

J. F. BAKKER EN W. J. H. M. VAN DEN BOSCH

## Somatische aspecten van vage schouderklachten\*

Het onderwerp vage schouderklachten riep bij de deelnemers aan deze huisartsgeneeskundige conferentie vooral gevoelens van onwetendheid, onkunde en onmacht op. Bovendien bleek dat degelijk wetenschappelijk onderzoek op dit gebied nagenoeg ontbreekt. Wel werd duidelijk dat het hier in de meeste gevallen om een *self-limiting disease* gaat. Een verfijnde diagnostiek behoort tot de mogelijkheden, maar de zin daarvan is discutabel in het licht van de beperkingen op therapeutisch gebied. Naar onze mening kan de huisarts beter zijn onkunde en onmacht accepteren dan deze te camoufleren door magie en quasi-wetenschap.

### Inleiding

Huisartsen worden vaak geconfronteerd met klachten van het bewegingsapparaat: in de Continue Morbiditeits Registratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut komen aandoeningen van het bewegingsapparaat qua frequentie op de vierde plaats.<sup>1</sup> Bovendien weten we van bevolkingsonderzoeken dat juist bij deze klachten de huisarts niet meer dan het topje van de ijsberg ziet.

Schouderklachten komen niet alleen vaak voor, zij kunnen ook leiden tot langdurige arbeidsongeschiktheid, vooral oudere patiënten kunnen er hulpbehoevend door worden.

Wij hebben ons bij deze discussies over het onderwerp schouderklachten beperkt. Wij besloten niet te spreken over traumata, zoals fracturen of luxaties, en evenmin over lokale ontstekingen met algemene ziekteverschijnselen, zoals bij een arthritis, of over schouderpijn als uiting van een intern lijden, zoals bij een hartinfarct, galblaaslijden of een longtumor. Deze oorzaken van schouderklachten dient de huisarts wel in zijn differentiële diagnostiek te betrekken,

\* Dit artikel is een neerslag van discussies tussen huisartsen van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut over de benadering van in de praktijk veel voorkomende aandoeningen (zie Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 13-5). De lezer dient zich te realiseren dat het bij deze huisartsgeneeskundige conferenties meer gaat om een kritische bezinning op verschillende problemen dan om een poging, nu eens definitief vast te stellen hoe het wel zou moeten.

maar zij vormen slechts een kleine minderheid binnen het totaal aan schouderklachten dat de huisarts ziet. Wij hebben ons beperkt tot de vage, niet tot een goed diagnostiseerbare aandoening te herleiden schouderklacht, al dan niet gepaard gaande met bewegingsbeperking. Daarbij hebben wij alleen aandacht besteed aan de somatische aspecten en de psychosociale aspecten buiten beschouwing gelaten.

Bij onze besprekingen stuiten wij al snel op onwetendheid, onkunde en onmacht: *onwetendheid* over het natuurlijk beloop en over de indeling van schouderklachten, *onkunde* met betrekking tot de diagnostiek, en *onmacht* bij de keuze van de behandeling. Deze drie O's vormen de leidraad voor het verslag van onze discussies.

### Onwetendheid

Onze onwetendheid betrof vooral de anatomie, de epidemiologie, het natuurlijke beloop en de indeling van schouderklachten.

Wat dit laatste betreft, konden drie benaderingswijzen worden onderscheiden: een functionele (wel of geen bewegingsbeperking), een anatomische (artrogeen, myogeen of capsulogeen) en een klinische (myalgie, tendinitis, bursitis of frozen shoulder). Het viel op dat er weinig verband werd gevonden tussen de gekozen indeling en de keuze voor een behandelingsvorm.

**Anatomie.** Een korte beschouwing over de belangrijkste anatomische verhoudingen moest ons helpen schouderaan- doeningen beter te begrijpen. Daarbij viel de ingewikkeldheid van het gewricht op. Een ingenieus anatomisch systeem garandeert een maximale beweeglijkheid van de arm ten opzichte van de romp door middel van een ondiepe kom en een cuff van spieren, die enerzijds stabiliteit geven, anderzijds de bewegingen van de arm en de schouder in alle richtingen mogelijk maken. Deze cuff-spieren insereren aan het schouderblad, dat weer beweeglijk verbonden is met de thorax. Ook het acromio-claviculaire en het sterno-claviculaire gewricht en zelfs de cervicale wervelkolom hebben een functie bij de beweging van arm en schouder.

**Epidemiologie.** Omdat in de Continue Morbiditeits Registratie een classificatiesysteem wordt gebruikt waarbij schouderklachten niet apart worden onderscheiden, kon in onze eigen registratie geen antwoord worden gevonden op de vraag hoe vaak schouderklachten voorkomen en bij wie.

In de ICHPPC worden schouderklachten wel als een apart probleem vermeld. Lamberts vermeldt een presentatie van 14,6 schouderklachten per 1000 patiënten in het eerste registratiejaar van het Monitoringproject.<sup>2</sup> De man/vrouw ratio is 1/3. Naarmate de leeftijd stijgt, worden er meer schouderklachten gepresenteerd. Onder de 25 jaar ziet de huisarts deze klachten zelden, terwijl de frequentie boven de 65 jaar ook iets afneemt.

**Natuurlijk beloop.** Zoals we gezien hebben, stijgt de frequentie van schouderklachten met de leeftijd. Hieraan liggen waarschijnlijk degeneratieve processen ten grondslag. De doorbloeding van het weefsel wordt minder, de verhouding tussen elastische vezels en collageenvezels verandert en er kunnen lokale verwekingshaarden optreden, soms leidend tot calcificaties. Door deze veranderingen kunnen kleine traumata al leiden tot laesies van het weefsel.

Het is opmerkelijk dat de schouder een van de predilectieplaatsen blijkt te zijn voor dergelijke processen. In dit verband merkt Kingma op, dat juist die lichaamsdelen waarop bij de mens, door zijn rechtopgaande houding, andere krachten inwerken dan bij de viervoetige schepsels die hem in de evolutie zijn voorafgegaan, veelvuldig stoornissen vertonen. Hij noemt hierbij de heup, de voet en ook de schouder.<sup>3</sup>

De schouder zou twee zwakke plekken hebben: de gebrekkige stabiliteit (slechte kop-kom verhouding, waardoor grote kracht op de omliggende weefsels ontstaat) en het anatomisch ongunstige verloop van de pees van de supraspinatus tussen het tuberculum majus van de humeruskop en het ligamentum coraco-acromiale. Bij abductie zou de pees tussen deze structuren ingeklemd raken en mechanisch beschadigd worden.<sup>4 5</sup> Dit geldt in het bijzonder bij een trauma waarbij een laesie van de pees of een bursitis van de bursa subdeltoïdea ontstaat.<sup>6</sup> Een andere theorie is, dat de pees bij het afhangen van de arm strak gespannen tegen de humeruskop loopt, waardoor de doorbloeding zou worden bemoeilijkt.

Deze factoren maken het begrijpelijk dat de schouder een kwetsbaar gewricht is. Veel minder duidelijk is, waarom er op een gegeven moment klachten optreden. Soms gaat aan de klachtenperiode een periode vooraf waarin de schouder overbelast wordt. Dit kan kortdurend zijn bij activiteiten waaraan men niet gewoon is. Ook chronische belasting kan tot hetzelfde beeld leiden.

Jayson, die met name naar de *frozen shoulder* heeft gekeken, onderscheidt drie fasen:

In de eerste fase staat de pijn op de voorgrond. Door de pijn zal de patiënt zijn schouder ontzien. In deze fase is de bewegingsbeperking dan ook actief. In de tweede fase zal de pijn verminderen en zal de passieve bewegingsbeperking toenemen. Tenslotte wordt de schouder bij de meerderheid van de patiënten weer volledig mobiel. In een aantal gevallen zouden lichte restverschijnselen overblijven.<sup>7</sup>

In de literatuur hebben wij sterke aanwijzingen gevonden dat het bij schouderklachten gaat om een self-limiting disease. De periode waarin pijn en bewegingsbeperking voorkomen, kan lang duren. In het geval van een *frozen shoulder* kan de bewegingsbeperking zelfs meer dan een jaar aanwezig zijn. Het zal duidelijk zijn dat onderzoek naar het effect van therapeutische maatregelen door dit natuurlijk beloop beïnvloed zal worden. Alleen vergelijkend onderzoek kan dit probleem helpen oplossen.

**Indeling.** Niet alleen onder de deelnemers bestond veel verwarring over de indeling van schouderaandoeningen; ook in de leerboeken die wij raadpleegden kwamen de opvattingen niet overeen. Zo onderscheidt Cats intrinsieke en extrinsieke schouderaandoeningen.

Onder de eerste categorie rekent hij bursitis calcarea, tendinitis van de lange bicepspees, rotatorcuff afwijkingen en capsulitis adhaesiva. Extrinsieke schouderpijn vindt zijn oorzaak buiten het schoudergewricht. Meestal zijn interne ziekten de oorzaak.<sup>8</sup>

In een poging het probleem te vereenvoudigen zegt Kingma: „pijn in de schouder vindt zijn oorzaak in de schouder zelf, in de rest van het lichaam of in de geest”. Hij zegt verder: „als de oorzaak van de pijn in de schouder zelf gelegen is, is de verleiding groot te spreken van P.H.S., periarthritis humero-scapularis. Dit dient echter beschouwd te worden als een voorlopige diagnose die verplicht tot verdere diagnostiek.”<sup>3</sup> Van der Korst meent dat op grond van een eenvoudig onderzoek onderscheid te maken is tussen capsulogene en arthrogene afwijkingen enerzijds en myotendinogene of extracapsulaire afwijkingen anderzijds. Tot de eerste categorie zouden dan capsulitis adhaesiva (frozen shoulder), arthrititis en arthrosis behoren. Deze aandoeningen zullen in meer of mindere mate gepaard gaan met bewegingsbeperking. Ook extracapsulaire aandoeningen kunnen leiden tot bewegingsbeperking (bursitis en ruptuur van een van de rotatorcuff delen). Vaker gaan zij echter gepaard met een gestoord bewegingspatroon (laesies van supra- of infraspinatus of subcapsularis en tendinitis van de lange bicepspees).<sup>9</sup> Deze opsomming bracht ons niet veel verder. Indelingen van aandoeningen zijn zinvol voor huisartsen, mits er consequenties aan verbonden zijn voor het diagnostisch en therapeutisch beleid. Het lijkt beter om onze onwetendheid aangaande dit onderwerp te accepteren.

### Onkunde

Onkunde werd ervaren bij het onderzoek van de schouder.

Op dit gebied bleken er ook grote verschillen te bestaan: een meerderheid verricht een globaal onderzoek, vooral gericht op het vaststellen van de mate van bewegingsbeperking; een kleine minderheid tracht de aard en de lokalisatie van de veronderstelde laesies zo nauwkeurig mogelijk op te sporen. Hierbij viel al vroeg in de bespreking de naam van Cyriax. Een groot deel van de discussie heeft zich hierna afgespeeld tussen de voor- en tegenstanders van deze methode.

Wij waren het erover eens dat röntgenonderzoek bij niet-traumatische aandoeningen in het algemeen weinig zinvol is, omdat het toch geen invloed op

het beleid zal hebben. Enkelen van ons vonden de aanwezigheid van kalk in de weke delen bepalend voor het geven van injectietherapie. Ook werd door sommigen geruststelling van de patiënt als reden voor het maken van een foto genoemd.

**Diagnostiek.** Een van de leden van de groep trachtte ons ervan te overtuigen dat een nauwkeuriger onderzoek van de schouder volgens een vast systeem zinvol was. De frustraties die hij voorheen had bij het beleid bij schouderklachten waren voor een groot deel verdwenen sinds hij de methode volgens Cyriax gebruikte.<sup>10</sup>

Dit is niet de plaats om uitgebreid op deze methode van onderzoek in te gaan. Doel van de methode is om zo exact mogelijk de plaats en de aard van de laesie vast te stellen. Belangrijk daarbij is onderscheid tussen inerte (bot, ligament, kapsel) en contractiele structuren (spier, pees, aanhechting). Dit gebeurt door het laten verrichten van actieve bewegingen en door isometrische contracties.

Het enthousiasme van deze huisarts stond tegenover de scepsis van anderen. Werd door deze methode een in wezen simpel onderzoek niet opgeblazen tot een gebeuren dat wellicht voor de onderzoekende huisarts erg bevredigend was, maar waarvan de resultaten nauwelijks zouden leiden tot een ander beleid?

Door deze discussie geraakten wij in een vicieuze cirkel. Waarom zou men zeer gedetailleerd willen diagnostiseren tot op het niveau van een omschreven anatomisch deel van de schouder, als daarna toch een voor vele aandoeningen identieke en weinig gerichte behandeling volgt? Aan de andere kant kan men de therapie pas verfijnen en meer gericht maken, als de diagnostiek zeer gedetailleerd is geweest. Vergelijkend onderzoek naar het effect van de verschillende toegepaste behandelingen laat echter zien dat er nauwelijks of geen wetenschappelijk gefundeerde voorkeur voor een bepaalde behandelingsvorm is aan te wijzen. Dan lijkt het ook niet zo zinvol aan het onderzoek van de schouder zoveel gedetailleerde aandacht te besteden.

Wij zijn ten aanzien van de graad van verfijning van de diagnostiek in deze cirkel gevangen gebleven. Het is mogelijk dat toekomstig wetenschappelijk onderzoek kan helpen deze impasse te doorbreken.

Welke zaken zouden tijdens het onderzoek van de schouder aan de orde moe-

ten komen? Ernstige oorzaken moeten zoveel mogelijk worden uitgesloten. De huisarts zou moeten kunnen beoordelen, in welke fase de aandoening van de schouder zich bevindt; is er veel pijn bij actief bewegen of staat de bewegingsbeperking op de voorgrond? Vooral dit laatste zal bepalen of hij rust dan wel oefenen zal adviseren.

Een terugkerend fenomeen in de literatuur is de *painful arc*, een pijnlijk bewegingstraject midden in de volledig uitgevoerde abductie van de arm.<sup>11</sup> Dit specifieke fenomeen zou bijna altijd wijzen op een laesie van de pees van de musculus supraspinatus of op een bursitis calcarea. Kenmerkend bij deze lokalisatie van de aandoening is dat bewegen van de schouder met een afhappende arm pijnloos is, zelfs indien actief uitgevoerd, terwijl dezelfde beweging recht-opstaand uitermate pijnlijk is. Dit verschijnsel biedt ook de aanknopingspunten voor de behandeling.<sup>6</sup>

### Onmacht

Onmacht werd vooral gevoeld bij de behandeling.

Verscheidene behandelingsvormen werden besproken: rust, gedoseerd oefenen, pijnstilling (met acetosal en paracetamol als eerste keus), lokale warmte (bijvoorbeeld door een infrarode lamp) en fysiotherapie, waarbij de pijnstilling voor ogen had, terwijl de ander oefentherapie voor zou stellen. Enkele deelnemers zouden lokale corticosteroid-injecties toepassen, terwijl één deelnemer zei altijd speciale aandacht te geven aan ergonomische adviezen. Verwijzing naar de specialist kwam slechts in bijzondere therapieresistente gevallen aan de orde.

**Therapie.** Uit het voorafgaande was ons duidelijk geworden dat onze therapie gericht zou moeten zijn op ondersteuning van het natuurlijk beloop. Hierbij staat symptomatische behandeling van pijn en stijfheid, het gedoseerd toepassen van rust en actieve bewegingen en ergonomische adviezen voorop.

Wij waren benieuwd naar de uitkomsten van vergelijkend onderzoek naar de resultaten van verschillende behandelingsvormen. Hierover bleek echter zeer weinig gepubliceerd te zijn. Afgezien daarvan leverde de schaarse literatuur geen aanwijzingen op voor het bestaan van verschillende effecten van de onderscheiden therapieën c.q. niet-behandelen.<sup>12-14</sup>

Symptomatische behandeling van pijn kan medicamenteus zijn. Hierbij heb-

ben eenvoudige pijnstillers, zoals acetosal en paracetamol, onze voorkeur. IJspakkingen kunnen in het acute stadium verlichting geven, evenals lokaal toegepaste warmte in het subacute en chronische stadium. Ook fysiotherapie kan een plaats hebben bij de symptomatische pijnbestrijding. Daarbij worden zowel elektrotherapie (bijvoorbeeld ultrageluid en interferentie) als diepe dwarse fricties volgens Cyriax genoemd.

Het belangrijkste advies in het acute stadium is het voorschrijven van rust. Hierbij kan het kortdurend (minder dan 48 uur) dragen van een mitella behulpzaam zijn. Langdurige immobilisatie doet de kans op bewegingsbeperking toenemen. Na het acute stadium is oefenen zinvol. In het begin passief, later actief. Bij spierkrachtverlies is actief oefenen tegen weerstand aan te raden om zodoende de spier te versterken. Een goed huisartsgeneeskundig gebruik is het inpassen van de oefeningen in het normale bewegings- en levenspatroon van de patiënt.

Ergonomische adviezen worden weinig gegeven. Aangenomen dat schouderklachten hun oorsprong vinden in de discrepantie tussen belasting en verhoogde kwetsbaarheid (degeneratieve processen), is het zinvol om samen met de patiënt te zoeken naar steeds terugkerende bewegingen in beroep of hobby die relatieve overbelasting geven. Overleg met de bedrijfsarts kan daarbij vruchten afwerpen.

Met dit therapeutische beleid konden wij allen instemmen. Veel minder overeenstemming was er over de toepassing van lokale (corticosteroid-)injecties. Lokale injectie van een anaestheticum zou de lokalisatie van een laesie kunnen helpen bevestigen. Enkelen van ons gebruiken corticosteroiden lokaal bij verdenking op een bursitis. Anderen gebruiken een ruimere indicatiestelling. Niemand kon echter duidelijk maken wat de werking ervan zou zijn. Evenmin was duidelijk welke gevaren aan deze vorm van therapie zouden kleven.

De literatuur bracht ons niet verder. Frost vergeleek een lokaalanaestheticum met injectie met fysiologisch zout en vond in een dubbelblind onderzoek geen verschillen.<sup>13</sup> Bij de bespreking van dit probleem kwam naar voren dat het frequent hanteren van de injectiespuit door de huisarts meer op magische dan op rationele gronden berust. Gevaar voor medicalisatie en afhankelijkheid van de patiënt wordt erdoor vergroot.

Onze conclusie is een erkenning van onze onmacht: zolang de waarde van ingrijpende methoden nog niet is aangetoond, getuigt het van wijsheid, te kiezen voor een terughoudende en in ieder geval onschadelijke behandelingsvorm.

### Tenslotte

Wij waren verbaasd te ondervinden dat bij de huidige stand van de wetenschap over een zo frequent voorkomende aandoening zo weinig bekend is dat de toets van de wetenschappelijke kritiek kan doorstaan. Wij menen dan ook dat het de hoogste tijd wordt verantwoord onderzoek te verrichten naar de therapeutische interventies bij deze „gewone ziekte”. Wij hopen dat de vraagtekens die deze conferentie heeft opgeworpen hiervoor een stimulans zullen zijn.

### Deelnemers

aan deze HGH-conferentie waren: H. J. D. W. M. Arts, J. F. Bakker, H. J. Bakker, W. J. M. Becking, W. J. H. M. van den Bosch, J. P. van Dam, C. J. Erdman, J. H. J. Hardeman, Prof. Dr. F. J. A. Huygen, Dr. W. J. J. Ligtenberg, E. H. van de Lisdonk, T. Lagro-Janssen, P. Mesker, J. Mesker-Niessen, Dr. J. W. van Ree, G. E. H. M. Rutten, J. W. G. Schellekens, Dr. A. J. B. I. Sips, V. C. L. Tielens, Prof. Dr. H. G. M. van der Velden, Dr. Th. B. Voorn, J. T. N. Weijtens, R. van der Grinten, Dr. H. Crebolder, Prof. Dr. J. Michels en F. G. Schellevis.

<sup>1</sup> Continue Morbiditeits Registratie NUH 1971-1978, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone Ziekten. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

<sup>2</sup> Lamberts H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 401-14.

<sup>3</sup> Kingma MJ. Schouderpijn. Ned Tijdschr Geneesk 1976; 120: 325-37.

<sup>4</sup> Watson Jones R. Fractures and joint injuries. 3rd ed. Edinburgh: Livingstone, 1946.

<sup>5</sup> Claessens H. De pijnlijke schouder. Leiden: Stafleu, 1969.

<sup>6</sup> Grond JThH. Degeneratieve tendinitis van de schouder. Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 129-33.

<sup>7</sup> Jayson M. Frozen shoulder: adhesive capsulitis. Br Med J 1981; i: 1005-6.

<sup>8</sup> Cats A. Schouderklachten Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 128-30.

<sup>9</sup> Korst JK van der. Gewrichtsziekten Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1980.

<sup>10</sup> Cyriax J. Textbook of orthopedic medicine, Vol 1. 7th ed. Baillière Tindall, 1980.

<sup>11</sup> Visser JD, Konings JG. Pijnlijk bewegingstraject van het schoudergewricht. Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 1035-38.