

stellen. Aansluitend is het mogelijk met het analysemodel de beschreven vaardigheden te toetsen en de arts-assistent zijn of haar vorderingen te laten zien. Een nadeel van het beschreven model ligt besloten in het arbeidsintensieve uitschrijven van gesprekken. Dit kan echter zeer wel door de arts-assistent zelf worden gedaan met eigen of andere op de band opgenomen gesprekken. De groep arts-assistenten in opleiding tot huisarts zou direct bij het begin van de opleiding met dit systeem kunnen beginnen om de nodige vaardigheden in de beoordeling van gesprekken op te doen.

De methode is een bijdrage tot een verdere uitwerking van het onderwijs in de gesprekstechniek gedurende de beroepsopleiding tot huisarts.

Samenvatting. Beschreven wordt de ontwikkeling van een systeem voor scoring en bewerking van het gesprek tussen huisarts en patiënt. De betrouwbaarheid en de face validity van het systeem worden onderzocht. De betekenis voor het onderwijs in de gespreksvoering bij de beroepsopleiding tot huisarts wordt besproken.

Summary. The family doctor-patient interview. An analytical model. This paper describes the development of a system for the scoring and elaboration of the doctor-patient interview. The reliability and face validity of the system are examined. The significance for instruction in interview techniques in the context of the professional training for general practice is discussed.

Dorp, C. van. Luisteren naar patiënten. Een analyse van het medisch interview. De Tijdstroom, Lochem, 1977.

Katz, E., M. Gurevitch, T. Peled and D. Donet (1969) Hum. Relat. 22, 309-324.

Lidh de Jeude, A. H. van. De huisarts in de maalstroom der emoties. De ontwikkeling van een adequate benaderingswijze van patiënten met psychosomatische verschijnselen. Stenfert Kroese, Leiden, 1971.

McKinney Adler, L. and A. J. Enelow (1966) J. med. Educ. 44, 281-288.

McKinney Adler, L., J. E. Ware and A. J. Enelow (1970) J. med. Educ. 45, 21-28.

Morrison, A. and M. Cameron-Jones (1972) Brit. J. med. Educ. 6, 125-132.

Rapport van de interfacultaire werkgroep specifieke opleiding huisartsen. S.O.H., Rotterdam, 1975.

(1979) huisarts en wetenschap 22, 128

huisarts & praktijk

Schouderklachten*

Schouderklachten komen veelvuldig voor. Tijdens het bevolkingsonderzoek dat Valkenburg en medewerkers recent in Zoetermeer verrichtten werden 4695 personen onderzocht van wie 15 procent van de vrouwen en 10 procent van de mannen schouderklachten had. Van de door de huisartsen naar onze polikliniek verwezen patiënten heeft 10 procent klachten van een of beide schouders. Driekwart van hen heeft een intrinsieke schouderaandoening, dat wil zeggen een in het schoudergewricht gelegen afwijking; in ongeveer 5 procent zijn de schouderklachten onderdeel van een gegeneraliseerd gewrichtslijden; bij de overige 20 procent is sprake van in de schouder uitstralende pijn ten gevolge van aandoeningen elders (extrinsieke schouderaandoening).

Anamnese en lokalisatie van de klachten

Met behulp van de anamnese kunnen met een grote trefzekerheid de intrinsieke van de extrinsieke schouderaandoeningen worden onderscheiden. De eerste en belangrijkste vraag die aan de patiënt moet worden gesteld, is: „Waar zit de pijn?\" Indien de patiënt pijn aan geeft in de bovenste helft van de bovenarm, het gebied bedekt door de musculus deltoideus, heeft men met een intrinsieke schouderaandoening te maken. De grootste groep intrinsieke

kylopoëtica (Morbus Bechterew) en andere collageenziekten, alsmede bij een septische arthritis en metastasen in de humeruskop, cavum glenoidalis, acromion en het laterale gedeelte van de clavicula. Bij deze laatste aandoeningen kan tevens de plaats van de laesie of de gehele schouder diffuus pijnlijk zijn. Van de 650 personen die bij het bevolkingsonderzoek in Zoetermeer schouderklachten aangaven had circa 50 procent nekpijn, die in het schoudergebied uitstraalde en soms meer distaal in de arm werd aangegeven. Er kunnen dan

PROF. DR. A. CATS**

schouderaandoeningen wordt samengevat onder de naam periathritis humeroscapularis. Daarnaast wordt ook pijn in het deltoideus-gebied aangegeven bij ontstekingen van het schoudergewricht, zoals deze worden gezien bij rheumatoïde arthritis, spondylitis an-

* Lezing, gehouden op 4 november 1977 in het kader van een reumasymposium van de Erasmus Universiteit te Rotterdam onder auspiciën van de G. J. Mulder Stichting.

** Afdeling Reumatologie Academisch Ziekenhuis Leiden.

Op de dagelijkse praktijk van de huisarts gerichte nascholing

Schouderklachten 128

afwijkingen in het laag cervicale gebied (C4-C5, C5-C6) zijn.

In het schoudergebied, maar buiten de musculus deltoideus gelokaliseerde pijn, is vrijwel steeds „referred pain\" of berust op lokale spierpijn. Wanneer de pijn in het trapeziusgebied eenzijdig wordt aangegeven, moet diafragma- of pleuraprikkeling, zoals bij longembolie, pleuritis, pericarditis of maagperforatie voorkomt, ernstig worden overwogen, alsmede doorgroei van een

tumor in de longtop (pencoast tumor) of een subdiafragmatisch abces.

Bij angina pectoris wordt pijn aangegeven in het gebied van de musculus pectoralis en nervus ulnaris links. Hier moet intercostaalneuralgie in de differentiële diagnose worden betrokken. Vooral nerveuze patiënten die een hartinfarct vrezen komen met deze klacht. Bij onderzoek wordt de maximale pijn aangegeven bij druk op de overgang van ribben en sternum en op de ribrand onder de mamma of mamilla.

Ook een hiatus hernia kan pijn in de rechter of linker borsthelft en het ulnarisgebied geven. Pijn in het gebied van het rechter schouderblad kan door aandoeningen van galblaas, galwegen, pylorus of duodenum worden veroorzaakt. Aandoeningen van de achterste maagwand worden meer links in het gebied van de scapulapunt gelokaliseerd.

Bij buiten het musculus deltoideus-gebied gelokaliseerde pijn moet, afhankelijk van de lokalisatie en de overwogen differentiële diagnose, de anamnese worden uitgebreid.

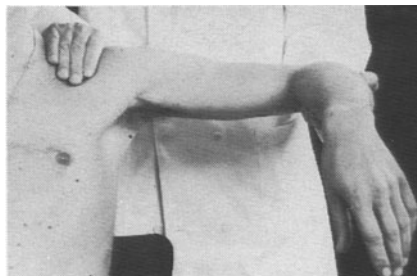
Pijn bij bewegen van de arm in het schoudergewricht is een symptoom van intrinsieke schouderaandoeningen.

Nachtelijke pijn kan een maat zijn voor de ernst van de schouderaandoening.

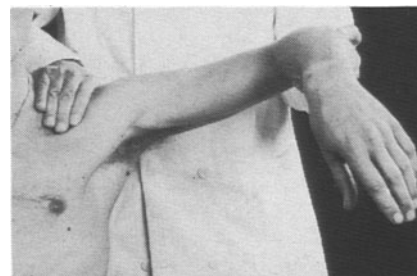
Onderzoek

Bepalen wij ons tot de intrinsieke schouderaandoeningen, dan is het gewenst eerst de gezonde schouder te onderzoeken en daarna de schouder, waarvan de patiënt klachten heeft, om mogelijke afwijkingen die men aan het zieke gewricht meent waar te nemen met het gezonde gewricht te kunnen vergelijken. Het onderzoek van de schouder geschiedt bij de staande of zittende patiënt, beginnend met de inspectie, waarbij men er op let of de schouders op gelijke hoogte staan, symmetrische contouren hebben en of de vorm van de claviculae beiderzijds gelijk is.

De musculus deltoideus bepaalt in belangrijke mate de contour van de schouder. Deze komt vooral tot uiting wanneer de patiënt van lateraal wordt bekeken. Bij inspectie van de dorsale zijde wordt vooral aandacht gegeven aan de houding van het hoofd en de vorm en het verloop van de wervelkolom, alsmede de stand van de schouderbladen. Referentiepunten zijn de spina scapulae en scapulapunt. De contouren van de spieren zijn hier be-



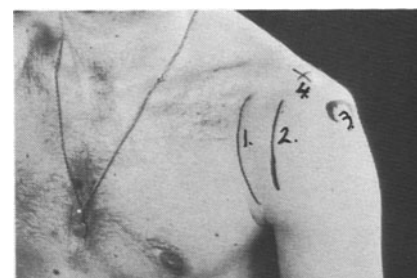
Figuur 1a



Figuur 1b



Figuur 2



Figuur 3

langrijk in verband met mogelijke spieratrofie, die bij het onderzoek van de schouder vaak niet wordt onderkend.

De actieve en passieve bewegingen in het schoudergewricht kunnen het beste worden onderzocht wanneer men achter de patiënt gaat staan (figuur 1a). Voor het bepalen van de passieve bewegingen in het schoudergewricht plaatst de onderzoeker, wanneer het de linker schouder betreft, de rechter hand

op deze schouder en ondersteunt met de linker hand de mediale zijde van de linker elleboog, om uit deze stand de rechter arm te abduceren. De abductie is mogelijk tot 90° (figuur 1a).

Bij een gezonde schouder wordt dan een verende weerstand gevoeld (figuur 1b).

Vanuit deze stand wordt eveneens de exo- en endorotatie bepaald. Daarna kan men nagaan in hoeverre het voor de patiënt mogelijk is zijn arm op de rug te plaatsen. Bij onderzoek van de elevatie van de arm in het schoudergewricht moet er op worden gelet dat de handpalm naar binnen is gedraaid zodat de duim naar achteren wijst (figuur 2).

Bij de palpatie wordt de tonus van de musculus trapezius, musculus deltoideus en bovenarmspiers rechts en links vergeleken. Eventuele pijnpunten vindt men bij palpatie van de humeroscapulaire gewrichtsspleet (1) aan de ventrale zijde van de schouders, en voorts in het verloop van de lange bicepspees (2), die in de sulcus bicipitalis is gelegen, bij druk op het acromioclaviculaire gewricht (4) en bij palpatie van de laterale zijde van de humeruskop (3), juist onder het acromion, waar de bursa subacromialis ligt (figuur 3).

Tenslotte wordt het claviculosternale gewricht onderzocht, waarbij wordt nagegaan of het gewricht gezwollen, pijnlijk bij palpatie of hypermobiel is. Om het lokale onderzoek volledig te maken, worden de bewegingen van het hoofd nagegaan en de reflexen, de sensibiliteit en de kracht van de bovenste extremiteiten getest.

Intrinsieke schouderaandoeningen

De intrinsieke schouderaandoeningen worden ook wel samengevat onder de naam periarthritis humeroscapularis, waarbij een acute en een meer chronische vorm worden onderscheiden. Deze aandoeningen kunnen in vier groepen worden gesplitst:

1. Tendinitis en bursitis calcarea. De bursitis calcarea wordt ook wel acute periarthritis humeroscapularis genoemd.
2. Tenosynovitis van de lange bicepspees.
3. Rotator cuff-laesie.
4. Adhesieve capulitis („frozen shoulder”).

Tendinitis en bursitis calcarea. In de pezen van de rotatoren kan amorf calciumfosfaat en calciumcarbonaat worden afgezet. Deze verkalkingen zijn vaak tweezijdig. Het frequentst wordt kalkafzetting gevonden in de pees van

de musculus supraspinatus. Het middelste gedeelte van deze pees is slecht gevasculariseerd. Bij degeneratie ontstaat in dit gebied een neerslag van kalkzouten. Wanneer deze gezwollen pees bij abductie van de arm onder de schouderluifel glijdt, kan dit pijn veroorzaken. Wanneer de kalk vanuit de pees naar de bursa subacromialis doorbreekt, ontstaat een acute bursitis calcarea.

De schouder is zeer pijnlijk, waardoor de patiënt zijn arm tegen het lichaam fixeert (functiebeperking). Ook is de schouder vaak gezwollen en voelt warmer aan dan de andere. Deze acute aseptische ontsteking kan gepaard gaan met koorts, leukocytose en een verhoogde bezinkingssnelheid van de erytrocyten. Uit de anamnese blijkt dat de patiënt reeds een halfjaar of langer een zeurderig, pijnlijk gevoel in de schouder heeft gevoeld als gevolg van de tendinitis calcarea. Bij ontbreken van dit laatste symptoom moet een andere oorzaak voor acute arthritis (bacterieel) worden uitgesloten.

Bij bursitis calcarea wordt op de röntgenfoto van de schouder lateraal of craniaal van het tuberculum majus kalkafzetting gevonden. Boven de leeftijd van 30 jaar vindt men bij 8 procent van de bevolking een dergelijke kalkafzetting zonder dat dit noodzakelijk klachten behoeft te geven. Deze kalkneerslagen kunnen in verloop van tijd spontaan verdwijnen (resorptie). *Tenosynovitis van de lange pees van de musculus biceps.* De lange pees van de musculus biceps ontspringt aan het tuberculum supraglenoidalis. De pees loopt in een eigen peesschede door de gewrichtskapsel, eerst over de humeruskop en daarna in de sulcus bicipitalis, welke door het tuberculum majus en minus van de humerus is begrensd. Bij afhanginge arm maakt deze pees dus een hoek van 90°. Bij verzwakking van de rotator cuff, bijvoorbeeld door scheuren in de pees van de musculus supraspinatus, is de kans groot dat de lange bicepspees buiten de sulcus bicipitalis komt te lopen. Het onregelmatige tuberculum kan dan irritatie van de peesschede ten gevolge hebben, waardoor een steriele tenosynovitis ontstaat. Bij oneffenheden van de bodem van de sulcus bicipitalis kan eveneens door wrijving een tenosynovitis ontstaan.

Acute klachten kunnen ontstaan wanneer een patiënt, die dit niet gewend is, langdurig eenzelfde beweging heeft gemaakt, zoals bij zagen. Vaak zijn de klachten van deze aandoening echter

intermitterend zonder dat een duidelijk trauma kan worden aangegeven. De klachten zijn veelal nachtelijke pijn en pijn bij abductie en bij palpatie van de pees in de sulcus bicipitalis. Voorts kan de pijn soms worden opgewekt door de onderarm tegen een weerstand in te laten buigen (aanspannen van de musculus biceps met de elleboog tegen het lichaam gefixeerd).

Nadat patiënten vaak jarenlang perioden van klachten van de schouder hebben gehad, kan bij oudere patiënten deze pijn soms plotseling verdwijnen wanneer de lange bicepspees ruptureert. Bij aanspannen van de biceps blijkt de contour ervan te zijn veranderd. Een peeshechting is niet nodig omdat dit deel van de biceps maximaal 25 procent aan de totale kracht van de spier bijdraagt.

Rotator cuff-laesies. Bij dislokatie van de schouder of andere ernstige beschadigingen zijn veelal rotator cuffscheuren aanwezig. Bij patiënten boven de leeftijd van 40 jaar kunnen zij na een licht trauma of zelfs spontaan ontstaan tengevolge van degeneratieve afwijkingen in de cuff. Bij deze patiënten beginnen de klachten meestal sluipend. Actieve abductie en abductie tegen weerstand zijn pijnlijk en zwakker dan in de niet aangetaste schouder; de passieve bewegingen zijn minder beperkt dan de actieve.

Veranderingen, zoals subchondrale cysten in het gebied van het collum anatomicum, alsmede sclerose en lokale atrofie van het bot op de röntgenfoto worden vaak bij deze afwijking gevonden, maar ook hier is er geen overeenkomst tussen de klinische symptomen en de röntgenologische bevindingen. Bij contrastfoto's van de schouder kunnen scheuren in de rotator cuff zichtbaar worden gemaakt. Ook dit röntgenonderzoek geeft een slechte correlatie met de klinische bevindingen.

Adhesieve capsulitis (frozen shoulder). Bij een adhesieve capsulitis zijn de bewegingen in het glenohumeraal gewricht sterk beperkt. De gewrichtskapsel zou verdikt en gecontraheerd zijn. Bij artrografie blijkt de intraarticulaire ruimte te zijn verkleind. Er wordt verondersteld dat er bij een minder ernstige vorm alleen een lichte pericapsulitis bestaat.

Deze aandoening zou kunnen ontstaan als gevolg van de reeds genoemde intrinsieke schouderaandoeningen, zoals bursitis calcarea, tendinitis van de lange bicepspees en rotator cuff-laesies, maar ook na trauma, immobilisatie en

uitgebreide bestraling van de schouder, zoals dit bij de behandeling van borst- en longtumoren wordt toegepast. Voorts wordt de afwijking gevonden in aansluiting aan een myocardinfarct, longafwijkingen, thyreotoxycosis en diabetes mellitus.

Als pathogenetisch mechanisme bij deze aandoening wordt gedacht aan immobilisatie, reflectoire sympathische dystrofie en vaatveranderingen. Stijfheid, pijn bij bewegen en nachtelijke pijnen zijn de eerste symptomen die vaak geleidelijk aan ontstaan, waarbij plotseling binnen enkele weken een sterke functiebeperking in het glenohumeraal gewricht manifest kan worden. Bij langdurig bestaan van de afwijking kan zich zowel van de schouder als van de bovenarmmusculatuur een lichte atrofie ontwikkelen. Na circa een halfjaar wordt de functiebeperking veelal weer geleidelijk opgeheven.

Bij gespannen, angstige en soms wat depressieve patiënten, die aanvankelijk op het spreekuur komen met vage pijn in het schoudergebied en die bij het onderzoek alleen pijn bij maximaal bewegen van de arm in het schoudergewricht aangeven, kan vrij plotseling een „frozen shoulder” ontstaan. Om dit te voorkomen moeten deze patiënten steeds weer worden gerustgesteld en aangemoedigd lichte ontspannende oefeningen uit te voeren.

Schouder-hand syndroom

Bij het schouder-hand syndroom wordt tezamen met de symptomen van een adhesieve capsulitis (frozen shoulder) een dystrofie van de homolaterale hand gevonden. Hand en vingers zijn diffuus gezwollen en de patiënt heeft een brandende pijn. Er is vaak hyperhydrosis.

De vingers worden in flexiestand gehouden. De bewegingen in de vinger-gewrichten zijn reeds vanaf het begin van de aandoening sterk beperkt. De elleboog toont bij deze aandoening zelden afwijkingen. Als restafwijking blijft een licht tot matig ernstige flexiecontractuur van de vingers bestaan. Bij röntgenonderzoek wordt vaak een vlekkelijke dystrofie van het handskelet en soms van de humerus gevonden.

Er wordt verondersteld dat deze aandoening aan een neurovasculaire reflex dystrofie moet worden toegeschreven. De afwijking komt vooral tezamen met aandoeningen, zoals epilepsie, psychoneurose en na een myocardinfarct. Het is niet uitgesloten dat geneesmiddelen, zoals barbituraten en isoniazide,