

Orale prednison bij frozen shoulder

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van dr. J.A.H. Eekhof • Correspondentie: j.eekhof@nhg.org.

Vraagstelling Spontane genezing van frozen shoulder kan maanden tot jaren duren, terwijl pijn en functiebeperking van de schouder erg invaliderend kunnen zijn. Analgetica geven vaak onvoldoende verlichting van klachten. Volgens de NHG-Standaard Schouderklachten kan dan een corticosteroïdinjectie overwogen worden. Deze injecties hebben echter een kortdurend effect, brengen risico's mee bij de ingreep en worden niet door iedere arts uitgevoerd. Orale corticosteroiden zijn effectief gebleken bij onder andere jicht en reumatoïde artritis. De vraag is derhalve of orale prednison effectief is bij de behandeling van pijn en functiebeperking bij frozen shoulder, in vergelijking met een expectatief beleid met alleen analgetica.

Zoekstructuur Gezocht op 14 december 2015 op PubMed met de Mesh-termen: (frozen shoulder OR adhesive capsulitis) AND (glucocorticosteroids OR steroids AND oral). In combinatie met het filter systematic review vonden we twee artikelen waaronder een Cochrane-review, en met het filter RCT vonden we zes artikelen waarvan er twee relevant waren voor de vraagstelling. Omdat de systematische review alleen de twee relevante RCT's includeerde en geen meta-analyse bevatte, bespreken we alleen de twee individuele trials.

Resultaten Binder et al. onderzochten met een prospectief, enkelblind, gerandomiseerd onderzoek bij 40 personen (45-76 jaar) met een frozen shoulder, het effect van orale prednison 10 mg gedurende 1 maand, gevolgd door orale prednison 5 mg voor 2 weken (n = 20) versus geen prednison (n = 20).¹ Deze laatste groep werd geadviseerd slingeroefeningen te doen en kreeg op verzoek analgetica. Uitkomstmaten waren reductie van pijn (in rust, 's nachts en tijdens bewegen, gerapporteerd op een visueel-analoge schaal (VAS) 0-10) en diverse maten in functiebeperking, alle maandelijks gemeten gedurende 8 maanden. In de eerste 4 maanden was er een significant verschil in pijn in rust tussen de prednisongroep (mediane pijn 2 tot 3,5 punten lager vergeleken met baseline tussen de verschillende meetmomenten) en controlegroep (mediane pijn 1 tot 2 punten lager; p < 0,05). Na 4 maanden was de pijn in beide groepen vergelijkbaar. Functiebeperking was gedurende de gehele follow-up vergelijkbaar tussen de groepen.

Buchbinder et al. voerden een dubbelblind, gerandomiseerd en placebogecontroleerd onderzoek uit onder 50 personen met frozen shoulder, waarbij 24 personen orale prednison

(eenmaal daags 30 mg) ontvingen gedurende 3 weken versus 26 personen placebo.² Ook hier was pijn uitkomstmaat en werd daarnaast gekeken naar functiebeperking en beperking in algemeen functioneren in het dagelijks leven, bij aanvang van het onderzoek en na 3, 6 en 12 weken. Na 3 weken liet de prednisongroep een gemiddelde pijnreductie zien van 4,1 (SD 2,3) versus 1,4 (SD 2,4) in de controlegroep. Het gecorrigeerde verschil tussen de groepen was 2,4 (95%-BI 1,1 tot 3,8; p = 0,001). Ook functiebeperking en algemeen functioneren verbeterden. Na 6 weken leek de prednisongroep nog de beste resultaten te geven, maar na 12 weken leek er een trend dat de controlegroep het beste herstel toonde (niet-significant).

Bespreking Beide onderzoeken laten gedurende de behandeling met prednison significante voordelen zien ten opzichte van de controlegroep, maar tonen op lange termijn geen verschil. De onderzoeken hanteren verschillende doseringen prednison oraal, maar geven vergelijkbare uitkomsten. Effectiviteit van kortere behandeling of juist langduriger behandeling blijft onbekend. Orale prednison lijkt hier een vergelijkbare effectiviteit te geven als behandeling met corticosteroïdinjecties, maar vergelijkend onderzoek ontbreekt.

Beide onderzoekspopulaties zijn tweedelijns populaties met naar verwachting gemiddeld meer klachten dan bij de huisarts, waardoor effect in de huisartsenpopulatie minder groot kan zijn. Een beperking is dat beide onderzoeken geen primaire uitkomstmaat hebben geformuleerd. Verder zijn de groepen te klein om conclusies te kunnen trekken over de bijwerkingen van prednison. Potentiële bijwerkingen en mogelijke contra-indicaties van prednison gebieden terughoudend voorschrijfgedrag.

Conclusie Op basis van twee kleine onderzoeken in de tweede lijn lijkt behandeling met orale prednison op korte termijn effectief bij patiënten met een frozen shoulder, maar na 6-8 weken is dit effect niet beter dan een afwachtend beleid.

Betekenis Gezien het beperkte bewijs, de onduidelijkheid over effectieve dosering en de potentiële bijwerkingen/interacties lijkt er voorsnog geen plaats voor orale prednison voor frozen shoulder in de huisartsenpraktijk. ■

LITERATUUR

- 1 Binder A, Hazleman BL, Parr G, Roberts S. A controlled study of oral prednisolone in frozen shoulder. *Brit J Rheumatol* 1986;25:288-92.
- 2 Buchbinder R, Hoving JL, Green S, Hall S, Forbes A, Nash P. Short course prednisolone for adhesive capsulitis (frozen shoulder or stiff painful shoulder): a randomised, doubleblind, placebocontrolled trial. *Ann Rheum Dis* 2004;63:1460-9.