

Kenmerken van schouderklachten in de huisartspraktijk

J.S. SOBEL
J.C. WINTERS
K. GROENIER
ET AL.

Sobel JS, Winters JC, Groenier K, Arendzen JH, Meyboom-de Jong B. Kenmerken van schouderklachten in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1996; 39(4): 169-73.

Samenvatting Van de 138 patiënten die zich in vier huisartspraktijken in een periode van vijf maanden meldden wegens schouderklachten, werden er 101 geselecteerd voor een onderzoek naar het voorkomen en de kenmerken van schouderklachten. De gevonden incidentie bedroeg 22 per 1000 per jaar. Schouderklachten kwamen vaker voor bij vrouwen; in de leeftijdsgroep 45-64 jaar hadden echter procentueel meer mannen dan vrouwen schouderklachten. Patiënten met een synoviale functiestoornis gaven vooral pijn aan bij belastingen en 's nachts, veelal acuut ontstaan. Patiënten met een schoudergordelstoornis gaven frequent pijn aan in C4 en Th4 en ervoeren prikkelingen in de arm aan de aangedane zijde. Zij hadden veelal al langere tijd klachten. Patiënten met een combinatiestoornis gaven frequent pijn aan in C5, C7 en Th2, net als patiënten met een synoviale functiestoornis, maar ervoeren de pijn bij bewegen, zonder belasting en meldden vaak een doof gevoel in de aangedane arm.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde en vakgroep Revalidatie, Rijksuniversiteit Groningen.
J.S. Sobel, huisarts, J.C. Winters, huisarts, drs. K. Groenier, methodoloog,
Dr. J.H. Arendzen, revalidatie-arts,
Prof.dr. B. Meyboom-de Jong, hoogleraar huisartsgeneeskunde.
Correspondent: J.S. Sobel, Stationsstraat 1, 9679 EA Scheemda.

Inleiding

Schouderklachten zijn frequent reden om de hulp van de huisarts in te roepen. In het Transitieproject consulteerden op jaarbasis 25 per 1000 ingeschreven patiënten de huisarts wegens schouderklachten.¹ Volgens *Valkenburg* zouden schouderklachten verantwoordelijk zijn voor een derde van de medische kosten voor gewrichtsklachten.²

Voor de diagnostiek en classificatie van schouderklachten zijn diverse schema's ontworpen.³⁻⁶ Hieruit wordt in ieder geval duidelijk dat algemeen geaccepteerde criteria voor het diagnostiseren van schouderklachten ontbreken. De NHG-Standaard Schouderklachten definieert schouderklachten als pijn in de schouder en schoudergordel, aangegeven in het dermatoomgebied van C4 en C5.⁷ De cervicale en cervicothoracale wervelkolom worden hierbij niet gezien als onderdeel van de schoudergordel; pijnklachten in de schouder als gevolg van stoornissen in de cervicale en cervicothoracale wervelkolom worden in de standaard beschouwd als extrinsieke schouderklachten.

Schouderpijn gaat echter vaak samen met pijn in de nek en de arm. In diverse epidemiologische studies wordt dan ook gesproken van nek-schouderklachten.^{8,9} Volgens *Valkenburg* zou de oorzaak van een belangrijk deel van de schouderklachten gelegen zijn in de wervelkolom.²

Om inzicht te krijgen in de kenmerken van schouderklachten in de huisartspraktijk, werd in 1993 in vier huisartspraktijken een onderzoek uitgevoerd waarbij, naast de mobiliteit van de synoviale structuren, ook de mobiliteit van nek en schoudergordel werd beoordeeld. De vraagstelling luidde:

- Hoe vaak komen schouderklachten voor in de huisartspraktijk?
- Wat kenmerkt patiënten met schouderklachten?
- Welke kenmerken van schouderklachten hebben een diagnostische waarde ten aanzien van het aanwezig zijn van een synoviale versus een schoudergordelstoornis of een combinatie hiervan?

Methode

Het onderzoek werd uitgevoerd in vier huisartspraktijken met 11.825 patiënten in Noord-Nederland. Alle patiënten die in de periode van 1 januari tot en met 30 mei 1993 de huisarts raadpleegden wegens schouderklachten en voldeden aan de sluitcriteria, werden opgenomen in het onderzoek.

Onder een schouderklacht werd verstaan: pijn in het gebied van de musculus deltoïdeus, het acromioclaviculaire gewricht, het pars superior van de musculus trapezius en de scapularegio, al of niet uitstralend in de arm en al of niet gepaard gaande met een bewegingsbeperking aangegeven in het bewegingstraject van de bovenarm en/of de schoudergordel. Uitsluitcriteria waren:

- behandeld voor schouderklachten in het afgelopen halfjaar;
- dubbelzijdig schouderklachten;
- omschreven reumatische aandoeningen;
- acuut trauma;
- ernstige psychiatrische stoornis of demantie;
- extrinsieke schouderklacht ten gevolge van een interne aandoening;
- cervicaal radiculair syndroom;
- weigering.

Op basis van literatuur^{7,10-12} en eigen ervaring werd een anamneselijst opgesteld. De volgende patiëntkenmerken werden geregistreerd: leeftijd, geslacht, rechts- of linkshandigheid, voorgeschiedenis van de klacht en comorbiditeit. Verder werd geïnterviewd naar: pijn in rust, pijn bij bewegen, pijn bij belastingen, nachtelijke pijn, slecht slapen door de pijn, onvermogen op de pijnlijke zijde te liggen en mate van uitstraling. Deze items werden gescoord op een vierpuntsschaal. Tot slot kon de patiënt de lokalisatie van de pijn aangeven op een tekening met een frontaal en een dorsaal aanzicht van de bovenste lichaams helft. De huisarts herleidde de pijn tot het betreffende dermatoom en gaf de mate van uitstraling aan door een doorzichtig diagram over de ingevulde tekening te leggen. Op dit diagram stonden de dermatoomlijnen aangegeven en twee lij-

nen die de arm links en rechts verdeelden in een proximale, middelste en distale gedeelte.

Het onderzoek van de schouder bestond uit: inspectie, actief en passief bewegingsonderzoek, uitvoeren van weerstandstests, palpatieonderzoek van de spierpeesaanhechtingen op de humeruskop en van het acromioclaviculaire gewricht en tot slot het actief en passief bewegingsonderzoek van de nek en schoudergordel als gedoceerd in de leergangen Manuele Geneeskunde Eindhoven.¹³

De diagnostiek werd bij de insluiting uitgevoerd door de eigen huisarts. Vervolgens werden 2, 6, 12 en 26 weken na de insluiting controle-onderzoeken uitgevoerd door twee onafhankelijke huisarts-onderzoekers, die niet op de hoogte waren van de insluitdiagnose en de ingezette behandeling. Teneinde de interdoktervariatie te beperken, oefenden de huisartsen en de onderzoekers in het hanteren van de onderzoekstechnieken, werden uitgangshoudingen bij het onderzoek protocollair vastgelegd en werden de waarden, toegekend aan onderzoeksitems bij het onderzoeken van proefpatiënten met schouderklachten, onderling vergeleken. Ook tijdens het onderzoek werd de onderlinge vergelijkbaarheid en uitwisselbaarheid van het lichamenlijk onderzoek opnieuw gecontroleerd.

De diagnostische mogelijkheden waren:

- Synoviale functiestoornissen: stoornissen in de gewrichtskapsel of synoviale ruimte van het humeroscapulaire gewricht, de subacromiale ruimte en/of het acromioclaviculaire gewricht.
- Schoudergordelstoornissen: geen stoornissen in de synoviale structuren, wel functiestoornissen in de schoudergordel, bestaande uit de wervelkolom tussen C3 en Th 5, aangrenzende ribben en sleutelbeen.
- Combinatiediagnosen, bij een combinatie van beide bovenstaande diagnosen.¹³

Statistische methoden

Door middel van polytome logistische regressieanalyse werd de invloed van de

anamnestische gegevens op de gestelde diagnose nagegaan. In deze analyse werden alleen die variabelen meegewogen die bij een voorafgaand uitgevoerde tweezijdige chi-kwadratoets een p-waarde <0,05 lieten zien. Bij de regressieanalyse dienden de patiënten met een combinatie-diagnose als referentiegroep; de coëfficiënten van de anamnesevariabelen werden voor deze groep op nul gesteld. Het negatief of positief zijn van de coëfficiënt van een kenmerk betekent dat dit kenmerk in die diagnosegroep respectievelijk minder en meer frequent wordt aangetroffen dan in de referentiegroep. De absolute waarde van de coëfficiënt is een maat voor het verschil ten opzichte van de referentiegroep; hoe hoger de waarde, des te groter het verschil.

Resultaten

Vóórkomen

In de insluitperiode werden 138 patiënten gezien wegens schouderklachten. In totaal konden 101 patiënten worden ingesloten. Bij 21 van de 37 uitgesloten patiënten was sprake van een recidiverende schouderklacht of een systeemaandoening; de ove-

rige 16 patiënten werden om andere redenen uitgesloten.

Elf patiënten uit de onderzoeksgroep hadden een half tot één jaar vóór de insluitperiode een episode met schouderklachten doorgemaakt. Zij zijn daarom buiten beschouwing gelaten bij de bepaling van het incidentiecijfer, dat immers over een jaar berekend wordt. De teller van ons incidentiecijfer was 101+16-11, de noemer 11.825. Dit komt neer op een incidentiecijfer van 22 per 1000 ingeschreven patiënten per jaar (95%-betrouwbaarheidsinterval 14-34).

De leeftijdsopbouw van de praktijkpopulatie bleek vergelijkbaar met die van de Nederlandse bevolking in 1987 (figuur). Het aantal mannen en vrouwen in de praktijkpopulatie was nagenoeg even groot. Alleen bij de oudste twee leeftijdsklassen werd een hoger percentage vrouwen dan mannen gevonden.

Er werden meer vrouwen dan mannen gezien wegens schouderklachten (tabel 1). De gemiddelde leeftijd van de vrouwen en mannen verschilde niet significant. Het percentage mannen met schouderklachten in de leeftijdsklassen 25-44 jaar en 45-64 jaar bleek hoger dan het percentage vrouwen.

Tabel 1 Kenmerken van de onderzoekspopulatie. Aantallen, tenzij anders vermeld

Gemiddelde leeftijd in jaren	47,3	Trauma in de voorgeschiedenis	18
SD	15,4	- distorsie	17
		- fractuur	1
Vrouwen	59	Eerder klachten	41
Rechtshandigen	91	- links	15
		- rechts	24
Klachten in linker schouder	41	- beiderzijds	2
- dominante zijde	4	Diagnosen	
- niet-dominante zijde	37	- synoviale functiestoornis	58
Klachten in rechter schouder	60	- schoudergordelstoornis	22
- dominante zijde	55	- combinatie-diagnose	21
- niet-dominante zijde	5	Comorbiditeit	
Klachtenduur:		- diabetes mellitus	6
≤4 weken	51	- hart-en vaatziekten	8
5-25 weken	24	- cara	6
≥26 weken	26	- artrose	13

Tabel 2 Patiëntkenmerken in relatie tot de gestelde diagnose

	Schoudergordelstoornis			Synoviale functiestoornis		
	coëfficiënt	standaard-fout	p-waarde	coëfficiënt	standaard-fout	p-waarde
Leeftijd in jaren	0,036	0,034	0,292	0,061	0,027	0,011*
Vrouwelijke geslacht	-0,326	0,970	0,737	0,420	0,704	0,596
Pijn in rust	-0,741	0,551	0,178	-0,414	0,396	0,295
Pijn bij bewegen	-0,771	0,755	0,307	-1,589	0,659	0,016*
Nachtelijke pijn	0,994	0,776	0,224	1,413	0,644	0,028*
Slapeloos door pijn	-1,392	0,791	0,078	-1,040	0,615	0,091
Pijn bij belasting	0,771	0,780	0,323	1,876	0,645	0,004*
Pijn in C4	3,252	1,465	0,026*	0,342	0,908	0,706
Pijn in C5	-2,257	1,210	0,062	1,127	0,908	0,215
Pijn in C6	0,289	1,159	0,803	-0,488	0,911	0,592
Pijn in C7	-4,274	2,226	0,055	-1,202	1,583	0,448
Pijn in Th1	0,420	1,276	0,742	1,075	0,846	0,204
Pijn in Th2	-6,189	2,863	0,031*	-0,141	1,406	0,920
Pijn in Th4	7,430	3,298	0,024*	0,130	2,003	0,948
Prikkelingen	5,794	1,797	0,001*	1,929	1,151	0,094
Doofheid	-4,262	1,540	0,006*	-0,567	0,977	0,561
Trauma in voorgeschiedenis	0,654	1,641	0,690	1,564	1,090	0,151
Eerder schouderklachten	1,377	1,061	0,194	1,410	0,776	0,069
Klachtduur tot consultmoment	0,107	0,051	0,037*	0,044	0,037	0,236

* p<0,05.

Patiëntgebonden kenmerken

Schouderklachten werden vaker aan de rechterzijde gepresenteerd, zowel bij rechts- als bij linkshandigen (tabel 1). Achttien patiënten hadden eerder een trauma van de aangedane schouder gehad. De voorgeschiedenis van 41 patiënten vermeldde eerdere schouderklachten. De schouderklacht die tot het consult leidde, bleek óf sinds kort óf al lange tijd te bestaan.

Diagnosegebonden kenmerken

In de polytome regressieanalyse zijn C8 en Th3 niet meegewogen, omdat zij een zodanig gelijkwaardige verdeling lieten zien ten opzichte van respectievelijk C7 en Th4, dat de analyse daardoor instabiel werd. Bij vergelijking van de diagnosegroepen bleek het geslacht geen discriminerende variabele te zijn.

Bij patiënten met een synoviale functiestoornis bleken leeftijd, pijn bij belasten

en nachtelijke pijn significant positief discriminerende variabelen. Ook de items 'schouderklachten in de voorgeschiedenis' en 'prikkelingen in de arm aan de aangedane zijde' bleken positief discriminerend. Pijn bij bewegen zonder belasting was daarentegen significant negatief discriminerend.

Bij patiënten met een schoudergordelstoornis bleken pijn in C4, Th4, prikkelingen in de arm aan de aangedane zijde en de (langere) klachtduur voorafgaande aan het consult significant positief discriminerende variabelen. Significant negatief discriminerend bleken pijn in Th2 en de aanwezigheid van een doof gevoel in de arm aan de aangedane zijde. Eveneens negatief discriminerend, doch niet significant bleken de items pijn in C5 en C7 en slapeloosheid door pijn.

Een combinatie-diagnose werd gekenmerkt door pijn in C5, C7 en Th2, pijn bij bewegen, slapeloosheid door pijn en een kortere klachtduur voorafgaande aan het consult. Ook klaagden patiënten met een combinatie-diagnose vaker over een doof gevoel in de arm aan de aangedane zijde.

Tabel 3 Aantal goed voorspelde diagnoses per groep

Gesteld	Voorspeld			Totaal gesteld
	schoudergordel-diagnose	synoviale diagnose	combinatie-diagnose	
Schoudergordeldiagnose	13	7	2	22
Synoviale diagnose	6	44	9	58
Combinatiediagnose	3	7	10	21
Totaal voorspeld	22	58	21	101
Succeskans	0,6	0,8	0,5	0,7

Uitstralende pijn naar distaal werd vooral gevonden bij patiënten met een heftige schouderklacht. De betrokken patiënten bleken met name aan een synoviale functiestoornis of een combinatiestoornis te lijden. De patiënten die bekend waren met diabetes mellitus, bleken allen te lijden aan een synoviale functiestoornis.

Tabel 3 geeft een overzicht van het aantal uit de variabelen in tabel 2 correct voorspelde diagnoses per groep. De succeskans voor een correcte voorspelling van de diagnose was voor de schoudergordeldiagnose 0,589, voor de synoviale diagnose 0,755 en voor de combinatie-diagnose 0,479; de overall-kans bedroeg 0,7.

Beschouwing

Vóórkomen

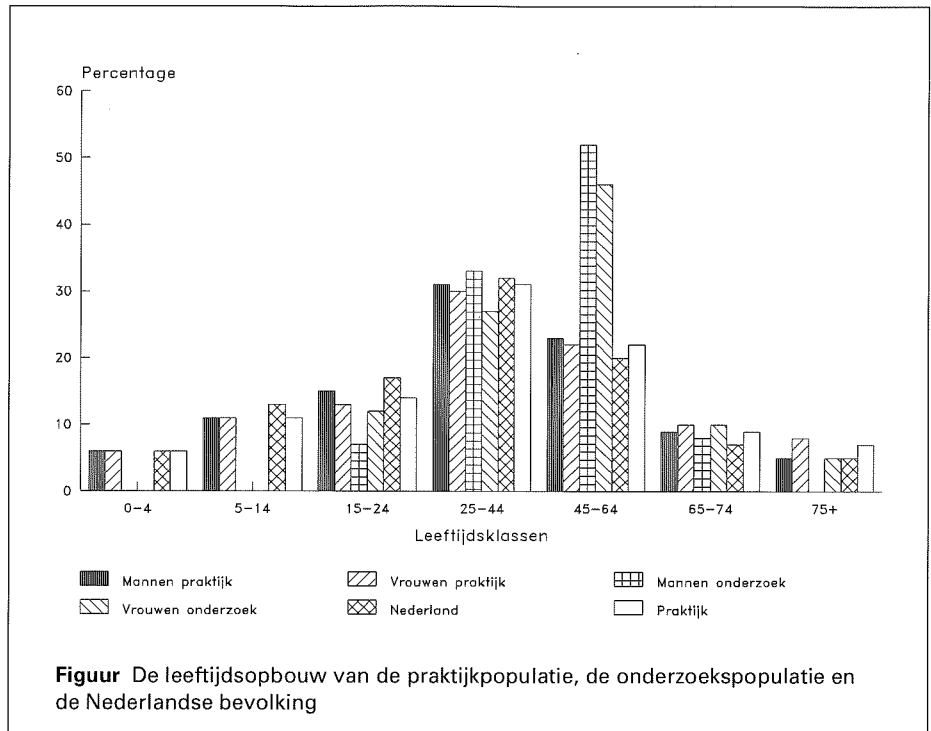
De door ons gevonden incidentie van 22 per 1000 ingeschreven patiënten per jaar – niet uitgedrukt in persoonsjaren, omdat de praktijkpopulatie in ons registratiegebied zeer stabiel is – komt overeen met de incidentie van 18/1000 per jaar in het Transitieproject (L08+L92) en is hoger dan de incidentie van 13/1000 per jaar in de Nationale Studie ((L080+L920)×4).¹⁴

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat schouderklachten vaker voorkomen bij vrouwen.^{12,14} Dit komt ook uit ons onderzoek naar voren. Ook in overeenstemming met eerdere registratie¹⁴ is de uitkomst dat in de leeftijdsklasse 45-64 jaar procentueel meer mannen dan vrouwen schouderklachten presenteren.

Persoonsgebonden kenmerken

Links- of rechtshandig-zijn heeft geen duidelijke invloed op de zijde waaraan de patiënt klachten ontwikkelt. Wel worden schouderklachten vaker rechtszijdig dan linkszijdig aangegeven. Dit is ook geconstateerd door Valkenburg.²

Uit het feit dat 40 procent van de ingesloten patiënten eerder een episode met schouderklachten had doorgemaakt, blijkt dat schouderklachten frequent recidiveren. In hoeverre een eerder doorgemaakt trauma predisponeert tot het krijgen van



Figuur De leeftijdsopbouw van de praktijkpopulatie, de onderzoekspopulatie en de Nederlandse bevolking

schouderklachten, wordt uit ons onderzoek niet duidelijk. Cyriax stelt, zonder dit verder te onderbouwen, dat traumata in de voorgeschiedenis zelden later leiden tot schouderklachten.¹⁰ Anderen twijfelen hieraan.¹⁵⁻¹⁷ Hodgkin schrijft dat de etiologie van schouderklachten onduidelijk is, ondanks het feit dat de helft van zijn patiënten met een peri-arthritis of een painful-arc-syndroom een trauma heeft doorgemaakt.¹⁷ Withrington bevestigt dit.¹⁸ In onze populatie zeiden 18 patiënten eerder een trauma te hebben doorgemaakt. De polytome logistische regressieanalyse toont aan dat in de groep met een synoviale functiestoornis frequenter een vroeger doorgemaakt trauma werd gemeld dan in de beide andere groepen.

Volgens Valkenburg wordt een peri-arthritis humeroscapularis met name gevonden in de oudere leeftijdsgroepen tot 75 jaar.² Dit sluit aan bij onze bevinding dat patiënten met een synoviale functiestoornis significant ouder waren dan patiënten met een schoudergordelstoornis of combinatiestoornis.

Comorbiditeit

Gegevens over de comorbiditeit van patiënten met schouderklachten worden in de literatuur weinig vermeld. Uit het Transitieproject blijkt dat diabetes mellitus voorkomt bij 43 promille van de schouderpatiënten en Cara bij 48 promille.¹ Diabetes mellitus wordt volgens sommige onderzoekers frequenter aangetroffen bij patiënten die lijden aan een capsulair syndroom.¹⁸⁻²⁰ In ons onderzoek kwam diabetes mellitus bij 60 promille van de patiënten met schouderklachten voor. Tevens bleken alle patiënten met diabetes mellitus te lijden aan een synoviale functiestoornis. De literatuurgegevens lijken hiermee te worden bevestigd.

Diagnostische kenmerken

Volgens Cyriax geldt dat hoe sterker de patiënt pijn in de schouder ervaart, des te duidelijker een uitstraling naar distaal wordt aangegeven.¹⁰ Crawford Adams stelt daarentegen dat, indien de pijn verder dan de elleboog uitstraalt, er sprake moet zijn van een cervicogene oorsprong van de

klacht.²¹ Onze bevinding dat patiënten uit de synoviale diagnosegroep en de combinatiediagnosegroep bij heftige pijn een sterkere mate van uitstraling tonen dan de patiënten uit de schoudergordeldiagnosegroep, lijkt de aanname van *Cyriax* te bevestigen.

De polytome logistische regressieanalyse toont aan dat met name de modaliteiten van de ervaren pijn en de door de patiënt aangegeven lokalisatie van betekenis kunnen zijn bij de differentiële diagnostiek. De aanwezigheid van prikkelingen of juist doofheid in de arm aan de aangedane zijde kunnen, naast het informeren naar de duur van de klacht voorafgaande aan het consult, van diagnostische betekenis zijn.

Volgens de standaard en *Crawford Adams* wijzen prikkelingen/tintelingen in de arm aan de aangedane zijde op een neurogene oorsprong van de klacht.^{7,11} Wij vonden dit symptoom weliswaar vaker bij een schoudergordelstoornis, maar dit impliceert geenszins een neurogene oorsprong van de klacht.

Conclusie

Schouderklachten komen vaker voor bij vrouwen; in de leeftijdsklasse 45-64 jaar krijgen echter procentueel meer mannen dan vrouwen schouderklachten.

Patiënten met een synoviale functiestoornis geven vooral pijn aan bij belastingen en 's nachts, veelal acuut ontstaan. Patiënten met een schoudergordelstoornis geven frequent pijn aan in C4 en Th4 en ervaren prikkelingen in de arm aan de aangedane zijde; zij blijken veelal al langere tijd klachten te hebben. Patiënten met een combinatiestoornis geven frequent pijn aan in C5, C7 en Th2, net als patiënten met een synoviale functiestoornis, maar ervaren de pijn bij bewegen zonder belasting en melden vaak een doof gevoel in de aangedane arm.

Dankbetuiging

Met dank aan de huisartsen J. Woudhuizen en H. Spelde voor hun adviezen bij de opzet en hun deelname aan het onderzoek.

Literatuur

- 1 Lamberts H, Brouwer HJ, Mohrs J. Reason for encounter-, episode- and process-oriented standard output from the Transition project. Amsterdam: Department of General Practice/Family Medicine, University of Amsterdam, 1991.
- 2 Valkenburg HA. Reumatische klachten en aandoeningen in een open Nederlandse Bevolkingsgroep. *Reuma* 1979; 3: 1-5.
- 3 Cyriax J. The shoulder. *Br J Hosp Med* 1975; 19, 185-92.
- 4 Wagenhäuser FJ. Die rheumatischen Brachialgien. *Orthopädie* 1972; 2: 87-100.
- 5 Welfling L. Die Entfächerung der sogenannten Periarthritis der Schulter. *Orthopädie* 1981; 10: 187-90.
- 6 Krämer J. *Orthopädie*. Berlin, etc.: Springer, 1983.
- 7 Bakker JF, De Jongh AC, Jonquière M, et al. NHG-Standaard Schouderklachten. *Huisarts Wet* 1990; 33: 196-202.
- 8 Bjelle A. Epidemiology of shoulder problems. *Ballière's Clinical Rheumatology* 1989; 3, 437-51.
- 9 Hagberg M, Wegman DH. Prevalence rates and odd ratios of shoulder-neck diseases in different occupational groups. *Br J Industrial Med* 1987; 44: 602-10.
- 10 Cyriax J. *Textbook of orthopaedic medicine*, I. London: Ballière Tindall, 1982.
- 11 Frisch H. *Programmierte Untersuchung des Bewegungsapparates*. Berlin, etc.: Springer, 1983.
- 12 Hirschfeld P, Winkel D. *Die Schulter. Orthopädische Medizin nach der Methode von Cyriax*. Erlangen: Perimed Fachbuch, 1984.
- 13 Sobel JS, Winters JC, Arendzen JH, et al. Schouderklachten in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1995; 38: 342-7
- 14 Velden van der J, Bakker DH de, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. *Basisrapport: Morbiditeit in de huisartspraktijk*. Utrecht: Nivel, 1991.
- 15 Hoppenfield S. *Physical examination of spine and extremities*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1976.
- 16 Calliet R. *Schouderpijn*. Lochem-Poperinge: De Tijdstream, 1982
- 17 Hodgkin K. *Towards earlier diagnosis in primary care*. Edinburgh, etc.: Churchill Livingstone, 1978.
- 18 Withrington RH, et al. A comparative study of the aetiological factors in shoulder pain. *Br J Rheumatology* 1985; 24: 24-6.

19 Bridgeman JF. Periarthritis of the shoulder and diabetes mellitus. *Ann Rheum Dis* 1972; 31: 69-71.

20 Friedman NA, Laban MM. Periarthritis of the shoulder associated with diabetes mellitus. *Am J Phys Med Rehabil* 1989; 68: 12-4.

21 Crawford Adams J. *Outline of orthopaedics*. Edinburgh, London: Churchill Livingstone, 1973. ■

Abstract

Sobel JS, Winters JC, Groenier K, Arendzen JH, Meyboom-de Jong B. Characteristics of shoulder complaints in general practice. *Huisarts Wet* 1996; 39(4): 169-73.

In 1993 in the province of Groningen in four general practices a research was done into the characteristics of shoulder complaints in general practice.

Objective: To investigate the incidence of shoulder complaints in general practice; to find out what distinguishes patients with shoulder complaints and which symptoms are relevant in diagnosing.

Data collection: In a period of five months 101 patients of a population of 138 patients with shoulder complaints, were included. Their distinguishing marks, pain symptoms and diagnoses were recorded.

Results: The incidence found was 22 per 1000 patients per year. More often shoulder complaints were presented by women, however between 45 and 64 years of age proportionally more men were suffering shoulder complaints. Patients with a synovial syndrome, mostly in an acute onset, presented pain in loaded action and at night. Patients diagnosed as suffering from a shoulder girdle syndrome, experienced pain in C4 and T4 and a prickling in the ipsilateral arm. They suffered already for a long time previous to encounter. Patients diagnosed as suffering from a synovial syndrome as well as a shoulder girdle syndrome often presented pain in C5, C7 and T2, just as patients only suffering from a synovial syndrome. They experienced pain in motion, more frequently than in loaded action. A numbness in the ipsilateral arm was often presented.

Key words Family practice; Shoulder.

Correspondence J.S. Sobel MD, Stationsstraat 1, 9679 EA Scheemda, The Netherlands.