	15300
#1 AND #2 AND #3	14	-	3

3 Artikelen

3 duidelijke behandelprotocollen mbt postoperatieve behandeling TSP

- Rehabilitation following TSA; Wilcox, Arslanian, Millet (2005)
- Rehabilitation following reverse TSA; Boudreau, Boudreau, Higgens en Wilcox (2007)
- Is a formal physical therapy program necessary after TSA for Osteoarthritis; Mulieri et al (2010)
- Summiere beschrijving fysiotherapie o.a. Agorastides 2007, Boardman 2001, Roy 2010

Boudreau, Boudreau, Higgins en Wilcox (2007)

Reverse shoulder arthroplasty (delta)

Doel: een overzicht van de indicaties van de reverse shoulder arthroplasty en een revalidatie programma te laten zien die tot stand gekomen is door wetenschappelijke principes en de klinische ervaring

Middel: behandelprotocol in 4 fasen (eerste 6, 6-12 weken, 12- 16 weken en na 4 maanden een programma voor thuis)

Conclusie: meer samenwerking tussen patiënt, fysiotherapeut en arts wenselijk en er is veel meer onderzoek nodig voor optimale postoperatieve behandeling

Wilcox, Arslanian, Millet (2005)

Total shoulder Arthroplasty (global)

Doel: Overzicht van de indicaties en variabelen te beschrijven die van invloed zijn op het revalidatieproces

Middel: Er wordt een behandelprotocol met een algoritme beschreven. De patiënt moet voldoen aan bepaalde criteria om vervolgens in een ander fase van de behandeling te komen. Hij beschrijft 3 fases

Conclusie: Kijken naar de klinische situatie, daar je behandeling op afstemmen. (cuffruptuur, botfraktuur etc..)

Mulier et al 2010

Total shoulder arthroplasty

Doel: is er een fysiotherapie programma nodig na TSP
(Kostenbesparend)

Middel : 2 patiënten groepen

Groep 1. Normaal begeleid revalidatie traject o.b.v. een fysiotherapeut in 4 fasen; week 1-4, week 4-6, week 7-8 en week 9-12

Groep 2. Begeleid thuisprogramma door de arts

Week 1-8 immobilizer en pendelen, vanaf week 8 normaal gebruik arm in ADL, vanaf week 14 alle activiteiten in volledige ROM

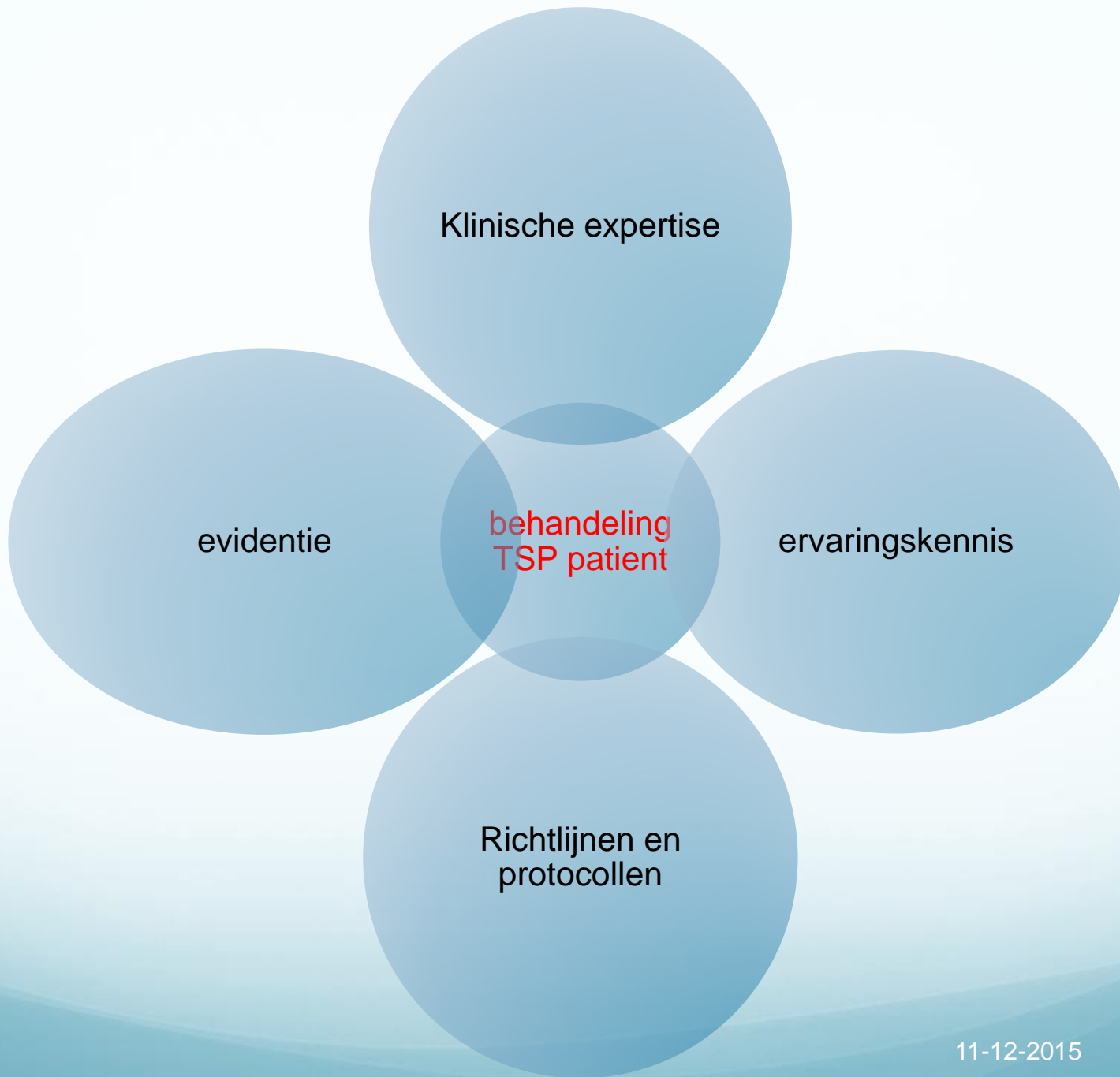
Conclusie: *In groep 2* was er significant verbetering te zien in anteflexie en abductie = tevredenheid en kostensparend

Andere factoren

- Inventariseren naar *tevredenheid* kan inzicht geven in kwaliteit en kennis omtrent de postoperatieve behandeling (CBO 2007) Maar ook een vertekend beeld **geven** (Hush, Cameron & Mackey2011)
- Door *verbetering communicatie* en procedures zou de kwaliteit van zorg verbeterd kunnen worden (Enthoven 2009)

Aanpassen postoperatieve behandeling SMK?

- Op basis van internationale evidentie: geen eenduidigheid of duidelijke protocollen of richtlijnen
- Verschil in post operatieve behandeling tussen schoudernetwerken en andere ziekenhuizen t.o.v. de Sint Maartenskliniek
- In de SMK veel ervaring omdat we veel patiënten zien
- Hoe tevreden zijn wij zelf over het behandelprotocol van de SMK?
- Hoe is de communicatie en de procedure?

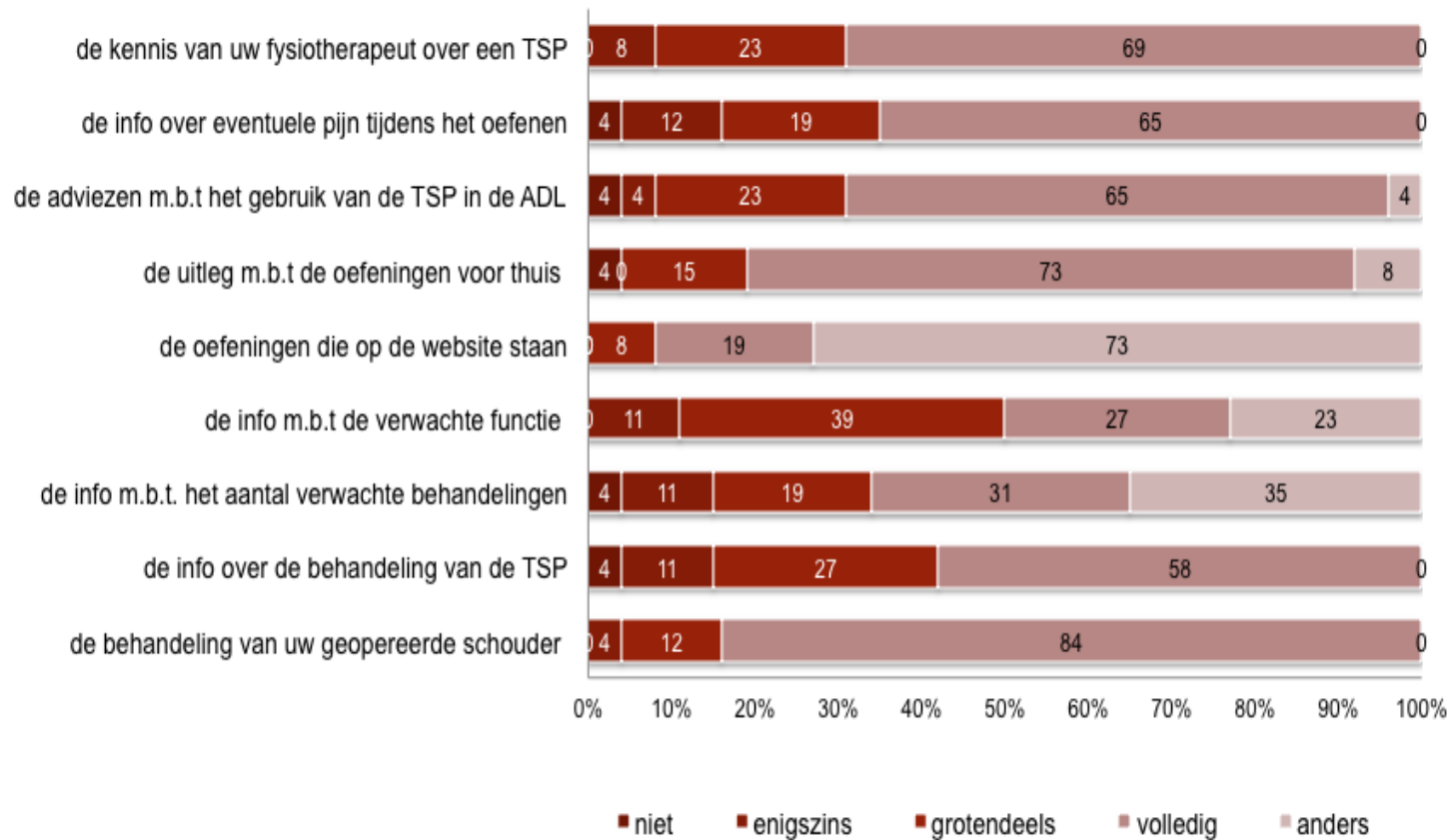


Masterthesis

- Literatuuronderzoek/ onderzoeksdocument
- Vraagstelling; “Hoe tevreden zijn patiënten en eerste lijns fysiotherapeuten over het protocol van de SMK”
- Onderzoeksdesign: kwantitatieve **tevredenheids**analyse middels een **schriftelijke enquête** bij zowel patiënten als hun eerstelijns fysiotherapeuten (evaluatie van de eerste 6 weken)
- 32 Steekproef: 26 geïnccludeerde patiënten die in de SMK werden geopereerd tussen september tot en met november 2013 en hun eerstelijns fysiotherapeuten

De patiënt (n26)

BENT U TEVREDEN OVER

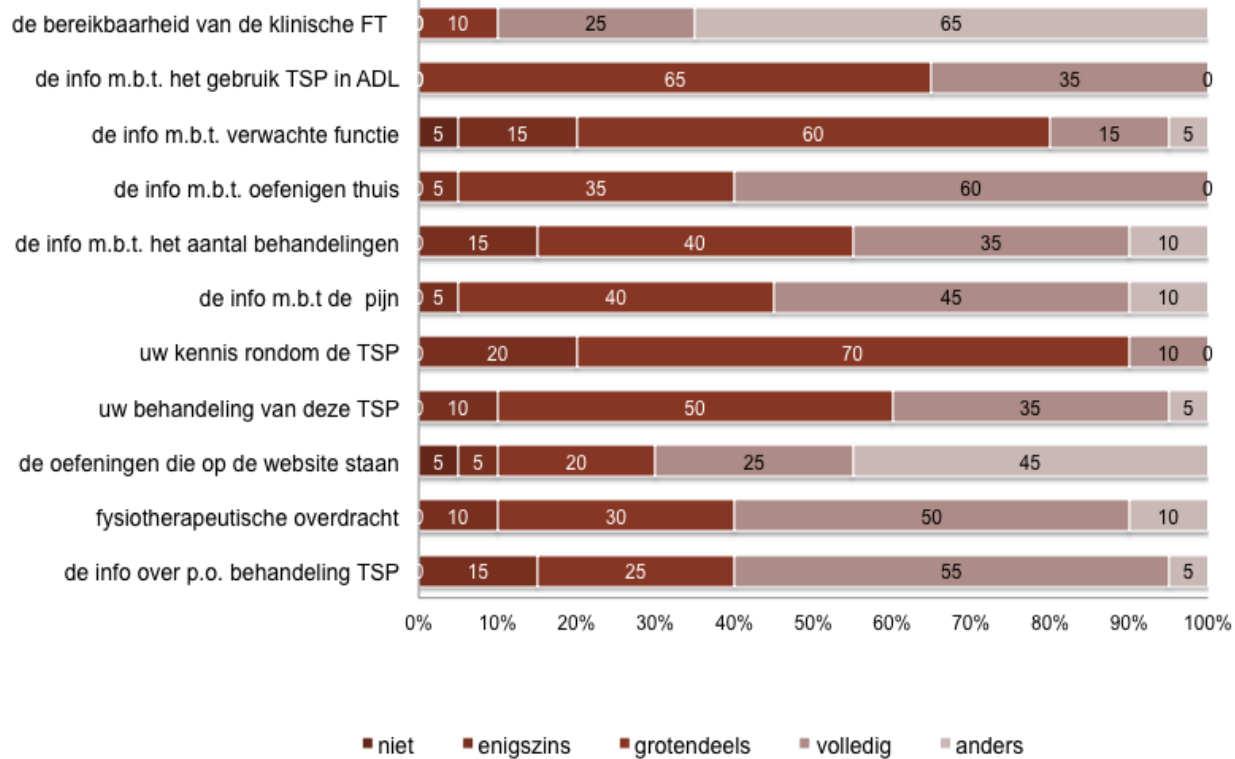


Tevreden patiënten

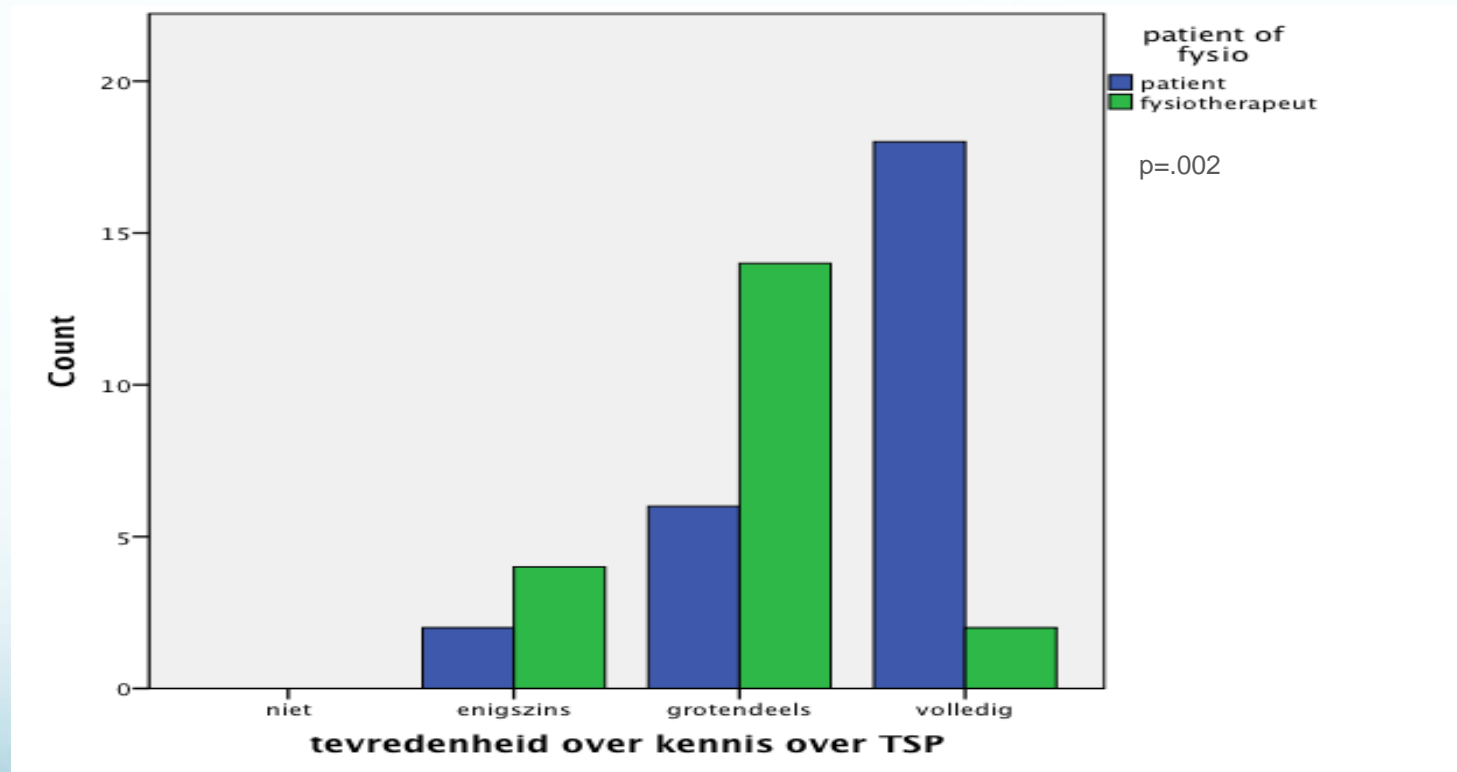


De Fysiotherapeut (n20)

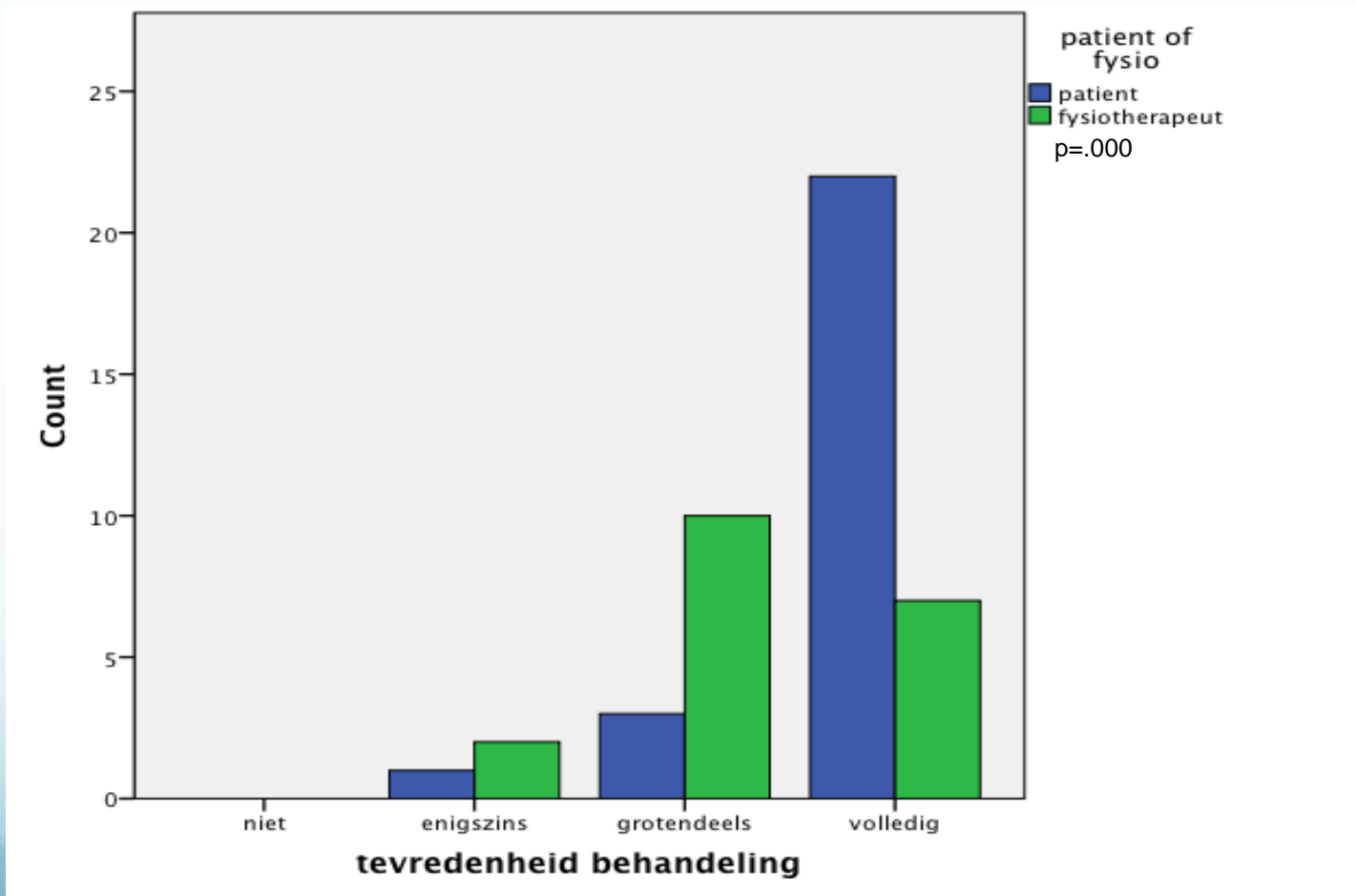
BENT U TEVREDEN OVER



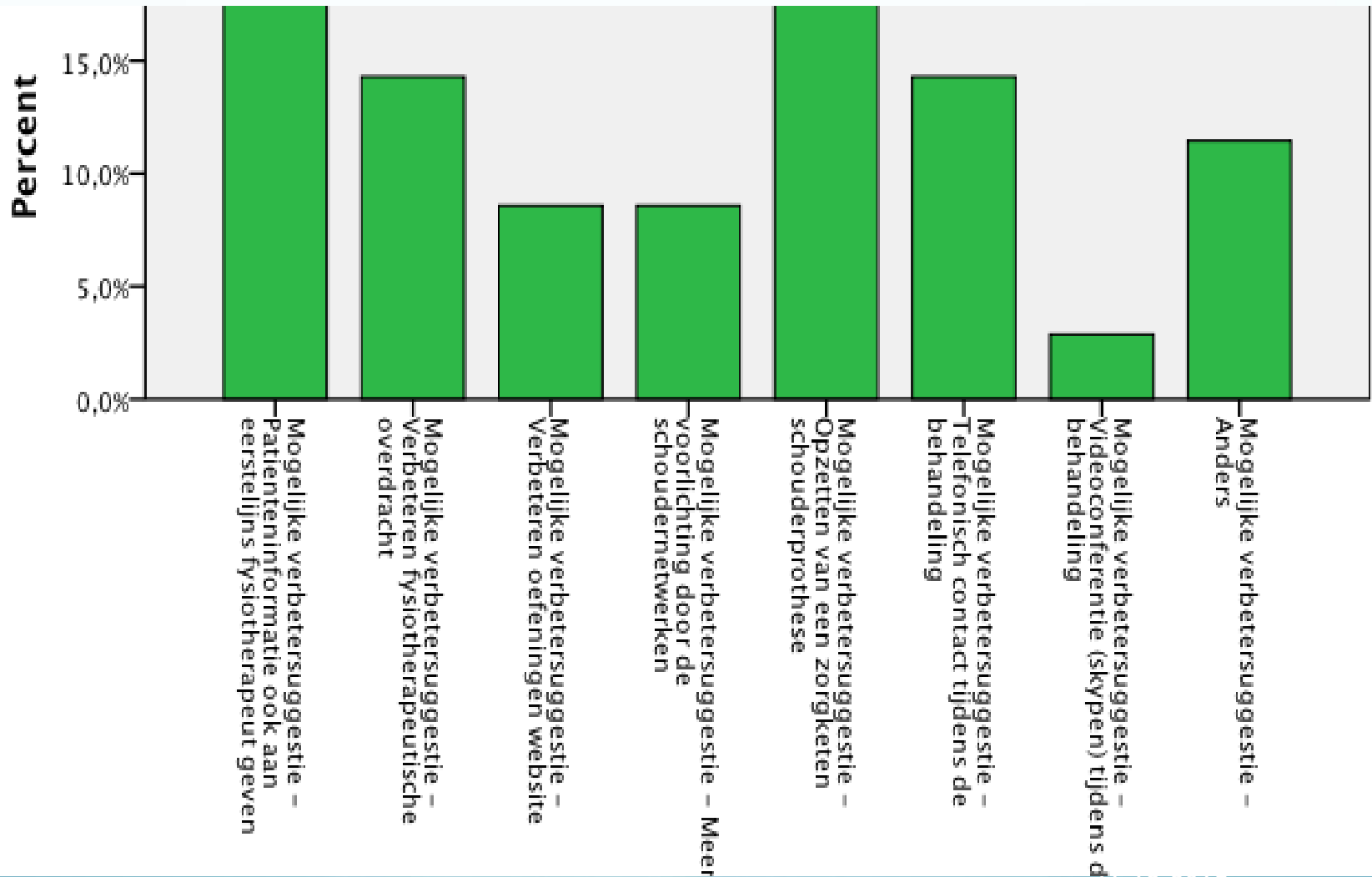
Tevredenheid over kennis van de TSP



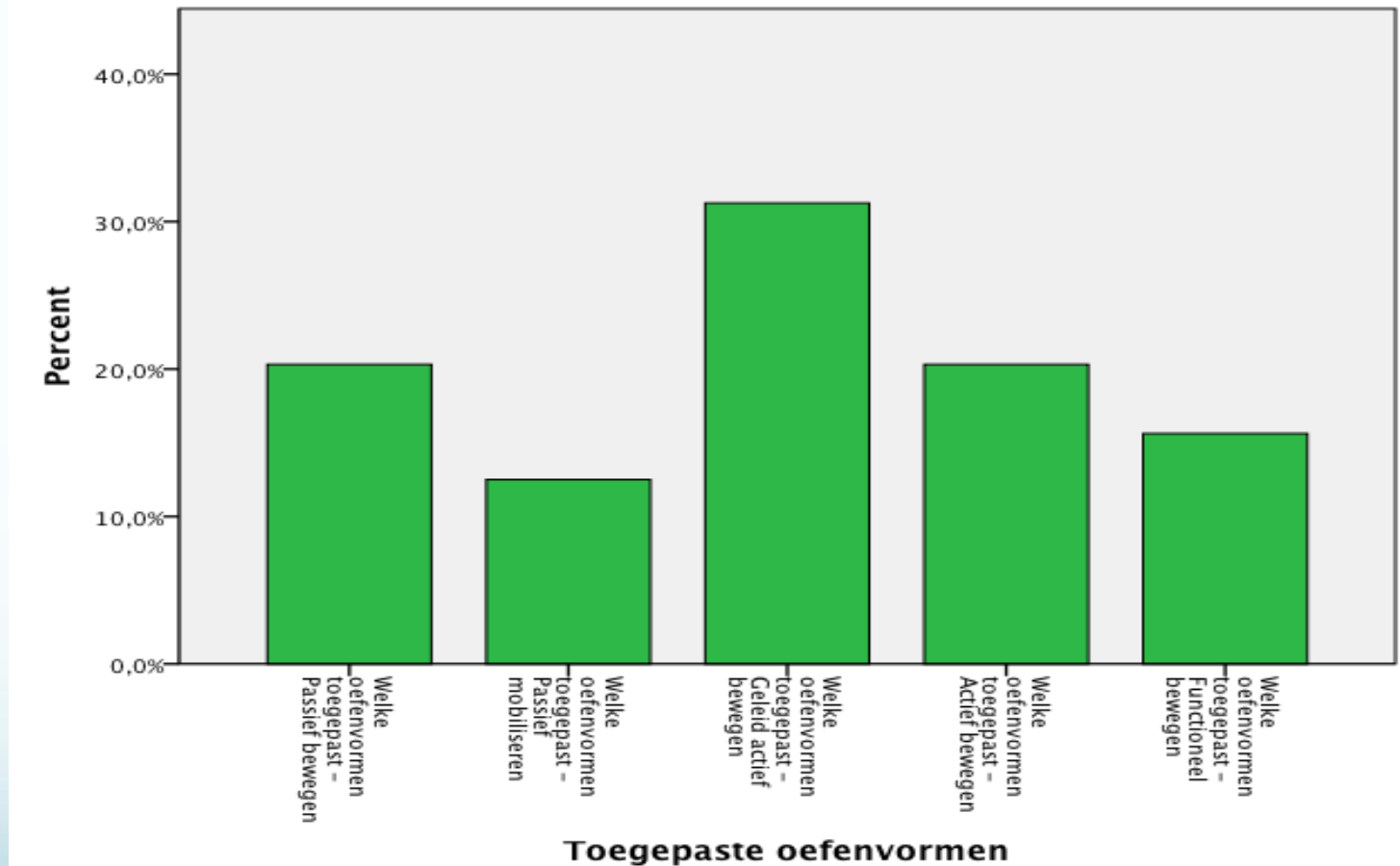
Tevredenheid over de behandeling



Mogelijke verbeteracties



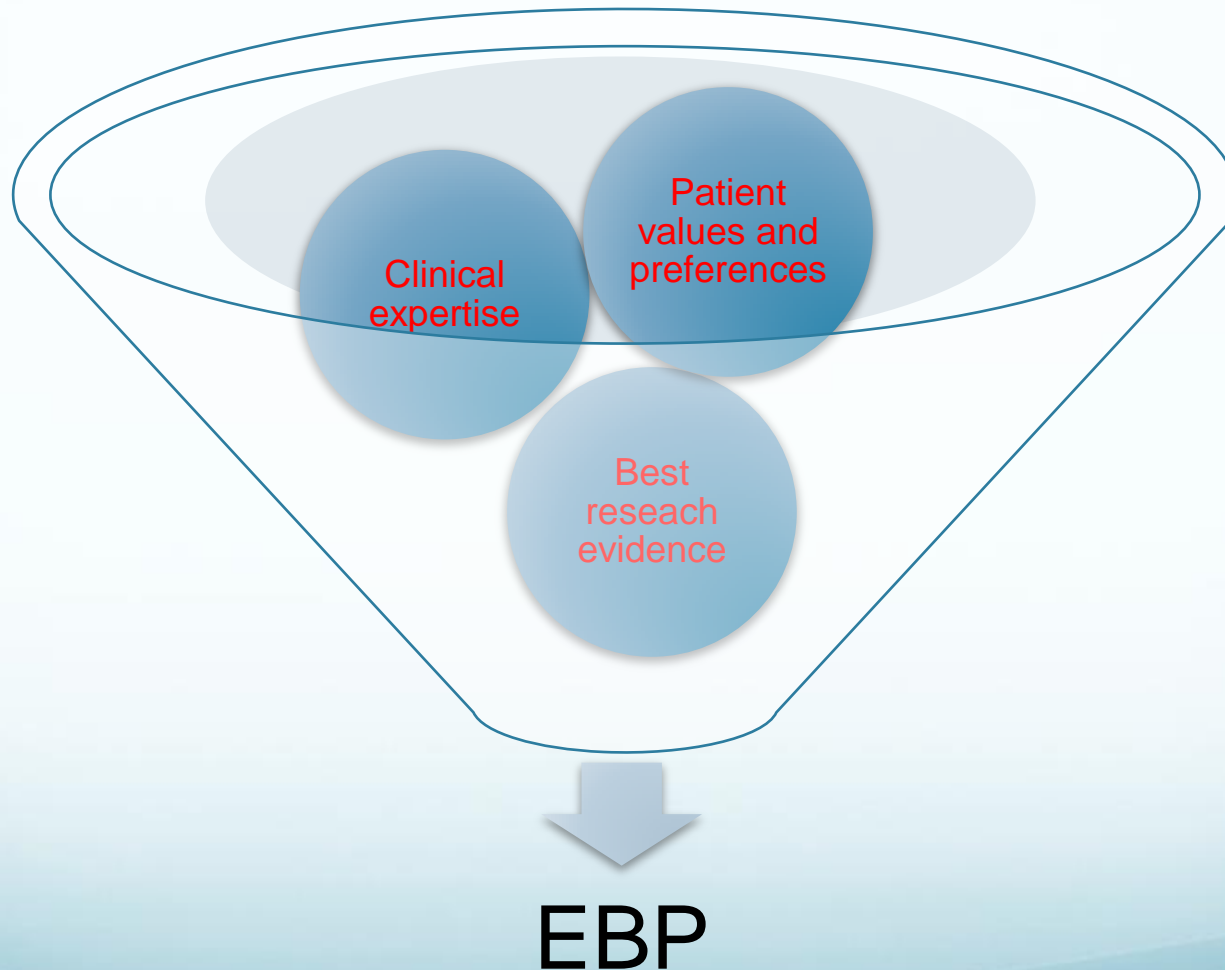
Toegepaste oefenvormen



Conclusie Masterthesis

- De patiënten waren tevredener over de postoperatieve behandeling dan de eerste lijns ft
- Vanuit de eerste lijn lijkt er behoefte te zijn om middels andere communicatievormen contact te hebben met de ervaren klinische fysiotherapeut (artikel Physios over TSP samen met dr. Penning, Maart 2015)
- Aanbevelingen/verbeterpunten verwerken in een nieuw postoperatief behandelprotocol (protocol nogmaals voorgelegd aan redacteur Physios)

samen



Protocol SMK



De klinische fase

- Opnameduur
- Welke operatie – reversed/ anatomical/revisie
 - Deltopectorale benadering: bijna bij alle operaties mogelijk
 - Superolaterale benadering: meestal bij reversed shoulder
- Ok verslag (per operatieve waarden)
- Starten dag 1 met oefentherapie (pijnpomp; boekje met oefeningen, stok, katrol)
- Oefenprogramma doorlopen (criteria van ontslag)
- Overdracht en informatie naar eerstelijns

Eerstelijns fysiotherapie

algemene informatie overdracht

- Tijdens de behandeling kan het passief bewegen toegepast worden wanneer de patiënt zelf nog niet in staat is om (geleid) actief de beweging binnen de peroperatieve waarden
- Voorkeur **ACTIEF** bewegen
- De Peroperatieve waarden zijn een leidraad voor de max bewegingsuitslag
- Geen manuele mobilisaties glenohumeraal en de Peroperatieve waarden respecteren

Aandachtspunten

- Alle bewegingen dienen te worden uitgevoerd vanuit een goede houding waarbij rekening gehouden wordt met het scapulothoracale ritme
- Anatomische prothese: geen actieve endorotatie tegen weerstand en geen maximale rek (Jackson 2010)
- Na 4 weken zelfstandig wassen en aankleden
- Eerste 6 weken niet autorijden, fietsen, zwaar huishoudelijk werk en sporten
- Bij de reversed prothese zullen de rotaties achterblijven t.o.v. de rest van de bewegingen

De 4 fasen

Alle oefeningen dienen in iedere fase uitgevoerd te worden binnen de pijngrens en de peroperatieve R.O.M., met aandacht voor een correcte houding/scapulothoracale stabilisatie/ scapulothoracaal ritme.

Patiënt komt in de volgende fase als de behandeldoelstellingen bereikt zijn

1. Postoperatieve klinische fase EN beginfase eerstelijns
2. Vroege geleid (actieve) fase
3. Actieve fase
4. Functionele fase

Postoperatieve klinische en beginfase eerstelijns:

- Geleid actief behalen van 75% van de peroperatieve ROM
- Voortzetten geleid actief bewegen naar volledige peroperatieve ROM
- Starten met uitvoeren van alle actieve bewegingen (behalve de endorotatie bij deltapectorale benadering)
- Starten met functioneel gebruik van de arm bij diverse kleine handelingen (onder schouderhoogte en dicht bij het lichaam).

Fase 2

Vroege (geleid) actieve fase:

- Actief behalen van 75% van de peroperatieve ROM (behalve bij de Deltopectorale benadering waarbij de m.subscapularis is losgemaakt daar pas starten met actieve endorotatie 4 weken postoperatief en pas op met eindstandige rek)
- Uitbreiden van alle andere actieve bewegingen
- Uitbreiden van functioneel gebruik van de arm bij lichtere ADL activiteiten

Fase 3

Actieve fase:

- Actief behalen van 100% van de peroperatieve ROM
- Alle bewegingen mogen actief uitgevoerd en geoefend worden
- Uitbreiden van alle actieve bewegingen eindstandig
- Uitbreiden van functioneel gebruik van de arm

Fase 4

Functionele fase

- In deze fase ligt de nadruk op lichte spierversterkende oefeningen in combinatie met functioneel bewegen. Zoals eerder vermeld kan het zijn dat de patiënt actief verder beweegt dan de aangegeven per operatieve waarden. Mocht de patiënt deze waarden niet halen is de doelstelling om zoveel mogelijk tips en adviezen te geven met betrekking tot de ADL.

Criteria om te stoppen

- Patiënt kan pijnvrij de AROM van de peroperatieve waarden uitvoeren
- Patiënt kan maximaal de TSP gebruiken in de ADL en is daarmee tevreden

Complicaties

Bij elke acute vermindering van de beweeglijkheid en onbegrepen pijn dient contact te worden gelegd met de klinische fysiotherapeut

- Infectie
- Luxatie
- Loslaten prothese
- Zenuwletsel
- Frozen shoulder
- Fractuur humerusschacht of glenoid
- Loslaten van m.subscapularis of anterieure gedeelte m.deltoideus

State of the art

- Behandeling nog teveel afhankelijk van kennis en ervaring van individuele fysiotherapeut
 - (28 feb 2013)
 - Aantal jaren ervaring >5 jaar (Bekkering 2004)
 - De een heel goed de ander middelmatig (Jensen et al 2004)
 - Metacognitie (Case, Harrisong & Roskell 2000)
- Verschillen in protocollen aanwezig (literatuur en ervaring)
- Beperkte wetenschappelijke evidentie
- schoudernetwerken

Schoudernetwerken

- Kunnen we binnen het schoudernetwerk komen tot een EBP richtlijn? Wat is hiervoor nodig?

Bedankt voor uw aandacht