

# Herziene NHG-Standaard Schouderklachten: aanpassing terminologie en plaatsbepaling echografie

Ramon Ottenheijm, Jasper Schellingerhout, Jolanda Wittenberg

De NHG-Standaard Schouderklachten is herzien. De NHG-Standaard sluit door een nieuwe indeling in drie typen schouderklachten beter aan bij de terminologie die orthopeden, fysio- en oefentherapeuten gebruiken. Ook is de plaats van echografie verduidelijkt.

## NIEUWE INDELING SCHOUDERKLACHTEN

In de vorige NHG-Standaard Schouderklachten (2008) was de indeling van schouderklachten gebaseerd op bevindingen van het lichamelijk onderzoek. Er waren drie diagnostische groepen:

- schouderklachten mét passieve bewegingsbeperking
- schouderklachten zónder passieve bewegingsbeperking mét een pijnlijk abductietraject
- overige schouderklachten zónder passieve bewegingsbeperking en zónder pijn in het abductietraject

In de herziene standaard kiest de werkgroep voor een classificatie gebaseerd op de lokalisatie van de klachten:

- subacromiaal pijnsyndroom (SAPS)
- glenohumerale gewrichtsklachten
- overige schouderklachten

In de praktijk blijkt het niet altijd mogelijk de drie typen schouderklachten van elkaar te onderscheiden, zeker in de beginfase. Bovendien kunnen meerdere typen naast elkaar bestaan. In navolging van de Nederlandse Orthopedische Vereniging en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, kiest de werkgroep voor de term SAPS indien verwacht wordt dat de klachten gelokaliseerd zijn in de subacromiale ruimte. SAPS is de overkoepelende term voor aandoeningen van structuren in de subacromiale ruimte, die gepaard gaan met pijn tijdens abductie. Hieronder vallen onder andere (calcificerende) tendinopathie, peesrupturen en bursitis.

Net als in 2008 worden er geen specifieke diagnoses gesteld. Er zijn voornamelijk geen aanwijzingen dat er op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek een gedetailleerdere indeling in diagnostische groepen mogelijk is die consequenties heeft voor het beleid van de huisarts. Alleen met behulp van echografie of een röntgenfoto is in sommige gevallen een specifiekere diagnose te stellen.

## ECHOGRAFIE

Echografie is steeds toegankelijker. Ook huisartsen en fysiotherapeuten beschikken steeds vaker over een echoapparaat. Onderzoek laat echter zien dat bij patiënten met een eerste episode van SAPS een behandeling gebaseerd op een echo-

Raadpleeg de volledige versie van de herziene NHG-Standaard Schouderklachten op <https://richtlijnen.nhg.org>.



Echografie wordt bij niet-traumatische schouderklachten in de eerste drie maanden niet aanbevolen.

Foto: Shutterstock

grafische diagnose niet leidt tot een betere prognose na één jaar. Echografie wordt daarom niet aanbevolen in de eerste drie maanden van een eerste episode van niet-traumatische schouderklachten.

Overweeg echografie wel bij een SAPS die na drie maanden nog persisteert ondanks adequate conservatieve behandeling (analgetica, oefentherapie, injectie). Echografie is dan met name van belang om vast te stellen of er een ruptuur of calcificaties te zien zijn, omdat deze diagnoses consequenties kunnen hebben voor het beleid. De kwaliteit van echografie is sterk afhankelijk van de ervaring van de echografist. Om die reden is het aan te bevelen om regionaal afspraken te maken over wie echografie van de schouder het best kan verrichten. ■

Ottenheijm RPG, Schellingerhout JM, Wittenberg J. Herziene NHG-Standaard Schouderklachten: aanpassing terminologie en plaatsbepaling echografie. Huisarts Wet 2019;62(12):54. DOI:10.1007/s12445-019-0357-7.

Universiteit Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde en huisartsenpraktijk Geulle: dr. R.P.G. Ottenheijm, kaderhuisarts bewegingsapparaat. Het Huisartsteam De Keen, Etten-Leur: dr. J.M. Schellingerhout, huisarts en klinisch epidemioloog. Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling richtlijnontwikkeling en wetenschap: J. Wittenberg, epidemioloog: j.wittenberg@nhg.org. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. De NHG-werkgroep Schouderklachten bestond uit (op alfabetische volgorde): Damen GJ, Koel G, Kuijpers T, Ottenheijm RP, Schellingerhout JM, Van den Donk M, Winters JC, Wittenberg J.