

Discussie over de NHG-Standaard Schouderklachten

Jacques Geraets, Jan Winters

De standaardenwerkgroep heeft met belangstelling de beschouwing van Mens en De Wolf gelezen. Er zijn twee discussiepunten rond de classificatie van schouderklachten in de standaard:

- Een aandoening van het glenohumerale gewricht zou ten onrechte geclassificeerd kunnen worden als een aandoening in het subacromiale gebied.
- Een aandoening van het acromioclaviculaire (AC-)gewricht of het sternoclaviculaire (SC-)gewricht die zich uit met een abductiebeperking, zou verward kunnen worden met een subacromiale aandoening.

Daarom stellen Mens en De Wolf een alternatieve uitvoering van de abductiebeweging voor.

Glenohumeraal of subacromiaal?

De NHG-Standaard Schouderklachten maakt een indeling op basis van klinische bevindingen en niet op basis van onderliggende anatomische afwijkingen. Uit onderzoek in de huisartsenpraktijk blijkt dat door clustering van kenmerken van anamnese en lichamelijk onderzoek geen vaste diagnostische patronen kunnen worden gevonden. Ook kunnen de bevindingen van het lichamelijk onderzoek in de tijd variëren. Aandoeningen in het schoudergebied komen dikwijls gecombineerd voor. En het blijkt niet goed mogelijk een betrouwbare indeling van schouderklachten te maken op basis van onderliggende afwijkingen die worden gevonden bij lichamelijk onderzoek. Wel is het mogelijk te beoordelen welke (combinatie van) weefselstructuren (subacromiale ruimte en glenohumeraal gewricht) betrokken kunnen zijn bij schouderklachten, maar een verdere classificatie op basis van weefselpathologie (bursitis, tendinitis, tendinose of cuffruptuur) is op grond van lichamelijk onderzoek een stap te ver. Diagnostische classificaties zonder gouden standaard gaan mank door gebrek aan reproduceerbaarheid en leiden tot misclassificaties. Bovendien heeft een uitgebreidere indeling geen consequenties voor het beleid van de huisarts.

Eventuele bewegingsbeperkingen en/of een pijnlijk bewegings-traject tijdens de abductie bepalen de indeling in de standaard. Hiertoe worden een actieve en passieve abductiebeweging en een passieve exorotatiebeweging uitgevoerd en een vergelijking gemaakt met de andere zijde. Echter, bij schouderklachten met een bewegingsbeperking kan de exorotatie of de abductie op de voor-

grond staan, een strikte indeling is niet altijd mogelijk en meerdere problemen kunnen naast elkaar bestaan. Aandoeningen van het AC- of SC-gewricht geven meestal plaatselijke pijn en/of zwelling. Onbekend is in hoeverre en hoe vaak er ook een beperking is in de abductiebeweging. Mens en De Wolf stellen dat glenohumerale schouderklachten ten onrechte geclassificeerd kunnen worden als een subacromiaal probleem. Dat zou kunnen als de exorotatiebeperking minder uitgesproken is dan in abductiebeperking. De werkgroep vindt dat dit de stelling onderbouwt dat een strikte indeling op basis van aangedane structuren lastig is. Weliswaar kunnen glenohumerale problemen zich ook uiten in een abductiebeperking, maar of dat altijd te verklaren is met het beschreven mechanisme is de vraag. Beperkte beweeglijkheid in de abductierichting kan wijzen op meerdere problemen naast (of na) elkaar. Hierbij is echter geen sprake van een misclassificatie (schouderklachten met een bewegingsbeperking) op grond van de standaard, die immers stelt dat beide beelden naast elkaar kunnen voorkomen (door een glenohumeraal en een subacromiaal probleem). De standaard adviseert daarom in deze situatie een stapsgewijs beleid.

Acromioclaviculair, sternoclaviculair of subacromiaal?

Als tweede discussiepunt stellen de auteurs dat aandoeningen van het AC- en SC-gewricht met het abductieonderzoek kunnen worden verward met een subacromiale aandoening. Een belangrijke aanwijzing voor aandoeningen van het AC- en SC-gewricht is de locatie van de klacht. Hieraan wordt al tijdens de anamnese aandacht geschonken en niet pas nadat er bij het lichamelijk onderzoek geen bewegingsbeperking is gebleken. Vaak gaat AC- of SC-problematiek gepaard met lokale pijn en/of zwelling zonder bewegingsbeperkingen. Gezien de interdoktervariatie bij de diagnostiek is gekozen voor een eenvoudig, pragmatisch onderzoekschema. De huisarts beoordeelt de beweeglijkheid van de gehele schoudergordel, dus inclusief de scapula. Introductie van passieve abductie van de bovenarm met fixatie van de scapula leidt waarschijnlijk tot grotere interdoktervariatie, gezien de beschreven uitvoering en mogelijke diagnostische interpretaties. Net als bij veel andere schoudertests geldt ook hier dat bewijs voor de diagnostische accuratesse in de huisartsenpraktijk ontbreekt. Onzes inziens zal deze extra test voor de huisarts daarom meer vragen dan antwoorden opleveren. Gezien de typische locatie van AC-problemen, het weinig voorkomen van de klacht en de diagnostische onzekerheid van de voorgestelde test, is de meerwaarde ervan in de huisartsenpraktijk vooralsnog niet duidelijk.

Er is nader onderzoek nodig naar de diagnostische waarde van aanvullende schoudertests alvorens een uitspraak kan worden gedaan of deze iets toevoegen aan de huidige eenvoudige tests.

Auteursgegevens

Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: dr. J. Geraets, epidemioloog, wetenschappelijk medewerker. Glimmen: dr. J. Winters, huisarts.
Correspondentie: j.geraets@nhg.org
Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.