

'Cyriax-bevinding', die echter afhankelijk is van goede training en ervaring. Om die reden is deze test niet in de standaard opgenomen. Het voorkomen van een late painful arc tussen 160° en 180° (door de onderzoekers opgevoerd op grond van eigen ervaring) is naar onze mening onvoldoende onderbouwd als duidelijke aanwijzing voor een aandoening van het acromioclaviculaire gewricht. Jointplay is op dit moment geen huisartsgeneeskundig handelen te noemen. In de manuele praktijk worden door middel van translatie en tractie (gewrichtsspel) de kwalitatieve en kwantitatieve bewegingsmogelijkheden van de gewrichtsvlakken ten opzichte van elkaar beoordeeld. Deze technieken vereisen grote handvaardigheid en dragen bij tot een verfijnder diagnostiek van gewrichtsaandoeningen.⁸

Voor nadere vaststelling van de diagnose subacromiaal syndroom kan gebruik worden gemaakt van het impingementsign en de impingementtest volgens Neer.⁹ Bij het impingementsign wordt de arm voorwaarts geheven. Bij een bursitis ontstaat dan een inklemmingspijn 'rond de 90°'. Als Sobel *et al.* concluderen dat, op basis van dit criterium, ook bij actieve abductie slechts zelden een subacromiaal syndroom wordt vastgesteld, kan alleen worden tegengeworpen dat hier sprake is van een al te letterlijke interpretatie van het 90°-criterium. Zo letterlijk staat het in de standaard niet beschreven. Ook Cyriax geeft een veel ruimere beschrijving: 'if, at any point in the upward movement...'.⁷

De impingementtest is positief wanneer na inspuiting van een lokaal anaestheticum subacromiaal de painful arc en/of het impingementsign zijn verdwenen. Dit betekent een invasieve techniek, die niet door iedere arts zal worden toegepast. Om die reden is deze op zichzelf zinvolle test niet in de standaard opgenomen.

Voor palpatie als aanvullend diagnosticum dient gewaarschuwd te worden. De aanwezigheid van referred pain maakt de beoordeling van pijn door palpatie zeer onbetrouwbaar.¹⁰ Slechts als toevoeging, ter bevestiging van een door functie-onderzoek gestelde diagnose, kan palpatie waarde hebben.

Het uitgebreid testen van de cervicale wervelkolom en de cervicothoracale overgang, zoals beschreven in fase 3 van het onderzoek van Sobel *et al.*, dient aan zeer ervaren handen te worden overgelaten. Persoonlijk zou ik er wel voor willen pleiten de beoordeling van de laag-cervicale rotatie aan de standaard toe te voegen als screeningstest voor het uitsluiten van pathologie in de schoudergordel. Dergelijke tests, waarbij de rotatie van de laag-cervicale

en hoog-thoracale wervels wordt beoordeeld, zijn gemakkelijk aan te leren en zouden veel andere tests uit het onderzoek van Sobel *et al.* minder noodzakelijk maken.

Tenslotte vraag ik me af of de uitkomsten van het onderzoek van Sobel *et al.* anders zouden zijn uitgevallen als de huisartsen en de onafhankelijke huisarts-onderzoekers de eerste insluiting en beoordeling hadden gedaan zonder kennis van de onderzoekstechnieken uit de fasen 2 en 3. Waren zij niet enigermate bevooroordeeld met betrekking tot de diagnostiek volgens de criteria van de standaard? Een vergelijking van hun diagnoses met de diagnoses van andere onafhankelijke onderzoekers die deze kennis niet hadden, zou in ieder geval interessant zijn geweest.

Een definitief oordeel over de uitkomsten van het onderzoek van Sobel *et al.* is zonder kennis van de therapeutische gang van zaken nog niet te geven. Uiteindelijk heeft ook de gevolgde therapie enorme invloed op het beloop in de tijd. In die zin zijn de data uit de tabellen 3 en 4 nog zeer voorlopig. Volgende publikaties kunnen hier wellicht meer duidelijkheid verschaffen.

Dr. M. Jonquière, huisarts
arts voor manuele geneeskunde te Delft

- 1 Ritt MJPF, Te Slaa RL, Winter LHL, et al. CT Artrografie en artroscopie van de schouder; een prospectief, vergelijkend onderzoek. Ned Tijdschr Traum 1994; 5: 125-30.
- 2 Bakker JF, De Jongh AC, Jonquière M, et al. NHG-Standaard Schouderklachten. Huisarts Wet 1990; 33: 196-202.
- 3 De Jongh AC. Schouderaandoeningen in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1994.
- 4 Sobel JS, Winters JC, Arendzen JH, Groenier K, Meyboom-de Jong B. Schouderklachten in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1995; 38(8): 342-7.
- 5 Vleeming A, Stoeckart R, De Gast A. Functionele anatomie van de schouder. Reuma en Trauma 1991; 2.
- 6 Netter FH. The Ciba collection of medical illustrations, vol 8: musculoskeletal system. USA: Ciba-Geigy, 1987.
- 7 Cyriax J. Textbook of orthopaedic medicine, Vol 1. London: Baillière Tindall, 1982.
- 8 Muskee C, Jorritsma W. Onderzoek extremiteiten. Eindhoven: Artsenleergangen Stichting Manuele Geneeskunde, 1992.
- 9 Neer CS. Impingement lesions. Clin Orthop 1983; 173: 70-7.
- 10 Kellgren JH. Observations on referred pain arising from muscle. Clin Sci 1938; 3: 175-90. ■