

Elleboogluxatie

INDELING:

- Eenvoudige dislocaties: zonder ossaal letsel: bijna altijd posterolaterale luxatie
- Complexe dislocaties: combinatie met radiuskopfractuur, processus coronoideusfractuur komt voor.

A) EENVOUDIGE DISLOCATIES

Simple = indien er geen ossaal letsel is.

Na schouder en patella de derde qua incidentie.

Meestal 5-25 jaar oude patiënten maar ook bij ouderen.

Twee mechanismen:

1. Hyperextensie
2. Valgus/supinatie met axiale compressie.

Classificatie:

Bepaald door de positie van de onderarm.

Meestal: posterolaterale en directe posterieure dislocatie,

daarna komen posteromediaal en mediaal.

Anterieur zeldzaam.

Divergente dislocatie: indien ligament annulare of proximale radio-ulnaire dislocatie.

THERAPIE:

conservatief: Meestal conservatief/gesloten.

Even goed als chirurgisch bij eenvoudige dislocaties met resterende instabiliteit.

Posterieure dislocatie: tractie in extensie tot 45 graden flexie (processus coronoideus sparen). Kortdurend immobiliseren in 90 gr. (2 weken) snel oefenen.

Eventueel testen instabiliteit onder narcose na repositie:

AMCL disruptie: valguslaxiteit met onderarm in pronatie.

Varusinstabiliteit testen met endorotatie van de schouder.

Laterale pivot-shift bij posterolaterale rotatoire instabiliteit: supinatie met valgus en axiale compressie. Eerst ontstaat subluxatie van radius en ulna van humerus, bij verder flecteren 40°. reponeert het zich (clunk!).

Operatief:

Bij ernstige instabiliteit in meer dan 60 gr. flexie. Eventueel LUCL repareren indien posterolaterale instabiliteit persisteert.

NABEHANDELING:

- 1 week bovenarmsgips 90°, middenstand
- 3-6 weken scharnierbrace met bewegingsmogelijkheid van 30-90°. langzaam uitbreiden ROM. 60% nog klachten na 34 maanden. Te lange immobilisatie leidt tot flexiecontractuur.

- actief oefenen, met name van de extensie, fysiotherapie is in eerste instantie gecontraïndiceerd! Als na verloop van 12 weken toch een extensiebeperking van meer dan 30° blijft bestaan: FT/manuele therapie met voorzichtige tracties/translaties van het gewrichtskapsel.

CONTROLE:

klinisch: na 1, 6, 9, 12 en 18 weken

radiologisch:

- na repositie klinisch beoordelen (flexie van 45-135° is goed mogelijk)
- controle foto in gips maken! het is geen uitzondering tot de gereponeerde luxatie tijdens het manipuleren met het ingipsen toch weer redisloceert!

COMPLICATIES:

- Ante brachialis laesie (dus altijd even pols voelen).
- Compartment syndroom.
- extensiebeperking
- instabiliteit collateraal bandapparaat

B) COMPLEXE DISLOCATIES (FRACTUURDISLOCATIES)

MECHANISME:

Meestal door ernstig trauma, met vaak instabiliteit.

THERAPIE:

Gericht op snelle mobilisatie: eerst fracturen fixeren en daarna eventuele ligamenten als anders de mobilisatie wordt beperkt.

Processus coronoïdeus fractuur

Bij 2 tot 10% van de post dislocaties.

Mechanisme: hyperextensie: recidiverende instabiliteit dreigt door verscheuren anterieure ligament.

Classificatie:

3 typen: type I: “chip avulsie

type II: <50% van processus

type III: communiteef of meer dan 50% van de processus.

Subtype A: geen dislocatie, subtype B: wel dislocatie.

Hoe ernstiger de laesie hoe vaker PAO's. Type II slechts 1/5 tevreden over resultaat, hoe langer immobilisatie hoe groter de restfunctiebeperking.

Behandeling:

Stabiele I en II fracturen: conservatief. Instabiele II en III ORIF.

Communitieve type III: externe fixateur met eventuele minimale osteosynthese.

Voeg een nieuwe reactie toe

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

Bron-URL: <https://www.medics4medics.com/nl/traumatologie/luxaties/elleboogluxatie>

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>