

Revalidatie



HEMIPLEGISCHE SCHOUDERPIJN NA CVA

- Informatie voor familie en mantelzorgers -

Informatie voor patiënten

AZ OUDENAARDE
VZW



www.azoudenaarde.be

Volg ons op   

Wat is hemiplegische schouderpijn?

Hemiplegische schouderpijn (HSP) is een vaak voorkomend probleem. Maar liefst 55% van de patiënten die getroffen werden door een CVA (beroerte) komen ermee in aanraking. Deze pijn treedt op ter hoogte van de schouderregio of arm, waarbij er geen directe relatie is met een ander trauma of letsel. De pijn is zowel aanwezig tijdens actieve als passieve bewegingen. HSP kan reeds na 2 weken optreden, maar een meer typisch tijdstip is 2 à 3 maanden na een CVA. De oorzaak van HSP is vaak een combinatie van neurologische en mechanische factoren.

Neurologische factoren:

- Gestoorde spierspanning.
- Het optreden van pijn die buiten proportie is, in vergelijking met de pathologie (complex regionaal pijnsyndroom). Treedt meestal op na een traumatisch letsel, door beschadiging van de weke delen rond de hemiplegische (verlamde) schouder of door afwijkingen ter hoogte van de hersenen zelf.
- Overgevoeligheid van het centraal zenuwstelsel (centrale sensitatie). De patiënt wordt steeds gevoeliger voor pijn waarbij de drempelwaarde waarop pijn gevoeld wordt, steeds lager wordt.

Mechanische factoren:

- “Ontwrichting” van de schouder.
- Een letsel ter hoogte van de belangrijkste spiergroep van de schouder, waardoor de stabiliteit van die schouder tijdens bewegingen aangetast wordt (Rotator-cuff letsel).
- Een zeer beperkte beweeglijkheid van het schoudergewricht, door het niet gebruiken van de hemiplegische (verlamde) arm. (adhesieve capsulitis).



Aangezien de behandeling complex is, is het belangrijk om preventieve maatregelen te treffen... direct na een CVA!

HSP : hoe te voorkomen?

Algemeen

Bij 90% van de patiënten die door een CVA getroffen worden, is er een verlamming van het bovenste lidmaat. Als gevolg van deze verlamming zijn de schouderspieren niet in staat om, tegen de zwaartekracht in, de stabiliteit van het schoudergewricht te bewaren. Hierdoor kan er gedeeltelijke ontwrichting van de schouder ontstaan die pijn veroorzaakt. Het is dus in eerste instantie belangrijk om dit te voorkomen!

Hieronder volgt een overzicht van alle concrete maatregelen die in acht genomen moeten worden bij elke transfer en/of verplaatsing. Een goede positionering, zowel in zit- als in lighouding, wordt eveneens beschreven. Bij lighouding wordt er een onderscheid gemaakt tussen ruglig en zijlig op hemiplegische of niet-hemiplegische zijde.



Concrete maatregelen

Manipuleren van de verlamde (hemiplegische) arm

- Steun bieden aan de hemiplegische hand, pols en elleboog.
- Duw de arm in de schouderkom.
- Trek nooit aan de hemiplegische arm! Dit kan ontwrichting in de hand werken.



Manipuleren van de hemiplegische schouder

- Steun bieden aan schouderblad en hemiplegische bovenarm.
- Duw opnieuw de arm in de schouderkom.
- Trek nooit aan de hemiplegische arm!



Ruglig

Bij een goede positionering in ruglig is het belangrijk om aandacht te hebben voor de positionering van hoofd, nek en hemiplegische arm.

Bij de positionering van hoofd en nek dien je rekening te houden met volgende aspecten:

- Hoofd en nek recht (op de middellijn) positioneren of het hoofd draaien naar de hemiplegische zijde, waardoor de aandacht naar deze zijde gaat.
- Hoofd en nek, schouders en schouderbladen moeten steeds goed ondersteund zijn. Dit kan d.m.v. één of meerdere hoofdkussens.

Bij de positionering van de hemiplegische arm is het belangrijk om aandacht te hebben voor volgende aspecten:

- De verlamde arm moet altijd rusten op een kussen, dit om eventuele zwelling van hand en arm te voorkomen.
- De pols mag niet afhangen, dit kan de bloeddoorstroming belemmeren.



Liggen op de hemiplegische zijde

Liggen op de hemiplegische zijde is toegelaten van bij aanvang van het CVA, maar de duurtijd moet in de beginfase stelselmatig opgebouwd worden. Het wordt aangeraden om deze positie af en toe aan te nemen, omdat dit het gevoel aan de verlamde zijde van het lichaam stimuleert.

Bij deze positionering dien je rekening te houden met volgende aspecten:

- Hoofd ligt in het verlengde van de romp.
- Hoofdeinde vlak of maximum 30° hoogstand.
- De romp helt licht naar achter en wordt ondersteund door een kussen in de rug.
- Vermijden dat de patiënt op de schouder en arm van deze zijde gaat liggen, aangezien dit de bloeddoorstroming zou kunnen belemmeren.
- Hemiplegische arm in lichte hoogstand plaatsen d.m.v. een kussen.
- Pols mag niet gebogen zijn of afhangen.
- Kussen tussen de benen plaatsen.



Liggen op de niet-verlamde zijde

In het kader van wisselhouding kan er ook overgegaan worden tot deze positionering. Hierbij hou je rekening met:

- Hoofd ligt in het verlengde van de romp.
- Hoofdeinde vlak of maximum 30° hoogstand.
- Romp mag niet naar voor of naar achter gekanteld zijn, moet mooi recht liggen.
- Hemiplegische arm dient op een kussen te liggen voor de romp, waarbij ook de schouder goed ondersteund wordt.
- Kussen tussen beide benen plaatsen, waarbij de hemiplegische voet steunt op dit kussen.



Verplaatsen van de patiënt met hemiplegie

Tijdens het verplaatsingsprotocol is het van belang om de patiënt nooit onder de oksels te ondersteunen, niet te trekken aan de hemiplegische arm en ondersteuning te bieden aan het schouderblad en de heup.



Correcte zithouding

Bij de positionering van de patiënt in zetel of rolstoel is het belangrijk om rekening te houden met het volgende:

- Rechte rugleuning waarbij het zitvlak tegen de rugleuning gebracht wordt.
- Bekken licht naar voren gekanteld (onderuit schuiven wordt hierdoor vermeden).
- Romp zo symmetrisch mogelijk positioneren. Dit kan je controleren door te kijken of beide schouders zich ongeveer op dezelfde hoogte bevinden.
- Een voorzettafel of kussen biedt steun aan de hemiplegische arm, schouder en hand en is dan ook onmisbaar. Het is immers zeer belangrijk dat de schouder, elleboog en pols steeds op dezelfde hoogte liggen.
- De voet van de hemiplegische zijde moet steeds ondersteund zijn.



Correct



Niet correct



HSP: hoe te behandelen

Afhankelijk van de oorzaak, die leidt tot het ontstaan van HSP, kan de patiënt een andere soort pijn ervaren en wordt een andere aanpak gehanteerd.

- Door het herhaaldelijk beschadigen van het schoudergewricht zelf en de omliggende spieren ontstaat er een overprikkeling van de pijnreceptoren, waardoor de effectieve pijn optreedt (nociceptieve pijn).
- Door een verkeerde positionering of door een foutieve manipulatie tijdens een verplaatsing kan ter hoogte van de hemiplegische arm een doffe of scherpe, uitstralende pijn ervaren worden. Dit omschrijft men in de literatuur als neuromusculaire pijn.
- Door het CVA zelf kan er een centrale of neuropathische pijn optreden. Hierbij is er sprake van een constant brandend gevoel. Door de oorsprong in het centrale zenuwstelsel is het veel moeilijker deze pijn te verlichten door enkel een goede positionering of manipulatie toe te passen. In dit geval kan de arts de pijn verlichten door het voorschrijven van pijnmedicatie. Dit is in het belang van de patiënt, zodat de revalidatie en kinesitherapie niet in het gedrang komen.

Onafhankelijk van de soort pijn die optreedt, kan er een echografisch onderzoek plaatsvinden. Hierbij wordt nagegaan of er vocht aanwezig is in het gewricht. Dit bevestigt een ontsteking.

Indien het resultaat van dit onderzoek positief is, kan er een inspuiting met cortisone rechtstreeks in het gewricht toegediend worden. Dit levert goede resultaten op bij de meerderheid van de patiënten.





Voor meer info raadpleeg:

Afdeling Revalidatie

Bachelorproef Ineke D'Hond

☎ 055 33 68 00

✉ ve.d1@azoudenaarde.be

Heb je nog vragen
of opmerkingen
over deze brochure?
We houden graag
rekening met jouw
suggesties!

AZ Oudenaarde vzw

AZ OUDENAARDE
VZW



Minderbroedersstraat 3, 9700 Oudenaarde

T 055 33 61 11 - F 055 33 66 95

info@azoudenaarde.be

www.azoudenaarde.be

AZO/REV/336

Laatst aangepast op 21/10/2019

V.U.: AZ Oudenaarde