

Innovatieve behandeling van retractivele capsulitis in het Erasmeziekenhuis (H.U.B)

Klinische gevallen



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



Afdeling Interventionele Radiologie

Inleiding

Adhesieve capsulitis, ook gekend als frozen shoulder, stijve schouder of retractiele capsulitis, is een aandoening die tussen 2 en 10% van de bevolking treft (waarvan iets meer vrouwen), met een piekincidentie tussen 40 en 60 jaar. De etiologie kan meervoudig zijn, ofwel idiopathisch ofwel secundair aan een systemische pathologie (diabetes, hormonale stoornissen), extrinsieke schade (borstchirurgie, nekhernia, borstwandtumor, beroerte, breuk, artrose) of intrinsieke schade (tendinopathie van het rotatorenmanchet / de biceps, impingement, calcificerende tendinopathie).

De symptomen evolueren in 3 fasen over verschillende maanden of jaren (tot 3 jaar) heen. Tijdens de eerste fase neemt de pijn geleidelijk toe en gaat die slechts gepaard met een lichte beperking van de mobiliteit. De tweede is de 'bevroren' fase, waarin de pijn blijft en de bewegingsbeperking toeneemt tot een toppunt. Tijdens de derde fase volgt er een geleidelijk herstel van de mobiliteit van de schouder en is de pijn minder hevig.

Inleiding

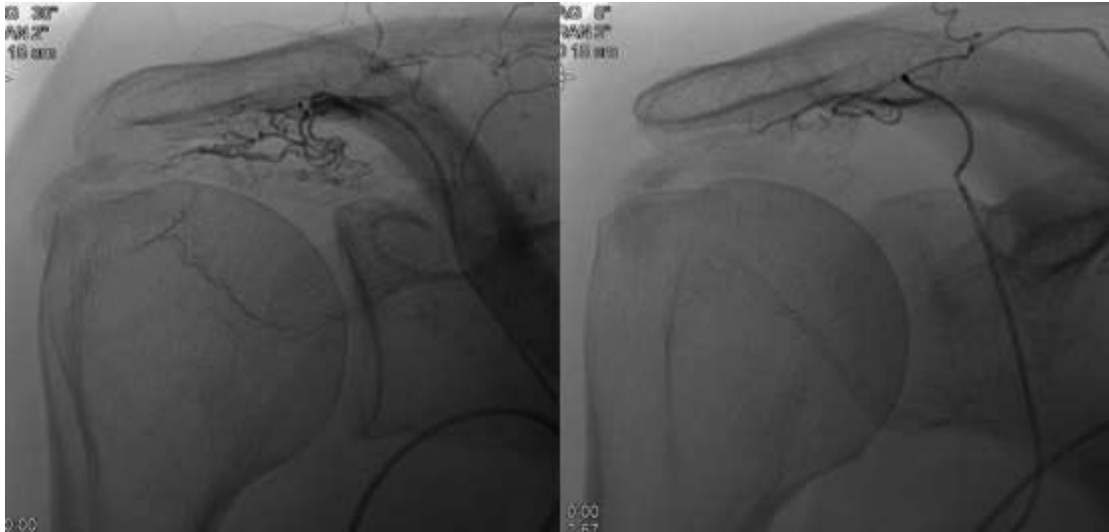
De diagnose is voornamelijk gebaseerd op het klinisch beeld en de medische voorgeschiedenis. Beeldvorming kan helpen om de diagnose te stellen via bepaalde tekenen die zichtbaar kunnen zijn afhankelijk van de gebruikte methode: verdikking van het coracohumerale ligament, capsulaire verdikking, lage gewrichtsdistensie, signaalafwijking van het inferieure glenohumerale ligament, synoviale hypertrofie en de aanwezigheid van littekenweefsel. Beeldvorming kan ook helpen bij de differentiële diagnose en de zoektocht naar een mogelijke etiologie.

De huidige behandeling bestaat uit pijnstillers, kinesitherapie, infiltraties met corticosteroïden, distensie-artrografieën, chirurgische release of blokkade van de suprascapulaire zenuw. Ondanks die multimodale behandeling kan de evolutie van de aandoening traag verlopen, met een aanzienlijke vermindering van de levenskwaliteit en langdurige beperkingen tot gevolg.

Procedure

Sinds enkele jaren wordt ook embolisatie ingezet voor adhesieve capsulitis. Deze nieuwe behandelingsoptie vermindert de ontstekingschade door de arteriële doorstroming naar pathologische zones te beperken. Het is een minimaal invasieve endovasculaire procedure waarbij men in de angiografiezaal onder scopische controle via de arteria radialis een selectieve katheterisatie van de problematische arteriële stammen en een progressieve injectie van (al dan niet resorbeerbare) deeltjes uitvoert. Dat vermindert de pijn en verbetert de mobiliteit van de schouder in de maanden na de procedure. De mogelijke bijwerkingen (bloeduitstortingen, voorbijgaande verkleuring van de huid, voorbijgaand erytheem, pijn na de embolisatie, koorts) zijn zeldzaam, mild en voorbijgaand van aard.

Klinisch geval 1

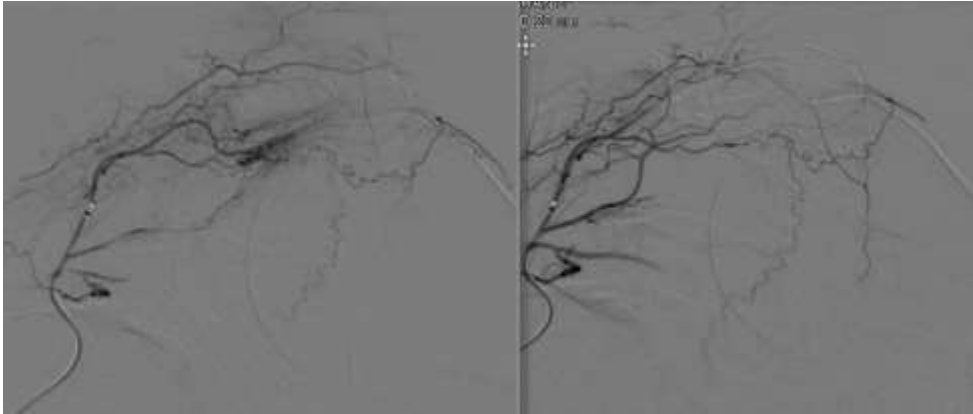


Selectieve katheterisatie van de rechter thoracoacromiale slagader met arteriografie voor en na embolisatie.

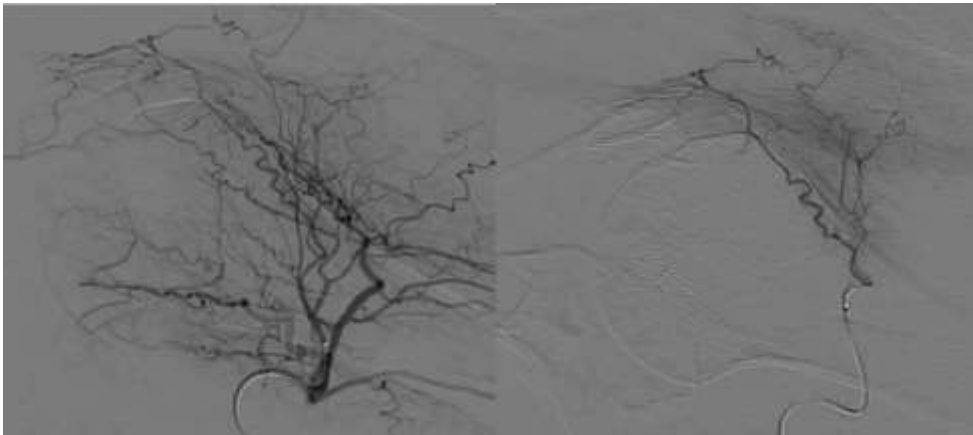
Patiënte van 56 jaar met al gedurende bijna 2 jaar adhesieve capsulitis met aanhoudende intense pijn en beperking van de mobiliteit. Ze werd tot nu toe behandeld met pijnstillers, antidepressiva, kinesitherapie (meer dan 100 sessies), infiltraties (meer dan 10 infiltraties met corticosteroïden, PRP en zalmcalcitonine) en 2 distensie-artrografieën. Gezien de aanhoudende symptomen kwam ze in aanmerking voor deze nieuwe therapeutische aanpak.

Uit de arteriografie via de rechter arteria radialis bleek een neovascularisatie (tumor-like blush) in het bovenste deel van het schouderkapsel. Er werd een selectieve katheterisatie van de volledige thoracoacromiale slagader uitgevoerd, met embolisatie met gekalibreerde niet-resorbeerbare deeltjes van 200 micron. Er waren geen complicaties. Bij de opvolging na twee jaar bleek de pijn verdwenen en de schoudermobiliteit volledig hersteld.

Klinisch geval 2



Selectieve katheterisatie van de linker thoracoacromiale slagader met arteriografie voor en na embolisatie.



Selectieve katheterisatie van de linker arteria circumflexa humeri posterior met arteriografie voor en na embolisatie.

Patiënte van 59 jaar met al gedurende 4 maanden adhesieve capsulitis met intense pijn en beperking van de mobiliteit. De verergerende symptomen raakten niet onder controle met pijnstillers en kinesithérapie. De patiënte heeft op eigen initiatief het team van interventionele radiologen geraadpleegd.

Uit de arteriografie via de linker arteria radialis bleek een typische neovascularisatie (tumor-like blush) in het bovenste deel van het schouderkapsel en het beenvlies van het opperarmbeen. Via een selectieve katheterisatie van de thoracoacromiale slagaders en arteria circumflexa humeri posterior werd een embolisatie met gekalibreerde niet-resorbeerbare deeltjes van 200 micron uitgevoerd. Onmiddellijk na de ingreep had de patiënte last van voorbijgaande verkleuring van de huid en pijn na de embolisatie, waarvoor ze nog enkele dagen pijnstillers heeft ingenomen. Er traden geen andere bijwerkingen op en bij de opvolging na 15 maanden bleek dat de symptomen blijvend waren verdwenen en de levenskwaliteit van de patiënte sterk was verbeterd.

Conclusies

De resultaten van deze twee gevallen zijn bemoedigend en stemmen overeen met de resultaten die we zien in de literatuur.

Deze behandeling is nu beschikbaar bij het Erasmusziekenhuis en er lopen prospectieve evaluaties in het kader van een multidisciplinaire aanpak met reumatologen, orthopedisch chirurgen en interventionele radiologen.

WIL JE MEER WETEN?

NEEM CONTACT OP MET ONZE AFDELING
INTERVENTIONELE RADIOLOGIE

coordination.ri@hubruxelles.be

SecMed.RI@hubruxelles.be

H.U.B