

Injectietherapie bij schouderaandoeningen

Van de Weg et al. beschrijven in hun artikel 'Wel of geen injectietherapie bij schouderaandoeningen? Een systematisch literatuuronderzoek' (H&W 2004;47: 178-83) de uitkomsten van een systematische review naar het effect van injectietherapie bij schouderklachten in de huisartsenpraktijk. De bijgevoegde casus, als onderbouwing voor de beslissing van de huisarts om al of niet te injecteren, is in het licht van de systematische review onjuist.

In de casus is sprake van een posttraumatische *frozen shoulder*, maar gezien de korte duur na het ontstaan is dat onwaarschijnlijk.¹ Twee weken na het eerste consult gaat de huisarts twijfelen tussen afwachten of verwijzen naar de tweede lijn of een collega-huisarts. Gezien de lange wachttijden bij specialisten is een verwijzing gelijk aan het afwachten van het natuurlijk beloop. Een verwijzing naar de fysiotherapeut zou een logischer optie zijn ter onderbouwing van de klachten van de patiënt. Een fysiotherapeut is immers specialist op het gebied van het bewegend functioneren.

Een fors trauma met aanzienlijke passieve mobiliteitsbeperking en nachtelijke pijn die niet verbetert (*red flag*) zou aanleiding kunnen zijn om een röntgenfoto te laten maken. Een fractuur en/of een gefixeerde dorsale schouderluxatie kan een oorzaak zijn.^{2,3}

Het zoeken naar de oorzaak van de mechanische beperking in het gewricht is naar onze mening een voorwaarde alvorens corticosteroïden in of rond een gewricht te spuiten. De auteurs geven

terecht aan dat er meer onderzoek verricht moet worden om de NHG-Standaard te onderbouwen op het gebied van de injectietherapie bij schouderklachten. Het gebruik van de bijgevoegde casus toont aan dat ook op het gebied van de differentiële diagnostiek (*clinical reasoning*) nog enige aanscherping noodzakelijk is.

H.M. Vermeulen, *fysio-manueeltherapeut*
P.D.S. Dijkstra, *orthopedisch chirurg*

- 1 Reeves B. *The natural history of the frozen shoulder syndrome*. *Scand J Rheumatol* 1975;4:193-6.
- 2 Rowe CR, Zarins B. *Chronic unreduced dislocations of the shoulder*. *JBJS* 1992;64A:494-505.
- 3 Vermeulen HM, IJtsma DR. *De acute 'frozen shoulder' bestaat niet*. *Ned Tijdschr Fysioth* 1999;106-9.

Antwoord

Met de casus hebben we geprobeerd de gedachtegang van een gemiddelde huisarts te volgen die zich probeert te houden aan de NHG-Standaard.¹ Er wordt gesproken van posttraumatische capsulitis adhesiva omdat er mogelijk een relatie bestond tussen het – relatief geringe – trauma en de schouderklachten. Uit de door ons gevonden literatuur is niet op te maken dat stijfheid pas in een later stadium zou optreden. Wat de (eventuele) verwijzing van de patiënt betreft, hebben wij ons gehouden aan de richtlijnen in de NHG-Standaard. De NHG-Standaard adviseert om in de acute fase niet te verwijzen voor oefentherapie omdat er geen bewijs is voor het effect van fysiotherapie op het beloop. Ook uit onze review blijkt dat er een sterk bewijs is dat corticosteroïdinjecties op korte termijn effectiever zijn dan fysiotherapie. Verwijzen voor diagnostiek is ook niet zinvol. Eerder onderzoek toonde aan dat de overeenstem-

ming tussen 2 fysiotherapeuten bij de beoordeling van 201 patiënten met schouderklachten zeer matig was (kappa 0,45).² Bij extrinsieke oorzaken van de schouderpijn is het wellicht wel nuttig om een manueel therapeutisch onderzoek van de cervicale en thoracale WK te verrichten.³

Tot slot de aanvullende diagnostiek: indien er sprake is van een significant trauma met persisterende hevige pijnklachten dient uiteraard adequate aanvullende diagnostiek verricht te worden. Indien we de gedachtegang van de huisarts proberen te volgen, dan moet je bij hoefgetrappel (althans in Nederland...) vooreerst aan een paard of een koe denken en niet aan een zebra. Bij het merendeel van de schouderklachten is aanvullend onderzoek (röntgenfoto, MRI, CT of echografie) niet zinvol omdat de uitslag doorgaans geen invloed heeft op het beleid van de huisarts. Uit het artikel van Vermeulen blijkt juist dat (vroeg) radio-diagnostiek de behandelaars op het verkeerde been kan zetten.

F.B. van de Weg, D.A.W.M. van de Windt,
J.C. Winters

- 1 Winters JC, De Jongh AC, Van der Windt DAWM, et al. *NHG-Standaard Schouderklachten, eerste herziening*. *Huisarts Wet* 1999;42:222-231.
- 2 De Winter AF, Jans MP, Scholten RJPM, et al. *Diagnostic classification of shoulder disorders: inter-observer agreement and determinants of disagreement*. *Ann Rheum Dis* 1999;58:272-7.
- 3 Norlander S, Gustavsson BA, Lindell J, et al. *Reduced mobility in cervico-thoracic motion segment. A risk factor for musculoskeletal neck-shoulder pain: a two year prospective follow-up study*. *Scan J Rehabil Med* 1997;29:167-74.