



AZ JAN PALFIJN
GENT



Schouderprothese

INFORMATIE VOOR PATIËNTEN

Associatie Orthopedie & Traumatologie AZ Jan Palfijn Gent



Dr. Harth A.

rug-, heup- en kniechirurgie
www.harth-orthopedie.be



Dr. Depaepe Y.

schouder- en kniechirurgie
www.depaepe-orthopedie.be



Dr. De Bo T.

heup-, enkel- en voetchirurgie
mcavlaanderen.wordpress.com



Dr. Moens K.

knie-, heup-, pols- en handchirurgie
www.doktermoens-orthopedie.be



Dr. Van Parys M.

schouder-, elleboog-, pols- en handchirurgie
www.drvanparys.be



Prof. dr. Burssens P.

enkel- en voetchirurgie



Dr. Lauwagie S.

kinder- en neuro-orthopedie

INHOUDSTAFEL

| | |
|---|----|
| 1. Het normale schoudergewricht | 4 |
| 2. Artritis van het schoudergewricht | 5 |
| 3. Wanneer welk schoudergewricht? | 7 |
| 4. De voorbereiding op de operatie | 9 |
| 5. Opname in het ziekenhuis | 10 |
| 6. De operatiezaal | 11 |
| 7. Na de ingreep | 12 |
| 8. Het verdere verblijf op de afdeling orthopedie | 13 |
| 9. Het ontslag | 15 |
| 10. Tot slot | 16 |
| 11. Postoperatieve oefeningen | 17 |

INLEIDING

Welkom in het AZ Jan Palfijn Gent. We hopen dat uw verblijf bij ons zo aangenaam mogelijk verloopt.

Deze brochure is opgesteld om u voor te bereiden en de nodige informatie te bezorgen over uw **schouderprothese**.

Wenst u nog bijkomende informatie voor uw ziekenhuisopname, dan kan u contact opnemen met de raadpleging orthopedie via het nummer 09 224 87 96.

Indien u tijdens uw verblijf in het ziekenhuis vragen hebt, aarzel niet om deze te stellen aan de verpleegkundigen, kinesisten of uw behandelend arts. Wij zijn er om u te helpen.

Het volledige team wenst u een spoedig herstel en een vlotte revalidatie toe.

1. HET NORMALE SCHOUDERGEWRICT

Het schoudergewricht bestaat uit twee beenderen: de **kom** van de schouder (glenoid), die deel uitmaakt van het schouderblad, en de **bol van de schouder** (caput), die deel uitmaakt van de bovenarm. Het is een kogelgewricht waarrond verschillende grote schouderspieren vasthechten, waardoor de arm in de ruimte kan geplaatst worden. Zowel de pan als de bol zijn bedekt met een laag kraakbeen voor een soepele en pijnloze beweging tussen de twee botuiteinden.

De **rotator cuff** is de belangrijkste spiergroep van de schouder. Het is een peesblad bestaande uit 4 delen:

- ▶ **Supraspinatus:** heft de arm naar boven
- ▶ **Subscapularis:** doet arm naar binnen draaien
- ▶ **Infraspinatus en teres minor:** zorgen voornamelijk voor het naar buiten draaien van de arm

Deze pezen hebben ook een belangrijke rol in de stabiliteit van de schouder en "centreren" de bol in de kom van de schouder.

Deze pezen verbinden de respectievelijke spieren met het bot van de bovenarm (tuberculum majus).

2. ARTRITIS OF ONTSTEKING VAN HET SCHOUDERGEWRIGHT

Er zijn 5 verschillende oorzaken voor het ontstaan van artritis van de schouder. Deze aandoeningen kunnen bij blijvende pijn en toename van functiehinder noodzaak geven tot het plaatsen van een schouderprothese.

Artrose van de schouder

Artrose van de schouder is een **chronisch slijtageproces** waarbij het beschermende kraakbeen ter hoogte van de botuiteinden geleidelijk aan afneemt in volume en kwaliteit. Naast de vermindering van het kraakbeen neemt bij het ouder worden ook de **kwaliteit van het weefsel** van de schouderpezen af, waardoor ze hun bewegingsfunctie minder goed kunnen uitvoeren.



Als gevolg van de aantasting van het kraakbeen schuren de beenderige uiteinden rechtstreeks op elkaar, wat pijn veroorzaakt. Daarnaast treden er **zwellings, stijfheid en misvormingen** op. Dit geeft aanleiding tot **krachtverlies** en zorgt vaak voor een **functiebeperking** in de dagelijkse activiteiten (bv. iets uit kast halen, koffie uitschenken, zich wassen ...)

Reumatoïde artritis

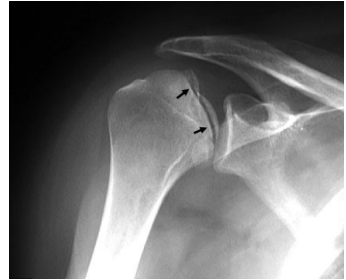
Bij patiënten met ontstekingsreuma of reumatoïde artritis (RA) treedt er een **versnelde afbraak van kraakbeen en veelvuldige ontstekingen** in de gewrichten op. Er is meestal een typische symmetrische aantasting van de gewrichten. Reumatoïde artritis is een auto-immuunziekte. De oorzaak van deze aandoening is gelegen in een fout van het afweersysteem. Bij een vorderende afbraak van het kraakbeen leidt dit tot pijn in de schouder en tot een forse beperking van de functie.

Trauma

Na een breuk of ontwrichting van de schouder kan er na zekere tijd een versnelde artrose van het schoudergewricht ontstaan.

Avasculaire necrose

Dit is een ziekte die ontstaat als de bloedtoevoer naar de kop van de humerus wordt onderbroken. De zone van bot in de humeruskop die geen bloed krijgt gaat afsterven (necrose). Dit geeft uiteindelijk aanleiding tot vervorming van het schoudergewricht en artrose. Enkele oorzaken voor het ontstaan van avasculaire necrose zijn langdurig cortisonegebruik, overmatig alcoholgebruik, breuken, ... Soms wordt er ook geen oorzaak weerhouden: idiopathische avasculaire necrose.



Rotator cuff arthropathie

Bij het bestaan van een langdurige niet herstelde rotator cuff scheur kan een forse artrose ontstaan. De rotator cuff kan de bol van de schouder niet meer centreren in de pan van de schouder. De bol van de schouder kan zo opstijgen en gaan wrijven tegen het dak van de schouder. Dit veroorzaakt een secundaire artrose van de schouder.



De combinatie van rotator cuff scheur en forse artrose van de schouder geven aanleiding tot pijn en soms zeer forse bewegingsbeperking en spierzwakte. Dit noemt men een "pseudoparalyse" beeld: het lijkt alsof de arm is verlamd.



3. WANNEER WELKE SCHOUDERPROTHESE?

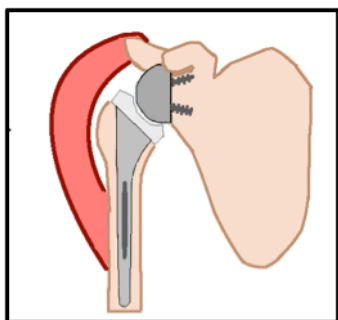
Welke schouderprothese voor u het meest geschikt is, hangt af van de diagnose. Uw arts kiest samen met u de prothese die voor uw situatie het meest geschikt is.

Omgekeerde schouderprothese

Een omgekeerde schouderprothese is **de meest frequent geplaatste schouderprothese**. Indien niet alleen het schoudergewricht, maar ook de pezen van de schouder versleten zijn, wordt geopteerd voor het plaatsen van een omgekeerde schouderprothese (reversed schouderprothese).

Bij een omgekeerde schouderprothese komt op de plaats van de originele pan een halve bol. De originele bol van de schouder wordt dan vervangen door een kommetje dat vast zit op de steel. De delen van de prothese worden dus als het ware "omgekeerd" geplaatst.

Bij deze prothese **wijzigt de manier van bewegen** volledig. Hierbij worden de rotator cuff pezen om uw arm op te tillen minder belangrijk. De motor van de prothese wordt de grote schouder spier (deltoid spier). De deltoid spier samen met de omgekeerde schouderprothese zorgen ervoor dat u de arm opnieuw kan opheffen, zelfs met een afgescheurde rotator cuff pees.



Anatomische schouderprothese

Bij een anatomische schouderprothese wordt de versleten bol van de schouder (de humeruskop) afgezaagd en vervangen door een nieuwe bol. Deze wordt geplaatst op een steel, zodanig dat de kop stevig kan ingroeien in het bot om een optimale stabiliteit te garanderen. De schouderpan (het glenoïd) wordt vervangen door polyethyleen (een hard plastic).

Een anatomische schouderprothese wordt meestal geplaatst bij **jongere patiënten met artrose**. Een anatomische schouderprothese kan enkel geplaatst worden indien alle **structuren van de rotator cuff pezen** nog volledig intact zijn.



Stemloze schouderprothese

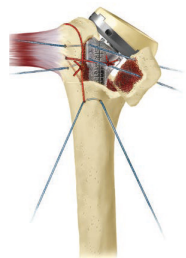
Bij een stemloze schouderprothese wordt er een metalen bol geplaatst met een veel kortere steel of zelfs geen steel. Een stemloze schouderprothese kan slechts geplaatst worden als **de botkwaliteit optimaal** is.



Fractuurprothese

Dit type wordt gebruikt bij **onherstelbare breuken van de bol van de schouder**. In de overgrote meerderheid van de gevallen betreft dit een omgekeerde schouderprothese. Zelden wordt er nog geopteerd om enkel de gebroken bol te vervangen: halve schouderprothese (hemiprothese).

De ingreep is complexer dan een prothese voor behandeling van artrose en het resultaat is moeilijker voorspelbaar. We kunnen in vele gevallen geen volledig maar wel een aanvaardbaar herstel van de schouderfunctie bekomen. De revalidatie verloopt moeizamer en is vaak langduriger dan bij een klassieke omgekeerde schouderprothese.



4. DE VOORBEREIDING OP DE OPERATIE

Na de beslissing om een **schouderprothese** te laten plaatsen, wordt u verwezen naar de **preoperatieve raadpleging** in het ziekenhuis om u optimaal voor te bereiden op uw ziekenhuisopname.

U vult een **toestemmingsformulier** (informed consent) in.

Er worden indien nodig preoperatieve onderzoeken uitgevoerd, zoals een bloedafname, een electrocardiogram en een radiografie van de longen. Deze kunnen zowel via de huisarts uitgevoerd worden, als via de preoperatieve raadpleging. Indien nodig worden aanvullende preoperatieve consultaties bij de cardioloog/anesthesist, ... gepland om de ingreep in de meest optimaal voorbereide omstandigheden te laten doorgaan. **Indien de onderzoeken bij de huisarts werden uitgevoerd, brengt u deze best mee naar de preoperatieve infosessie zodat uw dossier reeds voorafgaand aan de opname kan nagekeken worden.**

Neemt u **bloedverdunners** of hebt u **allergieën** (bv. voor bepaalde medicatie of latex), dan meldt u dit best meteen hier.

U krijgt een uitnodiging voor de **preoperatieve infosessie "Rapid Recovery"**, waar u alle informatie over uw operatie, het verloop van de hospitalisatie, de ontslagplanning en de revalidatie krijgt. Uw aanwezigheid (samen met uw partner, ander familielid of begeleider) is warm aanbevolen (gratis parking is voorzien).

Dit wordt in 3 groepjes (knie-, heup- en schouderprothese patiënten) georganiseerd, startend met een uurtje uitleg van een kinesist. Volgende zaken komen hierin aan bod:

- ▶ Uw krukken worden correct afgesteld (vergeet deze dus niet mee te brengen).
- ▶ U leert hoe u zich kan verplaatsen en hindernissen kan nemen met krukken.
- ▶ De kinesisten leren u een aantal oefeningen die een belangrijke rol spelen in uw herstel na de ingreep.
- ▶ De kinesist zal u het volledige revalidatieproces schetsen en antwoord bieden op eventuele vragen.

Volgend op de uitleg van de kinesist zal u uitgenodigd worden om een informatieve video te bekijken waarin het hele traject van een prothese patiënt wordt weergegeven, zodat u een goed beeld krijgt van wat u te wachten staat.

De sociale dienst is aanwezig om eventueel al thuishulp, hulpmiddelen en zo nodig een revalidatieplaats aan te vragen. Er kunnen vragen gesteld worden.

Het gepersonaliseerd elektronisch platform **AWELL** staat u bij tijdens de voorbereiding van de operatie en volgt uw revalidatie op. Wij bieden u dit platform gratis aan. Belangrijk is dat we uw e-mailadres kennen, zodat wij dit platform kunnen laten opstarten. Indien dit niet werd bevestigd bij uw inplanning voor de ingreep, gelieve ons dit nog door te geven via de raadpleging (09 224 87 96) of via de preoperatieve dienst (09 224 80 10). U ontvangt een e-mail om vlot met AWELL van start te gaan. Regelmatig ontvangt u berichten met informatie, video's en/of vragen om de periode voor en na uw operatie zo vlot mogelijk te laten verlopen. Op die manier kunnen wij u ook op afstand opvolgen in het ziekenhuis en kunnen wij u contacteren bij problemen. Wil u dit liever niet, meld dit dan aan de arts bij het inplannen van uw prothese-ingreep.

Als u alleen woont en weinig sociale hulp hebt, kunt u tijdelijk verblijven op onze **revalidatieafdeling** of in een **revalidatiecentrum**. Daar kunt u verder revalideren tot u zichzelf voldoende kunt behelpen. **Belangrijk: bespreek dit vóór de operatie met uw behandelend arts, zodat u dit op voorhand kunt plannen.**

Preoperatieve voorbereiding thuis

Verwijder alle juwelen, piercings en nagellak en knip de nagels van uw handen en voeten.

Om de kans op een besmetting van uw prothese zo klein mogelijk te maken, vragen we u om zich de dag voor de operatie of 's morgens voor uw vertrek naar het ziekenhuis **volledig te wassen onder de douche met Hibiscrub® zeep**. Die zeep zal uw huid ontsmetten en het infectierisico doen dalen. Hibiscrub® kunt u bij uw apotheek zonder voorschrift verkrijgen.

5. OPNAME IN HET ZIEKENHUIS

Normaal gezien wordt u **de dag van de operatie 's morgens opgenomen op de dienst orthopedie (straat 161) of kortverblijf (straat 171)**. Uitzonderingen worden op de consultatie afgesproken.

Wij vragen dat uw begeleider na een 30-tal minuten de kamer verlaat. Zo kunnen we u en andere patiënten adequate zorg en privacy garanderen. Uitzonderingen worden besproken met de verpleegkundige op de dienst.

Wat brengt u mee:

- ▶ De resultaten van de preoperatieve onderzoeken (bloeduitslagen, ecg, beeldvorming ...)
- ▶ De ingevulde medische vragenlijst
- ▶ Uw thuismedicatie (+ medicatielijst): in originele verpakking (dus GEEN losse tabletten of vooraf klaargezet in pillendoosje)
- ▶ Kaart of bewijs van hospitalisatieverzekering
- ▶ Toiletgerief en toiletlinnen

's Morgens vóór de ingreep:

De dag van de ingreep mag u **niets meer eten of drinken vanaf middernacht** om de kans op braken te verminderen.

De verpleegkundige **scheert de operatiezone** met een clipper (geen scheermes). Dit is een soort tondeuse waardoor de kans op letsels door scheren uitgesloten is.

Was uzelf met een speciale zeep, om het risico op een infectie (besmetting van de prothese) te verkleinen. Indien u zich thuis nog niet met Hibiscrub® zeep hebt gewassen, wordt dit op de kamer in het ziekenhuis nog gedaan.

Verwijder uw bril of lenzen, juwelen, piercings, nagellak en tandprothesen.

Tijdens het transport naar de operatiezaal zullen verschillende verpleegkundigen uw **identiteit** vragen en uw **polsbandje** controleren. Maak u geen zorgen, dit is voor de patiëntveiligheid.

6. DE OPERATIEZAAL

Voor u de operatiezaal binnenkomt, brengt u nog een korte periode door in de **preoperatieve ruimte**. Hier worden een aantal zaken voorbereid:

- ▶ Er wordt een **infuus** geplaatst zodat u de nodige pijnstillers kan krijgen.
- ▶ De anesthesist plaatst nadien een **zenuwblok** (interscaleen blok) of pijnblok alvorens u zal slapen, zodat u na de operatie minder pijn ervaart. Dit houdt in dat de anesthesist met een echotoestel in de hals de zenuwbundel van de schouder opzoekt en rond deze zenuw lokale verdoving inspuit om de postoperatieve pijn beter te kunnen controleren. Tijdens de prik kunt u elektrische schokjes voelen ter hoogte van de schouder en arm, dit is normaal en wordt uitgelokt door een stimulatie-toestel. Na de prik zult u een zwaartegevoel ervaren van de arm, wat betekent dat het blok al werkt.

De behandelend arts zet voor de verdoving een pijl op het te opereren lichaamsdeel.

De operatiezaal

Een verpleegkundige zal u vragen op uw rug op de operatietafel te gaan liggen. De anesthesist stelt zo nodig nog extra vragen en kan ook die van u beantwoorden. Hij zal u volledig laten slapen, tenzij dit vooraf anders werd afgesproken op de raadpleging. Nadat u verbonden bent met de monitor, zal u een masker met zuurstof voorgehouden worden. De anesthesist geeft ondertussen via uw infuus de producten waarvan u in slaap zult vallen.

Veel mensen hebben meer **angst voor de verdoving** dan voor de ingreep zelf. Dit komt omdat men zich overgeleverd voelt en geen vat heeft op de situatie.

De verdoving gebeurt door ervaren specialisten die veilig werken met de beste apparatuur. Via de preoperatieve raadpleging bent u ook optimaal voorbereid op deze ingreep. U hoeft dus niet bang te zijn voor de verdoving.

7. NA DE INGREEP

Na de operatie ontwaakt u in de ontwaakruimte waar we u van nabij zullen volgen en uw pijn onder controle zullen houden. U krijgt de nodige pijnstillers via een infuus. We proberen het gebruik van zware pijnstillers te beperken zodat u niet misselijk bent en goed kan revalideren na uw ingreep. U mag zeker aangeven mocht u nog pijn hebben, zodat er indien mogelijk extra pijnstilling kan toegediend worden. U krijgt een waterijsje zodat uw maag zo snel mogelijk terug op gang wordt gebracht.

Als uw parameters (bloeddruk, polsslag, ademhaling,...) goed zijn en de pijn goed onder controle is, brengt een verpleegkundige u opnieuw naar uw kamer.

Na de operatie zal een verpleegkundige verschillende malen uw bloeddruk nemen en uw pijn bevragen. Indien de parameters onder controle zijn zal het infuus afgekoppeld worden en wordt enkel de toegang behouden om zo nodig nog medicatie te kunnen toedienen waar nodig. Zo bent u snel zo mobiel mogelijk.

Na de ingreep krijgt u op uw kamer zo snel mogelijk water aangeboden en kort nadien lichte voeding om misselijkheid/ overgeven te vermijden.

U zal de dag van de operatie (afhankelijk van het postoperatief verloop) al uit bed gehaald worden: de kinesist of de verpleegkundige zullen je zo snel mogelijk uit bed halen en rechtop laten zitten in de zetel of op de rand van het bed zitten. Hoe sneller u uw mobiliteit herwint, hoe minder kans op complicaties en des te vlotter zal de revalidatie verlopen.

Het is daarnaast ook belangrijk om tijdens de eerste 24 uur zelf te bewegen in bed: voeten op en neer bewegen, dijbeenspier aanspannen. U hoeft niet stil te liggen in bed.

Vraag voldoende hulp aan de verpleegkundigen van de afdeling en geef duidelijk aan hoe u zich voelt en of u pijn heeft zodat zij u optimaal kunnen helpen.

8. HET VERDER VERBLIJF OP DE AFDELING

De eerste dag postoperatief (na de operatie) zal er een bloedafname uitgevoerd worden en wordt het infuus verwijderd. Er wordt een controlefoto van de geopereerde schouder genomen. De kinesist komt langs om de revalidatie te starten en haalt u een eerste keer uit bed.

De volgende dagen zal de kinesist telkens langskomen en met u de revalidatie verderzetten tot u klaar bent voor ontslag naar huis of naar een revalidatieafdeling. Indien tijdens de opname blijkt dat er hulpmiddelen voor thuis of meer zorg moet geregeld worden, zal de **sociale dienst** bij u langskomen.

Het is belangrijk te begrijpen dat een operatie achteraf **pijn** doet. Deze pijn wordt bestreden volgens een vast schema. Indien u pijn voelt, moet u vragen naar bijkomende pijnstilling, zodat kan bekeken worden of er extra pijnstillende medicatie kan toegediend worden om u meer comfort te geven. Het is belangrijk om op vaste tijdstippen pijnstilling te krijgen en in te nemen zodat geen pijnpiek ontstaat. Zeker 's avonds en 's nachts kan u best extra pijnstilling vragen. Een goede nachtrust zorgt ervoor dat u zich de volgende dag beter voelt.

Een goede pijnmedicatie zorgt voor een vlottere revalidatie!

De doktersronde

Dagelijks zal 's morgens de HAIO (huisarts in opleiding) of de assistent(e) Orthopedie langskomen om na te gaan of er zich geen problemen stellen. Uw behandelend arts komt ook elke dag langs om de postoperatieve revalidatie verder op te volgen. Belangrijk: stel vragen zodat alles duidelijk is. U kan uw vragen noteren achteraan in deze brochure en ze stellen op het moment van het bezoek van de assistent(e) of uw arts.

Tijdens het weekend zal de orthopedist van wacht langskomen, die kan verschillen van uw behandelend arts. Gezien wij als één dienst samenwerken worden eventuele problemen doorgegeven zodat uw behandelend arts altijd op de hoogte is.

De revalidatie

Vanaf de eerste dag postoperatief zal de kinesist bij u langskomen om de revalidatie te starten. Er zal gestart worden met de mobilisatie van het schoudergewricht, elleboog, pols en vingers. De kinesist zal de al aangeleerde oefeningen (tijdens de sessie kinesitherapie voor de ingreep) herhalen en u verder begeleiden in een correcte uitvoering. U krijgt ook tips om zo makkelijk mogelijk in en uit bed te komen en andere transferten uit te voeren.

Voor een vlot herstel is het aangewezen dat u ook zelf tussendoor oefent. De oefeningen van de kinesist zijn een minimum.

De schouder

Het is volkomen normaal dat de **schouder de eerste weken gezwollen** staat. Mogelijks sijpelt er de eerste dagen vocht uit de wonde. Dit is niet meteen zorgwekkend. Een steriele wondverzorging door de verpleegkundige is wel noodzakelijk. Verschillende keren per dag gedurende 15 minuten ijs leggen (coldpacks) is aangewezen.

Sociale dienst

Het verblijf op de afdeling is kort. Het is aangewezen dat vooraf al een revalidatieplaats in het ziekenhuis (revalidatieafdeling) of extern wordt aangevraagd om een plaats te kunnen voorzien.

Daarnaast kan u ook de sociale dienst inroepen om hulp thuis te regelen (thuisverpleging, maaltijden aan huis, poets- en gezinshulp ...), aangezien u nog niet volledig hersteld zal zijn en u zich nog moet behelpen met krukken of looprek.

- ▶ **Vervoer:** het is belangrijk om vooraf na te denken over uw vervoer bij ontslag naar huis of een thuisvervangend milieu. U kan iemand uit uw omgeving vragen om u op te halen of u kan beroep doen op een professionele vervoerdienst.
- ▶ **Hersteloord of revalidatiecentrum:** indien een herstel thuis voor u niet mogelijk is, kan een verblijf in een hersteloord, revalidatiecentrum of andere omgeving een oplossing bieden. Om de overgang van het ziekenhuis naar deze tijdelijke verblijven vlot te laten verlopen, vraagt u dit verblijf vóór uw opname aan.

9. HET ONTSLAG

Wanneer u zich goed genoeg kan behelpen en wanneer u voor zichzelf kunt instaan, zal de dokter u ontslaan uit het ziekenhuis. Het ontslag gebeurt klassiek op de derde opnamedag (dag van ingreep mee gerekend) voor 12 uur. Hou hiermee rekening om uw vervoer te regelen zodat u voor 12 uur wordt opgehaald.

Dit is afhankelijk van volgende voorwaarden:

- ▶ Het verband is droog.
- ▶ De pijnbeleving is onder controle.
- ▶ U kan zelfstandig uit bed komen.

Ontslagplanning

Tenzij u naar een revalidatiecentrum ontslagen wordt, zal de ontslagdatum al tijdens het verloop van de opname met u afgesproken worden, zodat uzelf of de sociale dienst de nodige zaken kunnen voorzien voor de thuiskomst.

Wat krijgt u mee bij ontslag:

- ▶ Voorschrift voor pijnstilling
- ▶ Voorschrift voor kinesitherapie
- ▶ Voorschrift voor thuisverpleging
- ▶ Een controleafspraak

De verpleegkundige regelt al de eerstvolgende raadpleging bij de orthopedist. Tijdens deze consultatie volgt hij de verdere evolutie op.

Alarmsymptomen

Ondervindt u één van volgende symptomen:

- ▶ blijvend lekken van de wondnaad,
- ▶ koorts vanaf 38,5°C,
- ▶ een toename van pijn aan de geopereerde schouder?

Neem contact op met de raadpleging orthopedie (09 224 87 96). 's Avonds en in het weekend kan u contact opnemen met de spoedgevallen (09 224 81 01).

10. TOT SLOT

Vergelijk uzelf nooit met andere pas geopereerde patiënten. Het postoperatief verloop is sterk variabel van patiënt tot patiënt en de balans wordt pas opgemaakt 6 maanden tot 1 jaar na de ingreep.

Wij hopen dat deze brochure u een antwoord geeft op uw vragen. Is er nog iets onduidelijk of wenst u meer te weten, aarzel dan niet de dokter, de kinesist of de verpleegkundigen om meer uitleg te vragen.

Hieronder vindt u nog enkele telefoonnummers waar u terecht kan met uw vragen:

- ▶ Consultatie orthopedie: 09 224 87 96 of raadplegingen.traumatologie@janpalfijngent.be
- ▶ Afdeling orthopedie: 09 224 81 61
- ▶ Spoedopname: 09 224 81 01
- ▶ Preoperatieve raadpleging: 09 224 88 10
- ▶ Fysische revalidatie – dienst kinesitherapie: 09 224 87 78
- ▶ Sociale dienst: 09 224 84 43 of socialedienst@janpalfijngent.be

Het volledige team wenst u een spoedig herstel en een vlotte revalidatie toe.

Associatie Orthopedie - Traumatologie AZ Jan Palfijn Gent

dr. Harth A. - dr. Depaepe Y. - dr. De Bo T.

dr. Moens K. - dr. Van Parys M. - dr. Lauwagie S. - prof.dr. Burssens P.

www.orthopedie-gent.be

11. POSTOPERATIEVE OEFENINGEN

Enkele praktische tips

- ▶ Voldoende ijs leggen!
- ▶ Zelf geen actieve oefeningen doen voor het schoudergewricht
- ▶ Thuisoefeningen: 3x/dag, elke oefening 10x uitvoeren

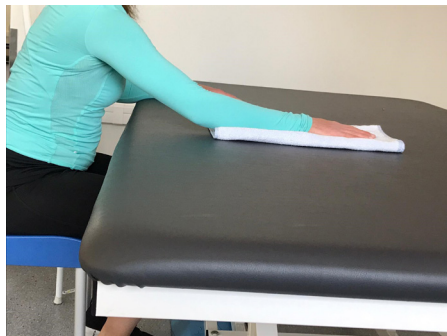
Neem contact op met een kinesitherapeut voor uw verdere revalidatie, dit kan ook in het ziekenhuis.

Oefentherapie

- ▶ Actieve oefeningen pols / vingers / elleboog
- ▶ Pendeloefeningen



► Glij-oefeningen onderarm op tafel (handdoek onder de arm)



Stempel van uw behandelend arts



**AZ JAN PALFIJN
GENT**

Orthopedie en Traumatologie - raadplegingen
T +32 (0)9 224 87 96

Watersportlaan 5 - 9000 Gent
T +32 (0)9 224 71 11 - F +32 (0)9 224 70 42
info@janpalfijngent.be - www.janpalfijn.be