

Schouder: claviculafracturen

INLEIDING:

Claviculafracturen vormen 5% van alle fracturen
Bij kleine kinderen is het de meest frequente fractuur

Incidentie en etiologie:

Veel voorkomende fracturen door val op uitgestrekte hand en/of klap op schouder. Vaak ook bij hoogenergetische letsels.

FRACTUURINDELING:

van belang zijn:

- (dreigende) perforatie huid]
- neurovasculaire complicaties
- localisatie

Groep 1: middenste 1/3

Groep 2: distale (laterale) 1/3

Groep 3: meest mediale 1/3

Groep I: in midden 1/3 deel

80% en meest voorkomen. (lateraal deel van middelste 1/3).

Groep II: laterale 1/3 deel:

Geven het meeste complicaties
12-15% van alle claviculafracturen.

Subclassificatie van groep 2 volgens Neer: relatieve plaats ten opzichte van coraco- claviculaire ligamenten (CCL)

Type I: lateraal van CCL, disloceren niet

Type II: mediaal van CCL, neiging tot disloceren en nonunion, dus ORIF

Type III: intraarticulair

Toevoeging van Rockwood:

Type IV: in kinderen met avulsie van CC ligament en periost.

Type V: ernstige comminutie.

Groep III: mediale 1/3 deel:

5-6% van alle claviculafracturen. Subclassificatie conform groep II.

OORZAKELIJKE MECHANISMEN:

Direct trauma thv de clavicula
Val op de laterale zijde vd schouder
Val op gestrekte hand

LICHAMELIJK ONDERZOEK:

De pijn is meestal zeer gelocaliseerd op de plaats van de breuk.
Vaak is er lokale zwelling en drukpijn, soms met crepitaties bij palpatie
De arm wordt antalgisch stilgehouden in adductie naast het lichaam
Vaak lijkt de schouder meer naar onder en anterior te staan tov de andere zijde
Bij onderzoek moeten we steeds het schoudergewricht en de bovenarm onderzoeken op andere fracturen of dislocaties
De huid moet worden gezien om een open fractuur uit te sluiten
We moeten geassocieerde (soms levensbedreigende letsels) uitsluiten:
-fracturen van de eerste rib kunnen wijzen op beschadiging van de aorta
-het sternoclaviculair gewricht kan tevens gebroken of geluxeed zijn
-Het acromioclaviculair gewricht kan tevens gebroken of geluxeed zijn

RADIOGRAFISCH ONDERZOEK:

Best worden radiografieën in 2 richtingen genomen,
gecombineerd met een thoraxfoto om een pneumothorax (en bovenste ribfracturen) uit te sluiten
gecombineerd met een RX van de schouder om andere fracturen uit te sluiten

Angiografie is te overwegen indien er een vermoeden bestaat van letsels aan de bloedvaten.
Tegenwoordig neemt men in die gevallen steeds meer een angio-CT van de thorax.

DIERENFFTIAALDIAGNOSE

-Acromioclaviculaire dislocatie
-STernoclaviculaire dislocatie
-schouder fracturen en/of luxaties

THERAPIE:

Indicatie voor operatieve behandeling:

1. Infunctie van de locatie:

Midden 1/3 (groep 1):
Conservatief: mitella bij midden 1/3 vrijwel altijd afdoende.

Gesloten repositie door retractie schouder.

Cijfer 8 verband (Figure of 8) is vaak eerder nadelig dan voordelig (huidletsel, neurovasculair)
Operatief: bij compromittatie huid en neurovasculaire structuren. Bij verkorting >1,5 cm soms ook geïndiceerd. Plaatosteosynthese met stevige plaat (DCP).

Laterale 1/3 (groep II)

Type I en III volgens Neer genezen goed met conservatief beleid.

Bij type II fracturen eerder nonunion (30%). ORIF heeft de voorkeur: plaatse met distale bajonethaak, pinnen of cerclage, schroeven en hechten van clavicula aan coracoïd.

Mediale 1/3 (groep III)

Vrijwel altijd conservatief. Opereren gevaarlijk, pees migratie (neurovasculair).

2.bij open fractuur of dreigende perforatie

- nuchter houden
- afdekken met doordrenkt steriel compres met zachte ontsmettende vloeistof
- dringend advies orthopedie (traumatologie)

3.bij indicatie om snel te mobiliseren: “ketting”letsel arm/schoudergordel, topsporters

4.bij bilaterale fractuur (zeer zeldzaam)

5.bij neurovasculaire complicaties

6.secundair: bij symptomatische pseudoarthrose

Conservatieve behandeling:

-Mediale en laterale 1/3:

- schouderadductieverband of cijfer-8 verband
- Eerste 24h ijspakkingen
- Voldoende pijnstilling voorzien: Paracetamol + NSAID of narcotica
- Voorzie steeds een orthopedische opvolging na 1 week voor klinische herevaluatie

-Centrale 1/3:

- Gesloten reductie kan maar is nog weinig evidence based
 - Best onder lokale infiltratie met lidocaine 1%
 - Beweeg de schouder naar boven, buiten en achter
 - Voer door manuele druk een reductie uit

- schouderadductieverband of cijfer-8 verband
- Eerste 24h ijspakkingen
- Voldoende pijnstilling voorzien: Paracetamol + NSAID of narcotica
- Voorzie steeds een orthopedische opvolging na 1 week voor klinische herevaluatie

NABEHANDELING:

- bij conservatieve behandeling: schouder oefenen op geleide van de pijn na 1 week, geen primaire fysiotherapie geïndiceerd
- bij operatieve behandeling:
 - directe oefenstabiliteit
 - gedurende 6-8 weken onbelast laten
 - bij pseudoarthroseoperatie 12 weken onbelast

CONTROLE:

- na 1, 3 en zo nodig na 6 weken, bij operatieve behandeling tot consolidatie bereikt is

VERWIJDEREN OS MATERIAAL:

- niet routinematig geïndiceerd
 - vaak toch uitgevoerd op vraag vd patiënt wegens last van het direct onder de huid gelegen osteosynthesemateriaal

COMPLICATIES:

- pseudoarthrose (nonunion) in groep I < 1%. Wel meeste nonunions in groep I omdat de meeste fracturen groep I zijn.

- dreigende huidperforatie
- neurovasculair letsel
- Soms compressie van neurovasculaire structuren door callus: “bumpectomie” of osteotomie.
- AC-arthrose behandelen met distale clavicula resectie

Voeg een nieuwe reactie toe

[Login](#) [1] of [registreer](#) [2] om te kunnen reageren

Bron-URL: <https://www.medics4medics.com/nl/traumatologie/fracturen/schouder-claviculafracturen>

Links

[1] <https://www.medics4medics.com/nl/user/login?destination=node/%23comment-form>

[2] <https://www.medics4medics.com/nl/user/register?destination=node/%23comment-form>