

Frozen Shoulder Editie



FROZEN SHOULDER

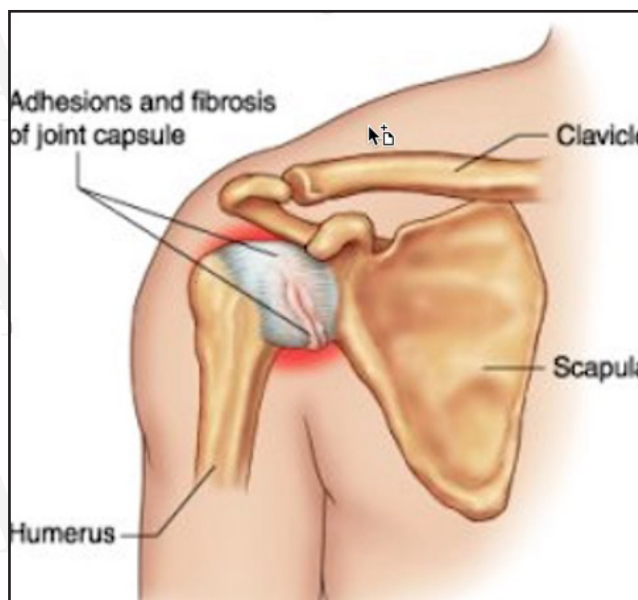
(Adhesive capsulitis, capsulitis adhaesiva)

Eerste aanzet tot een toelichting / magazine m.b.t. de frozen shoulder. 22/03/26

Wat is een frozen shoulder?

Een frozen shoulder (een andere, meer medische benaming, is adhesive capsulitis) betekent letterlijk genomen een bevroren schouder. Natuurlijk is de schouder niet echt bevroren maar deze blessure wordt wel gekenmerkt door een forse bewegingsbeperking. Het kapsel van de schouder gaat ontsteken waardoor de verschillende plooien van het kapsel gaan verkleven. Hoe meer plooien er in het kapsel verkleven hoe forser de bewegingsbeperking zal worden.

Er zijn daarnaast ook twee verschillende soorten van een adhesive capsulitis te zien. Bij de primaire vorm is geen duidelijke oorzaak te vinden en deze komt ook het meeste voor. Bij de tweede vorm is wel een duidelijke oorzaak te vinden voor het ontstaan van de klachten of speelt een onderliggende aandoening een rol bij het ontstaan van de klachten.



Oorzaken van een frozen shoulder

De specifieke oorzaak van een frozen shoulder (waarom het kapsel verkleefd) is nog niet vast gesteld. Echter weten we wel meer over het ontstaan van deze schouderblessure. Zoals al eerder benoemd zijn er twee soorten: de primaire en de secundaire frozen shoulder. Een primaire is een langzaam progressieve aandoening welke geen duidelijke oorzaak kent. De klachten ontstaan spontaan en worden langzaam erger.

De secundaire kent wel duidelijk aanwijsbare oorzaken voor het ontstaan van de klachten. Een (soms klein) trauma aan de schouder, een operatie aan de schouder of het gebied rondom de schouder en verschillende aandoeningen (diabetes, schildklierproblematiek, artritis) kunnen aanleiding zijn tot het ontstaan van de 'bevroren schouder'.

Daarnaast kan het voorkomen dat triggerpoints de oorzaak zijn voor een frozen shoulder. Vaak zien we, ongeacht welke vorm er ontstaat dat er hieraan voorafgaand een periode van inactiviteit van de schouder is geweest. Vandaar dat het ook erg raadzaam is om bedacht te zijn op het krijgen van deze blessure. Ondanks dat de oorzaak onbekend is, loont het de moeite om er bewust van te zijn dat u in bepaalde omstandigheden een groter risico loopt op het ontwikkelen van deze aandoening.

Bij een frozen shoulder word je beperkt in het bewegen en ervaar je een doffe pijn in de schouder. Het uitvoeren van dagelijkse activiteiten wordt door deze blessure beperkt. In veel gevallen duurt herstelproces lang, maar zullen de pijn en bewegingsklachten volledig verdwijnen.

Er is heel wat geschreven over de behandeling van deze schouderblessure. Het herstelproces is middels fysiotherapie met de huidige technieken die we nu kennen niet te versnellen. Afhankelijk van de aard en de omvang van de aandoening kan interventie in sommige gevallen nuttig zijn, dit is echter zeer per persoons gebonden.

Sommigen hebben baat bij een (fysiotherapie) behandeling terwijl anderen er geen baat bij hebben of het niet nodig vinden. In het eerste geval kan de fysiotherapeut u stimuleert om u oefeningen te blijven doen. Als een van de behandelingsmethoden zou dry needling therapie aangeboden kunnen worden.

Prognose van een frozen shoulder

Dikwijls wordt de prognose positiever voorgesteld dan de werkelijkheid dit toestaat. Een frozen shoulder kan vaak ontzettend lang duren (3 maanden tot 2 jaar) voordat u helemaal hersteld bent. Echter in bijna alle gevallen verdwijnen de pijn en bewegingsbeperkingen volledig. Hier [een video](#) waarin e.e.a. wordt toegelicht. Op [deze pagina](#) wordt meer info aangeboden.

Ter verduidelijking volgt hier een van de vele studie's over dit onderwerp.

Exercise Therapy is Effective for Improvement in Range of Motion, Function, and Pain in Patients With Frozen Shoulder: A Systematic Review and Meta-analysis

Published: August 20, 2021 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.07.806>

Om te bepalen (1) wat het effect is van oefentherapie alleen of in combinatie met andere interventies in vergelijking met alleen oefeningen en programma's met of zonder oefeningen en (2) welke soort oefentherapie of combinatie met andere interventies het meest effectief is. Studies werden gescreend in een 2-fasen aanpak door 2 onafhankelijke reviewers (M.M. en L.M.). Referentielijsten van geïncludeerde studies en interessante systematische reviews werden met de hand doorzocht.

Gegevens extractie

Twee onafhankelijke beoordelaars (M.M. en L.M.) verzamelden informatie over herkomst, kenmerken van studiedeelnemers, toelatingscriteria, kenmerken van interventies, uitkomstmaten en belangrijkste resultaten in een vooraf gedefinieerd sjabloon.

Synthese van de gegevens

Drieëndertig studies werden opgenomen in de kwalitatieve analyse en 19 in de meta-analyse. Voorlopig bewijs werd gevonden dat gesuperviseerde oefeningen gunstiger zijn dan thuisoefeningen voor ROM

en functie. Multimodale programma's bestaande uit oefeningen kunnen resulteren in weinig tot geen verschil in ROM vergeleken met alleen oefeningen. Programma's met spierkrachttechnieken laten weinig tot geen verschil in ROM zien in vergelijking met programma's met andere oefeningen. Het toevoegen van rekoefeningen aan een multimodaal programma met oefeningen kan de ROM vergroten. Er is onduidelijk bewijs dat er een verschil is tussen deze programma's wat betreft functie en pijn. Voorlopig bewijs werd gevonden voor verschillende behandelprogramma's met oefeningen als gunstig voor verbetering van zowel passieve als actieve ROM, functie, pijn, en spierkracht. Geen van de studies gebruikte patiënttevredenheid als uitkomstmaat.

Conclusies

ROM, functie en pijn verbeteren met zowel alleen oefeningen als programma's met oefeningen, maar voor ROM en pijn was er weinig tot geen verschil tussen programma's en voor functie was het bewijs onzeker. Het toevoegen van oefeningen verbetert de actieve ROM vergeleken met een programma zonder oefeningen, terwijl het toevoegen van fysieke modaliteiten geen gunstig effect heeft. Spierenergietechnieken zijn een gunstige vorm van oefentherapie voor het verbeteren van de functie in vergelijking met andere soorten oefeningen. Helaas kan er geen conclusie worden getrokken over de resultaten op de lange termijn en de meest effectieve dosering van oefentherapie.

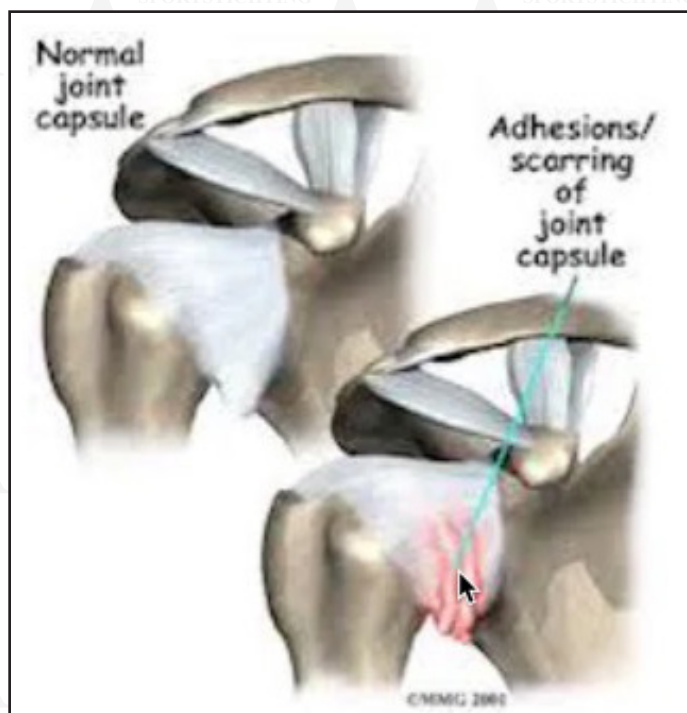
Hoe wordt de diagnose gesteld?

Schouderpijn of -instabiliteit zijn soms moeilijk te diagnosticeren en te behandelen tenzij ze veroorzaakt zijn door een duidelijk trauma. De voorgeschiedenis van de patiënt is zeer belangrijk omdat talrijke aandoeningen pijn in deze regio kunnen veroorzaken, gaande van doorverwezen pijn vanuit de halswervelkolom, vasculaire of neurologische aandoeningen, spierscheuringen, peesaandoeningen, functionele problemen ten gevolge van een slechte houding of thoraco-scapulaire stabiliteit, om maar enkele voorbeelden te geven.

Een systematische aanpak van het gebruik van onderzoeksinstrumenten zoals echografie of MRI is essentieel voor een succesvol resultaat. Deze patiënten zoeken vaak verschillende zorgverleners op en kunnen verward raken door de adviezen en behandelingen die gegeven worden.

Het is belangrijk om systematisch te werk te gaan. Bij veel van deze aandoeningen komen geassocieerde of secundaire problemen van unilaterale letsels vaak voor. Het is belangrijk om uit te sluiten of deze symptomen primair of secundair zijn.

In de anamnese van de patiënt moeten het begin, de aard en de plaats van de pijn, bijzonderheden over eerdere letsels aan de bovenste ledematen of rug en bijzonderheden over cardiovasculaire, neurologische of reumatische aandoeningen worden beschreven. Er zijn talrijke niet-orthopedische aandoeningen die schouderpijn kunnen veroorzaken. Hart ischaemie kan uitstralende pijn naar de linkerschouder veroorzaken en leveraandoeningen naar rechts. Bij vrouwen moet rekening worden gehouden met borstkanker en andere zeldzame aandoeningen.



Als er een vermoeden bestaat dat de schouderklachten veroorzaakt worden door niet-orthopedische aandoeningen, vraag dan advies aan een specialist terzake. De kenmerken van de pijn en de uitlokkende factoren moeten nauw-

keurig worden omschreven. De kenmerken van de pijn en de uitlokkende factoren moeten gedetailleerd worden beschreven. Merk op dat secundaire spanning van spieren rond de schouder, nek en bovenrug bijna altijd geassocieerd zijn.

Een klinisch onderzoek moet, indien mogelijk, een functionele evocatie van de symptomen omvatten. Vraag de patiënt aan te tonen wat de meeste pijn veroorzaakt. De schouder moet zowel vanuit een orthopedisch als vanuit een neurologisch perspectief worden onderzocht. De beweeglijkheid van de schouder en de spierflexibiliteit moeten worden onderzocht en er moet worden gepalpeerd op gevoelige plaatsen. Indien röntgenfoto's worden gemaakt, moet er een duidelijke en relevante reden zijn, zoals een vermoedelijke stressfractuur, artrose of tumor. MRI kan nuttig zijn, maar gezien de complexiteit van de anatomie van de schouder moet de radioloog zich door specifieke vragen laten leiden.

Een frozen shoulder komt vaak tijdens de anamnese al naar voren aan de hand van de symptomen die mensen aangeven. Bij lichamelijk onderzoek worden de bewegingsbeperkingen vaak duidelijk zichtbaar samen met de pijn die bij de bewegingen gepaard gaat. Door het duidelijke beloop kan de diagnose dus vaak relatief makkelijk gesteld worden.

Daarnaast kan het zijn dat er aanvullend onderzoek, in de vorm van een foto, aangevraagd wordt om te controleren of de schouder er verder normaal uit ziet en er geen tekenen van een trauma zijn. Vaak kan iemand zelf ook heel goed aangeven of er sprake is geweest van een trauma, dit is van belang om vast te stellen of het een primaire of secundaire frozen shoulder betreft.

Wat zijn de tekens & symptomen?

Een frozen shoulder wordt vaak gekenmerkt door een doffe schouderpijn en daarbij beperkingen in het bewegen. Vaak heeft men moeite met bepaalde ADL-activiteiten zoals het kammen van de haren en het aantrekken van shirts, truien enz. Ook slapen op de aangedane schouder geeft pijnklachten. Het beloop van deze aandoening is vaak erg langzaam. Er zijn 3 fases te herkennen in het beloop.

Fase 1, pijnvolle, freezing fase: Zeurende, constante pijn, vaak ook 's nachts aanwezig en met name erg wanneer met op de aangedane schouder gaat liggen. Gewone standaard pijnstilling helpt vaak weinig in deze fase. De mobiliteit wordt heel langzaam steeds wat minder. Deze fase kan van enkele weken tot wel 9 maanden duren.

Fase 2, van 4 tot 12 maanden, blijft de stijfheid aanwezig. Het enige verschil in deze fase is dat de pijn geleidelijk af neemt.

Het beloop is voor wat betreft de duur van iedere fase per persoon heel erg verschillend en daarom zijn de fases ook zo ruim beschreven voor wat betreft de tijd die iedere fase kan duren.

Fase 3, herstel, ontdooi fase: De pijn neemt geleidelijk af en de mobiliteit wordt steeds beter. Deze periode kan wel een jaar tot drie jaar duren.

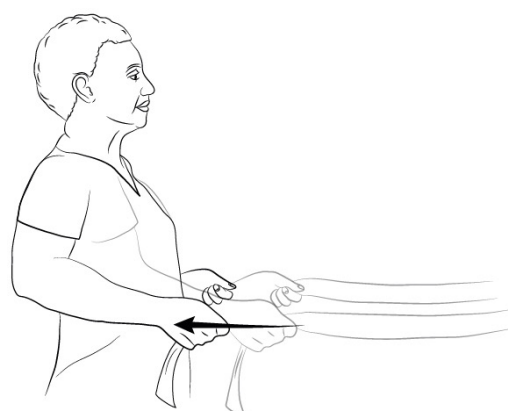
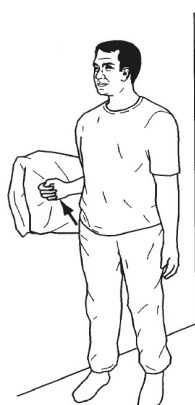
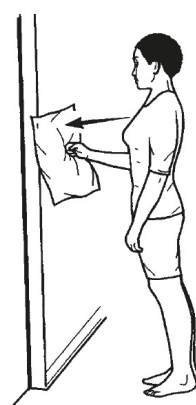
Hier zijn een paar YOUTUBE filmpjes:

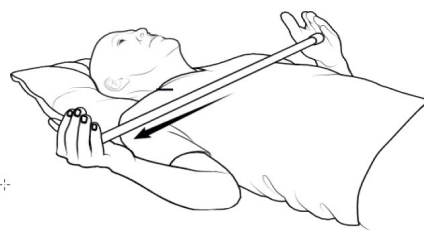
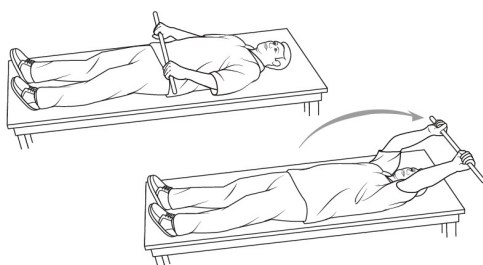
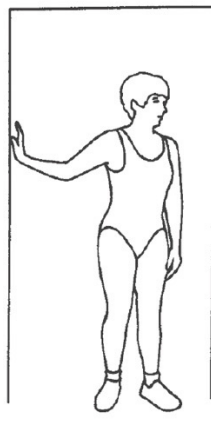
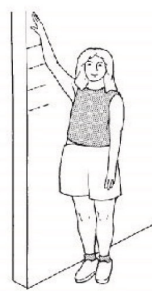
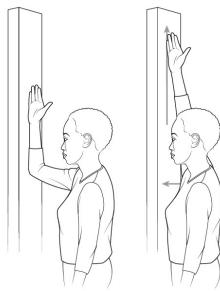
<https://www.youtube.com/watch?v=4oHNYvRJekA&t=258s>

<https://www.youtube.com/watch?v=SV7exHYLVHU>

OEFENINGEN

Een aantal van de gebruikelijke mobiliserende- en krachtversterkende oefeningen zijn hier voor u op een rij gezet. Neem vooraf, bij het uitvoeren van de oefeningen, voor eventuele aanpassing, contact op met Peter.





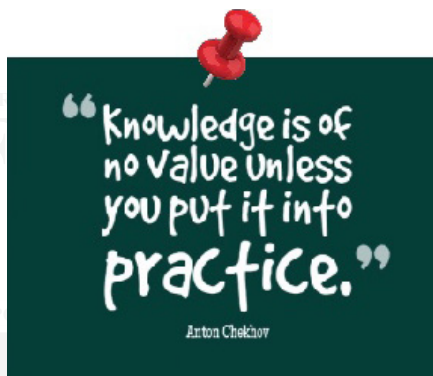
Gewrichtsdegeneratie gaat meestal gepaard met het geleidelijk ontstaan van mobiliteitsbeperkingen, die in de beginstadia niet altijd pijn veroorzaken. Pijn zal echter ontstaan wanneer de bewegingen een ROM vereisen die de beperking overschrijdt. Het gewrichtskapsel kan ook uitgerekt raken bij langdurige statische belasting in ontspannen posities en er kan dan pijn optreden. Ontsteking kan gewrichten snel doen verstijven met intense pijn in rust. Actieve ontsteking moet onder controle worden gehouden met medicatie voordat een behandeling ter verbetering van de mobiliteit kan beginnen. Anders zou de behandeling de gewrichtsontsteking alleen maar verder irriteren en de pijn doen toenemen. Naarmate de ontsteking afneemt, kan de revalidatie beginnen

met ROM-oefeningen, afhankelijk van de pijntolerantie. Zodra de ontsteking volledig is verdwenen, kan met intensievere immobilisatie worden begonnen. In sommige gevallen moet cryotherapie, plaatselijke verdoving of soms zelfs anesthesie worden toegediend vóór de mobilisatie omdat de zachte weefsels teer zijn.

De rektechniek zal afhangen van de gewrichtsstructuur en de aard van de immobiliteit. Gewrichtsbepierking in de schouder als gevolg van ontsteking wordt vaak het best geholpen met de CR techniek. De frozen shoulder wordt gestabiliseerd op het einde van de passieve ROM en actieve spiercontractie wordt gebruikt om het gewrichtskapsel op te rekken. Het contracteren van subscapularis zal de rotator cuff mediaal en infraspinatus lateraal strekken. ROM wordt verhoogd tijdens de ontspanningsfase met de vrije mobiliteitsruimte na het loslaten van spanning; dan vereist het strekken van het gewrichtskapsel slechts minimale hoeveelheden kracht. De techniek wordt herhaald totdat de gewenste ROM is bereikt. Vaak is een intra-articulaire injectie van een plaatselijk verdovingsmiddel nodig om de stretch bij de eerste poging mogelijk te maken.

In gevallen van gewrichtskapselontsteking veroorzaken SS-technieken gewoonlijk hevige pijn en worden daarom niet aanbevolen. SS kan met succes worden toegepast na immobilisatie, afhankelijk van de stretchtolerantie van de patiënt. Het gebruik van lichte belasting kan de rektolerantie aanzienlijk verbeteren; als de gebruikte kracht echter te licht is, zal geen enkele hoeveelheid tijd resultaten opleveren.

Tractie weg van het gewrichtsooppervlak in een rechte hoek is vaak de minst pijnlijke richting voor stretching in gevallen van beperkte ROM ten gevolge van artrose. In dit geval zullen alle stabiliserende structuren van het gewricht direct beïnvloed worden door de rek en dus een grotere hoeveelheid kracht nodig hebben in vergelijking met andere richtingen. Stretching moet lang genoeg zijn om permanente structurele veranderingen in de gewrichtskapsels en gewrichtsbanden te bereiken. Dit kan worden bereikt met zowel continue statische als repetitieve intermitterende stretching.

*Niets is zo praktisch als een goede theorie!***FROZEN SHOULDER SPECIAL****AANGEBODEN AAN AFAFA LEDEN TER INFORMATIE
EN ONDERSTEUNING BIJ HUN SPORTBEOEFENING.**

Het doel van het Afafa Magazine is niet het presenteren van een alles omvattende theorie, maar vraagtekens en kritische kanttekeningen te plaatsen bij de huidige gangbare, algemeen aanvaarde en soms slaafs gevolgde opvattingen omtrent training, prestatie, gezondheid, athletic fitness, conditie, combatsport en begeleiding. In dit kader dient het magazine als informatie en discussiestuk en nimmer als dictaat. Het is geen receptenboek, met de meest inventieve en gecompliceerde spectaculaire trucs in no-time een onweerstaanbare killerbody te verwerven of onoverwinnelijk te worden. Ook zullen mystificaties en verheerlijking van de 'self proclaimed Goeroe's' hierin niet aangetroffen worden. De centrale gedachte is, om de lezer te informeren, te enthousiasmeren en bekwaam te maken opdat deze in staat is, zelfstandig zijn sportbeleving vorm te geven. En kritisch te zijn in het beoordelen van informatie. Zo ook dient deze tekst gelezen te worden. Kritisch.

Wie training geeft oefent invloed uit. Niet toevallig, maar opzettelijk en in een van te voren bepaalde richting. Als trainer wenst men deze invloed uit te oefenen en is daarom (mede)verantwoordelijk voor de aard en richting ervan. Het bewegen wordt door mij gezien als een wijze van zich gedragen. Bewegen, of bewegend zich gedragen, wordt door ons waargenomen en herkend als een wijze van omgaan met de wereld waarin wij leven. Het bewegend zich gedragen is één van de mogelijkheden van de mens om zijn relatie met de wereld gestalte te geven. Wij herkennen het gedrag als zinvol vanuit de waargenomen betrokkenheid op een situatie. Niet vanuit de uitgevoerde beweging. Bewegend zich gedragen wordt altijd gekenmerkt door verplaatsen ten opzichte van iets of iemand, of door verplaatsen van iets of iemand ten opzichte van jezelf.

BRUGSTRAAT 15-17; 2042 LG ZANDVOORT
TEL: 06 8135886
BANK ING: NL18INGB0002689312
[EMAIL](#) | [AFAFA SITE](#): | [FACEBOOK](#)

Behoudens uitzondering door de wet gesteld mag niets, zonder schriftelijke toestemming van de rechthebbende(n) op het auteursrecht, c.q. de uitgever van deze uitgave worden vervoelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of anderszins, hetgeen ook van toepassing is op de gehele of gedeeltelijke bewerking. De uitgever is niet aansprakelijk voor schade van welke aard ook voortvloeiende uit het gebruik van de afgedrukte gegevens, als bedoeling in art. 17 lid 2. Auteurswet 1912 en in het KB van 20 juni 1974 (Stb. 351) ex artikel 16b., te innen en/of daartoe in en buiten rechte op te treden.