

# Aanvullende manuele therapie bij patiënten met schouderklachten

## Een gerandomiseerd effectonderzoek

Gert Bergman, Jan Winters, Klaas Groenier, Jan Pool, Betty Meyboom-de Jong, Klaas Postema, Geert van der Heijden

### Inleiding

Schouderklachten zijn een omvangrijk probleem. In de algemene bevolking heeft 1 op de 5 mensen er last van.<sup>1</sup> In de huisartsenpraktijk is de incidentie van schouderklachten 10 tot 25 per 1000 per jaar.<sup>2</sup> Schouderklachten houden vaak lang aan en komen geregeld terug. Na een jaar ondervindt 40% van de patiënt nog klachten in het dagelijks leven.<sup>3,4</sup> Pijn staat meestal centraal, ook al zijn er aandoeningen waarbij er alleen een bewegingsbeperking van de schouder is. Ze hinderen vaak het dagelijks functioneren en de nachtrust en zijn soms invaliderend voor de patiënt. De oorzaak kan een licht trauma zijn of overbelasting, maar meestal is er geen oorzaak aan te wijzen.<sup>5</sup>

Schouderklachten komen in 40-50% van de gevallen voor in combinatie met functiestoornissen van de schoudergordel (cervicothoracale wervelkolom en aangrenzende ribben).<sup>1</sup> Er wordt aan-

genomen dat functiestoornissen van de schoudergordel (naast nekpijn) pijn in het schoudergebied kunnen geven. In observationeel onderzoek werd al vastgesteld dat een volledige anteflexie van de arm samengaat met rotatie van de wervellichamen van de cervicothoracale overgang naar de zijde in anteflexie.<sup>6</sup> Ook kon bij 20% van de patiënten met schouderklachten geen oorzaak in het glenohumerale gewricht worden vastgesteld, maar nader functieonderzoek van de cervicothoracale wervelkolom en de aangrenzende ribben leverde wél afwijkingen op.<sup>7</sup> Deze bevindingen sluiten aan bij een Zweeds onderzoek waaruit bleek dat een beperkte mobiliteit van de cervicothoracale wervelkolom bij personen zonder klachten de kans op het ontwikkelen van nek- en schouderklachten verdrievoudigde.<sup>8</sup> Er is nog maar weinig bewijs voor de effectiviteit van manuele therapie als behandeling van deze functiestoornissen. Uit een gerandomiseerd klinisch onder-

### Samenvatting

Bergman GJD, Winters JC, Groenier KH, Pool JIM, Meijboom-de Jong B, Postema K, Van der Heijden GJMG. Aanvullende manuele therapie bij patiënten met schouderklachten. Een gerandomiseerd effectonderzoek. *Huisarts Wet* 2005;48(9):438-43.

**Inleiding** De NHG-Standaard Schouderklachten vermeldt dat schouderklachten veroorzaakt kunnen worden door functiestoornissen van de schoudergordel, maar geeft geen therapeutisch advies wegens gebrek aan wetenschappelijk bewijs.

**Methode** Met een gerandomiseerd klinisch onderzoek onderzochten wij de effectiviteit van manuele therapie, als aanvulling op de behandeling volgens de NHG-Standaard bij patiënten met schouderklachten en een functiestoornis van de schoudergordel. De manuele therapie bestond alleen uit manipulatie en mobilisatietechnieken van de schoudergordel (maximaal zes behandelingen in twaalf weken). Er waren vier effectmetingen gepland in een periode van een jaar.

**Resultaten** Negenenzeventig patiënten kregen manipulaties en mobilisaties van de schoudergordel in aanvulling op huisartsbehandeling conform de standaard Schouderklachten en 71 alleen de huisartsbehandeling. Na 12 weken werd een significant verschil gevonden in het herstelpercentage (22%), ernst van de belangrijkste klacht (1,5 punt op een 0-10-schaal; 95%-BI 0,5-2,5) en schouderpijn (2,0 op een 7-21-schaal). Na 1 jaar bleef het herstelpercentage hoger bij patiënten die met manuele therapie behandeld waren (17%) en was de ernst van de belangrijkste

klacht significant afgenomen na 26 en 52 weken (respectievelijk 1,2 en 1,4 op een 0-10-schaal).

**Conclusie** Manuele therapie van functiestoornissen van de schoudergordel als aanvulling op de behandeling volgens de NHG-Standaard bespoedigt het herstel van schouderklachten en zorgt voor een blijvende reductie van de symptomen van schouderklachten.

Universitair Medisch Centrum Groningen, Disciplinarygroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 196, 9700 AD Groningen: dr. G.J.D. Bergman, bewegingswetenschapper, dr. K.H. Groenier, statisticus, prof.dr. B. Meijboom-de Jong, huisarts; Centrum voor Revalidatie: prof.dr. K. Postema, revalidatiearts; J.C. Winters, huisarts te Glimmen; VU medisch centrum, EMGO-instituut, Amsterdam: J.J.M. Pool, manueeltherapeut; Universitair Medisch Centrum Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde: dr. G.J.M.G. van der Heijden, klinisch epidemioloog.

Correspondentie: gertbergman@gmail.com

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Bergman GJ, Winters JC, Groenier KH, Pool JJ, Meyboom-de Jong B, Postema K, Van der Heijden GJ. Manipulative therapy in addition to usual medical care for patients with shoulder dysfunction and pain: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2004;141:432-9. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

zoek bleek dat patiënten met schouderklachten op basis van functiestoornissen van de schoudergordel meer baat hadden bij manuele therapie dan van fysiotherapie.<sup>9</sup> Na anderhalf jaar waren deze effecten niet meer aantoonbaar.<sup>10</sup>

Wij onderzochten of manuele therapie in aanvulling op de reguliere behandeling conform de NHG-Standaard Schouderklachten effectief is in de behandeling van patiënten met schouderklachten die naast pijn en/of functiestoornissen van de glenohumerale structuren ook pijn en/of functiestoornissen van de schoudergordel hadden.

### Methoden

We voerden een gerandomiseerd klinisch onderzoek uit waarvoor vijftig huisartsen in Groningen en omstreken aan nieuwe patiënten met schouderklachten vroegen om deel te nemen. De belangrijkste selectiecriteria waren: aanwezigheid van schouderklachten, functiestoornis van de schoudergordel en een leeftijd van minimaal achttien jaar. Geschikte patiënten hadden in de voorgaande drie maanden hun huisarts niet geconsulteerd en waren niet in behandeling. De duur van de klachten voor het eerste consult vormde geen beperking. De inclusie vond plaats aan de hand van een anamnese en een fysisch diagnostisch onderzoek van de schouder en schoudergordel. De patiënten werden willekeurig toegewezen aan behandeling met manipulaties en mobilisaties van de schoudergordel in aanvulling op huisartsbehandeling conform de NHG-Standaard Schouderklachten of alleen aan de huisartsbehandeling. Nadat de uitvoerend onderzoeker (GJDB) de selectiecriteria had gecontroleerd en verklaringen van informed consent van de deelnemers had gekregen, opende hij een ondoorzichtige envelop met daarin de toewijzing.

### Interventie

Het protocol van de manuele therapie bestond uit specifieke manipulaties (*low-amplitude, high-velocity-thrust* technieken) en mobilisaties (*high-amplitude, low-velocity-thrust* technieken), gericht op het verbeteren van de functionaliteit van het gewricht en het verminderen van bewegingsbeperkingen op segmentaal niveau van de wervelkolom. De manuele technieken werden toegepast op basis van de uitgangspunten van Stichting Opleiding Manuele Therapie te Amersfoort. De deelnemende manuele therapeuten behielden de mogelijkheid om binnen de grenzen van het protocol de behandeling aan te passen aan de locatie van de functiestoornis en de voorkeur voor een specifieke techniek. In een periode van twaalf weken mochten de manueel therapeuten maximaal zes keer behandelen.

Behalve een voormeting, werden er vier effectmetingen uitgevoerd: voor de korte termijn na 6 weken (in de interventieperiode) en na 12 weken (eind van interventieperiode) en voor de lange termijn na 26 en 52 weken.

### Effectmaten

Wij gebruikten onderstaande effectmaten.

*Het ervaren herstel.* De patiënt gaf aan of de schouderklachten vol-

### Wat is bekend?

- ▶ Een groot percentage van de patiënten met schouderklachten heeft een (bijkomende) functiestoornis van de schoudergordel (cervicothoracale wervelkolom en aangrenzende ribben).
- ▶ De huidige NHG-Standaard geeft geen specifiek therapeutisch advies voor deze patiëntengroep.

### Wat is nieuw?

- ▶ Manuele therapie blijkt herstel bij 1 op de 4,6 behandelde patiënten met schouderklachten en een functiestoornis van de schoudergordel te bespoedigen.
- ▶ Manuele therapie heeft bij 1 op de 6 behandelde patiënten met een functiestoornis van de schoudergordel een langdurig effect.
- ▶ Het is wenselijk elke patiënt met schouderklachten te onderzoeken op functiestoornissen van de schoudergordel.
- ▶ Het lijkt het beste om met manuele therapie te beginnen wanneer de pijn van de schouder door behandeling (medicamentus/injectie) genoeg is verminderd.

ledig waren verdwenen. Als dit niet het geval was, gaf hij aan in hoeverre de klachten verbeterd dan wel verslechterd waren op een 7-punts ordinale schaal.

*De ernst van de belangrijkste klacht.* Hierbij duidde de patiënt aan welke activiteit de meeste klachten veroorzaakte, bijvoorbeeld stofzuigen of iets hoog uit de kast pakken. Vervolgens gaf hij aan op een 11-puntsschaal (0 (geen last) tot 10 (onmogelijk)) hoeveel moeite het hem kostte deze activiteit uit te voeren.<sup>11</sup>

*Schouderpijn.* De patiënt gaf op een 4-puntsschaal aan: de mate van pijn in rust, bij bewegen, bij nachtelijke pijn; de mate van slaapproblemen door pijn, bij liggen op de pijnlijke schouder en de mate van uitstraling. Daarnaast drukte hij op een 11-puntsschaal de algemene mate van pijn uit. Door de 11-puntsschaal te transformeren naar een 4-puntsschaal wordt een somscore verkregen die loopt van 7 (geen pijn) tot 28 (zeer hevige pijn).<sup>12</sup>

*Functionele beperking.* De patiënt noteerde in hoeverre de schouderklachten hinderlijk zijn in het uitvoeren van 16 verschillende activiteiten. De score op deze 16 items werd gestandaardiseerd tot een score van 0 (geen beperking) tot 100 (hevige beperking).<sup>13</sup>

*De kwaliteit van leven.* De patiënt gaf aan in hoeverre hij problemen had met lopen, zelfzorg, ADL-activiteiten, pijn, angstig of somberheid, en hoe zijn gezondheid was in vergelijking met een jaar geleden. De scores werden omgerekend tot een score van 0 tot 1.<sup>14</sup>

De gegevens werden geanalyseerd aan de hand van een protocol volgens het intention-to-treatprincipe.

### Resultaten

De deelnemende huisartsen meldde in totaal 388 patiënten aan, van wie er uiteindelijk 150 deelnamen aan het gerandomiseerde onderzoek (figuur p. 441). Van alle deelnemers werden 71 patiënten alleen door hun huisarts behandeld en 79 patiënten kregen naast hun reguliere behandeling via de huisarts ook een behandeling van een manueel therapeut. De patiënten consulteerden

**Tabel 1** Patiëntkarakteristieken en beginwaarden van de effectmaten per groep (%)

Variabele	HA (n=71)	HA+MT (n=79)
Gemiddelde leeftijd in jaren ± SD	47,8 ± 11,8	48,4 ± 12,4
Vrouw	37 (52)	42 (51)
Dominante zijde aangedaan	45 (63)	58 (73)
Acute klachten	19 (28)	27 (35)
Gemiddelde duur voor consultatie:		
- < 6 weken	28 (39)	28 (35)
- 6-12 weken	22 (32)	25 (32)
- 12-26 weken	11 (15)	10 (13)
- > 26 weken	10 (14)	16 (20)
Eerder episodes van schouderklachten:		
- geen	18 (25)	18 (23)
- 1 episode	14 (21)	18 (23)
- 2-5 episodes	27 (20)	27 (34)
- > 5 episodes	12 (17)	16 (20)
Eerdere episodes van nekklachten	43 (61)	50 (63)
Behandelvoorkeur manuele therapie:		
- negatief	4 (6)	4 (5)
- geen voorkeur	42 (59)	57 (72)
- positief	25 (35)	18 (23)
Ernst belangrijkste klacht (0-10)	6,4 ± 2,1	6,9 ± 1,9
Schouderpijn (7-28)	17,9 ± 4,3	17,8 ± 4,7
Schouderbeperkingen (0-100)	60,7 ± 29,0	58,6 ± 28,0
Kwaliteit van leven (0-1)	0,68 ± 0,18	0,69 ± 0,19

HA: huisarts, MT: manueel therapeut

**Tabel 2** Gemiddelde verbetering op effectmaten per groep (%)

Effectmaat	HA (n=71)	MT (n= 79)	Groepsverschil (95%-BI)*
<i>Ervaren herstel</i>			
- hersteld na 6 weken	10 (14)	16 (20)	6 (- 6,2 - 18,1)
- hersteld na 12 weken	15 (21)	34 (43)	22 (6,9 - 35,4)
- hersteld na 26 weken	25 (35)	32 (41)	5 (-10,1 - 20,2)
- hersteld na 52 weken	25 (35)	41 (52)	17 (0 - 31,4)
<i>Gemiddelde verbetering (±SD) in de ernst van de belangrijkste klacht</i>			
- 6 weken	2,2 ± 3,2	3,1 ± 3,0	0,9 (-0,1 - 1,9)
- 12 weken	2,9 ± 3,4	4,4 ± 3,0	1,5 (0,5 - 2,5)
- 26 weken	3,5 ± 3,3	4,7 ± 3,1	1,2 (0,2 - 2,2)
- 52 weken	3,6 ± 3,4	5,0 ± 2,9	1,4 (0,4 - 2,4)
<i>Gemiddelde verbetering (±SD) in schouderpijn</i>			
- 6 weken	2,8 ± 4,4	3,6 ± 4,5	0,8 (-0,6 - 2,3)
- 12 weken	3,7 ± 5,2	5,7 ± 5,1	2,0 (0,3 - 3,7)
- 26 weken	5,2 ± 5,5	5,9 ± 5,3	0,7 (-1,0 - 2,5)
- 52 weken	5,5 ± 5,5	6,7 ± 5,4	1,2 (-0,5 - 3,0)
<i>Gemiddelde verbetering (±SD) in schouderbeperkingen</i>			
- 6 weken	11,3 ± 30,0	16,8 ± 21,3	5,5 (-2,9 - 13,8)
- 12 weken	18,2 ± 32,4	26,6 ± 32,3	8,5 (-2,0 - 18,9)
- 26 weken	20,3 ± 35,9	33,0 ± 34,6	12,7 (1,3 - 24,1)
- 52 weken	27,7 ± 38,9	36,3 ± 35,7	6,9 (-3,5 - 20,7)
<i>Gemiddelde verbetering (±SD) in kwaliteit van leven</i>			
- 6 weken	0,03 ± 0,18	0,07 ± 0,18	0,04 (-0,01 - 0,10)
- 12 weken	0,16 ± 0,25	0,09 ± 0,28	0,06 (-0,03 - 0,15)
- 26 weken	0,08 ± 0,21	0,11 ± 0,19	0,03 (-0,04 - 0,09)
- 52 weken	0,12 ± 0,25	0,12 ± 0,19	0,00 (-0,07 - 0,08)

\* Ervaren herstel: chi-kwadraattoets, overige: onafhankelijke t-toets voor gemiddelde verbetering

hun huisarts gemiddeld 2,4 maal met daarin een klein verschil tussen beide groepen. De manueel therapeuten behandelden de patiënten gemiddeld 3,8 maal met aanvullende manipulaties en mobilisaties.

#### Onderzoekspopulatie

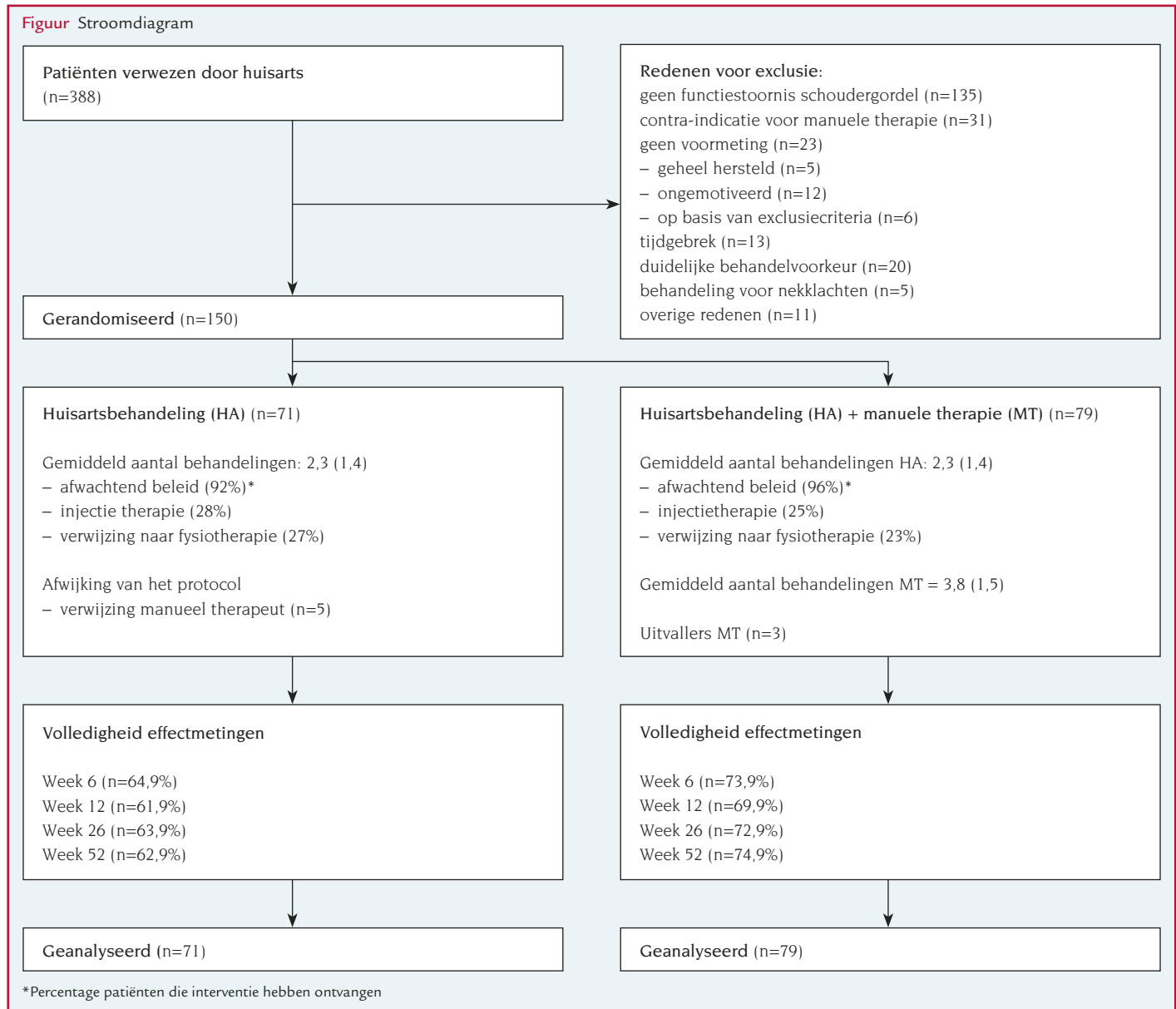
De demografische en prognostische indicatoren en scores op de voormeting van de uitkomstmaten waren in hoge mate vergelijkbaar (tabel 1). De gemiddelde leeftijd van de totale populatie was iets onder de 50 jaar; ongeveer de helft was vrouw; ongeveer een derde had langer dan 3 maanden klachten en bij driekwart van de

populatie kwamen de klachten terug. Meer dan 60% heeft ook al eerder nekklachten gehad. De scores op de effectmaten waren in hoge mate vergelijkbaar, behalve voor de ernst van de belangrijkste klacht. Op deze effectmaat scoorden patiënten die manuele therapie geloot hadden gemiddeld een half punt hoger.

#### Klinische metingen

In de effectmetingen na 6 en 12 weken was er een consistent verschil in uitkomstmaten in het voordeel van de patiënten die met aanvullende manipulaties en mobilisaties behandeld waren, maar op de meting na 6 weken was geen van deze verschillen statistisch

**Figuur** Stroomdiagram



significants (tabel 2). Na 12 weken werd wel een significant verschil gevonden in het percentage patiënten dat rapporteerde volledig hersteld of zeer veel verbeterd te zijn en voor de gemiddelde verbetering in de ernst van de belangrijkste klacht en schouderpijn. In de follow-upperiode bleef het percentage patiënten dat rapporteerde volledig hersteld of zeer veel verbeterd te zijn hoger bij degenen die met aanvullende manipulaties en mobilisaties behandeld waren. Een significant verschil werd aangetoond in het ervaren herstelpercentage na 52 weken. De ernst van de belangrijkste klacht was significant geringer bij patiënten die met aanvullende manipulaties en mobilisaties behandeld waren na 26 en 52 weken.

De resultaten op schouderpijn en functionele beperking waren consistent in het voordeel van de patiënten die met aanvullende manipulaties en mobilisaties behandeld waren, maar de resultaten van functionele beperking haalden statistische significantie na 26 weken.

### Beschouwing

De resultaten van ons onderzoek laten zien dat manipulaties en mobilisaties van de schoudergordel, als aanvulling op de behandeling volgens de NHG-Standaard Schouderklachten, het herstel van schouderklachten bespoedigen bij patiënten met schouderklachten en een functiestoornis van de schoudergordel. Uit de langetermijnanalyse blijkt dat aanvullende manuele therapie zorgt voor een blijvende reductie van symptomen van schouderklachten, zoals pijn en beperking. Deze bevindingen sluiten aan bij eerder onderzoek in de eerste lijn, waarin werd geconcludeerd dat manuele therapie effectiever was dan fysiotherapie bij patiënten met schouderklachten die berusten op functiestoornissen van de structuren van de schoudergordel.<sup>15</sup>

Het huidige onderzoek is het eerste dat specifiek is gericht op patiënten met schouderklachten met daarnaast een functiestoornis van de schoudergordel. De onderzoeksopzet sluit aan bij de dagelijkse praktijk: de patiënten worden in eerste instantie voor

symptomen door hun huisarts behandeld, daarna vindt pas de verwijzing plaats naar een manueel therapeut. Vanwege dit pragmatische perspectief is het van groot belang dat het contrast tussen de interventiegroepen zo groot mogelijk is. We hebben gekozen voor een geprotocolleerde manuele therapie, waarbij de focus lag op manipulatie- en mobilisatietechnieken met als doel specifieke functiestoornissen op te heffen. Andere behandelmodaliteiten, zoals voorlichting, adviezen, massage, oefentherapie en fysieke applicaties waren geen onderdeel van het protocol en werden nadrukkelijk ontmoedigd. Op deze manier kon het contrast met fysiotherapie zo groot mogelijk blijven. Immers, een verwijzing naar fysiotherapie na zes weken is ook een optie in de NHG-Standaard Schouderklachten. De mogelijkheid dat huisartsen hun beleid bij patiënten in de manuele-therapiegroep aanpasten door hen niet naar een fysiotherapeut te verwijzen, hebben we ondervangen door de huisartsen te blinderen voor de gelote interventie. Zodoende is het gelukt om een hoge graad van vergelijkbaarheid in de behandeling van huisarts te behouden.

De hamvraag is of de gevonden effecten klinisch relevant zijn. De werving van patiënten leverde minder op dan we verwacht hadden: uiteindelijk zijn 150 van de geplande 250 patiënten geïnccludeerd. We kunnen betrouwbare resultaten presenteren door een laag percentage afvallers, weinig ontbrekende gegevens en een lager herstelpercentage in de controlegroep dan we hadden voorzien. In dit onderzoek blijft de prognose van het herstel van de patiënten die volgens de NHG-Standaard behandeld zijn, ver achter bij bevindingen uit eerder onderzoek in de huisartsenpraktijk.<sup>16</sup> De berekening van de grootte van de onderzoekspopulatie was gebaseerd op een herstelpercentage van 50% na 6 maanden, zoals is aangetoond in eerder onderzoek.<sup>17</sup> Functiestoornissen van de schoudergordel blijken een ongunstige prognose op het beloop van schouderklachten te hebben. Dit is een belangrijke reden dat het lukte om het vooraf gedefinieerde klinisch relevante verschil van 20% in het ervaren herstel aan te tonen met minder patiënten dan gepland was. Zoals uit het stroomdiagram (*figuur*) blijkt, heeft ongeveer de helft van de patiënten die de huisarts verwijst vanwege schouderklachten tevens een functiestoornis van de schoudergordel. Omdat functiestoornissen van de schoudergordel zo vaak voorkomen en manipulaties en mobilisaties hierbij zo effectief bleken te werken vinden wij het noodzakelijk de NHG-Standaard voor deze patiëntengroep aan te passen.

Om te kunnen achterhalen welke patiënten functiestoornissen hebben en hen te kunnen doorverwijzen, is goede diagnostiek noodzakelijk. Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat het fysisch-diagnostisch onderzoek aan betrouwbaarheid te wensen overlaat.<sup>18-20</sup> In de huidige NHG-Standaard wordt aanbevolen een oriënterend bewegingsonderzoek van de nek – actieve anteflexie, retroflexie, rotaties en lateroflexie naar links en rechts – uit te voeren indien de huisarts geen afwijkingen in het schoudergewricht kan vinden. Ook al zijn deze tests afzonderlijk niet geheel betrouwbaar, toch kan een combinatie van deze tests een goed beeld van een eventuele functiestoornis geven. Bij twijfel kan nog een actieve rotatie in flexie- en/of extensiestand van de

nek worden uitgevoerd. Wij stellen voor om bij een positieve bevinding met deze tests te spreken van een functiestoornis van de schoudergordel.

### Conclusie en aanbeveling

Wij hebben onderzocht of manipulaties en mobilisaties van de schoudergordel bij patiënten met schouderklachten en een functiestoornis van de schoudergordel effectief zijn. De resultaten laten zien dat manuele therapie van functiestoornissen van de schoudergordel als aanvulling op de behandeling volgens de NHG-Standaard het herstel van schouderklachten bespoedigt en zorgt voor een blijvende reductie van symptomen van schouderklachten. Wij konden namelijk een klinisch relevant verschil aantonen in het herstelpercentage aan het eind van de interventieperiode (23% na 12 weken) en op de lange termijn (17% na 52 weken). Daarnaast waren alle resultaten op de symptomen schouderpijn en beperking consistent in het voordeel van de patiënten die met manuele therapie waren behandeld. Wij raden dan ook aan om de NHG-Standaard Schouderklachten in de volgende zin aan te passen. Het fysisch-diagnostisch onderzoek van de schoudergordel moet bij alle patiënten met schouderklachten uitgevoerd worden en niet alleen bij patiënten bij wie geen stoornis in het glenohumerale gewricht gevonden wordt. Bij het lichamelijke onderzoek beoordeelt de huisarts de mobiliteit en ervaren pijn bij actieve cervicale rotatie, flexie-extensie en lateroflexie. Patiënten met schouderklachten en een functiestoornis van de schoudergordel verwijst hij vervolgens door voor manipulaties en mobilisaties van de schoudergordel na de acute symptomen van schouderpijn afdoende te hebben behandeld.

### Dankbetuiging

Het onderzoek werd uitgevoerd bij de disciplinegroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen en het Centrum voor Revalidatie van het Universitair Medisch Centrum Groningen en gesubsidieerd door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (nr. 904-65-901) en het fonds 'De Drie Lichten'. De auteurs bedanken alle deelnemende patiënten, huisartsen, manueel-therapeuten en de onderzoeksassistenten Jettie Nomden en Anton Slagers voor hun medewerking aan dit onderzoek.

### Literatuur

- 1 Picavet HS, Van Gils HW, Schouten JS. Klachten van het bewegingsapparaat in de Nederlandse bevolking: prevalenties, consequenties en risicogroepen. RIVM Report No. 266807002. 2000.
- 2 Van der Windt DA, Koes BW, De Jong BA, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: incidence, patient characteristics, and management. *Ann Rheum Dis* 1995;54:959-64.
- 3 Van der Windt DA, Koes BW, Boeke AJ, Deville W, De Jong BA, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: prognostic indicators of outcome. *Br J Gen Pract* 1996;46:519-23.
- 4 Winters JC, Sobel JS, Groenier KH, Arendzen JH, Meyboom-de Jong B. The long-term course of shoulder complaints: a prospective study in general practice. *Rheumatology (Oxford)* 1999;38:160-3.
- 5 Sobel JS, Winters JC, Groenier KH, Arendzen JH, Meyboom-de Jong B. Kenmerken van schouderklachten in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 2002;39:169-73.
- 6 Stenvers JD, Overbeek WJ. Bestaat bij de frozen shoulder toch ook een benige beperking? *Ned Tijdschr Geneesk* 1978;122:1081-7.
- 7 Sobel JS, Winters JC, Arendzen JH, Groenier K, Meyboom-de Jong B.

- Schouderklachten in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1995;38:342-7.
- 8 Norlander S, Gustavsson BA, Lindell J, Nordgren B. Reduced mobility in the cervico-thoracic motion segment-a risk factor for musculo-skeletal neck-shoulder pain: a two-year prospective follow-up study. Scand J Rehabil Med 1997;29:167-74.
  - 9 Winters JC, Sobel JS, Groenier KH, Arendzen HJ, Meyboom-de Jong B. Comparison of physiotherapy, manipulation, and corticosteroid injection for treating shoulder complaints in general practice: randomised, single blind study. BMJ 1997;314:1320-5.
  - 10 Winters JC, Jorritsma W, Groenier KH, Sobel JS, Meyboom-de Jong B, Arendzen HJ. Treatment of shoulder complaints in general practice: long term results of a randomised, single blind study comparing physiotherapy, manipulation, and corticosteroid injection. BMJ 1999;318:1395-6.
  - 11 Beurskens AJ, De Vet HC, Koke AJ, Lindeman E, Van der Heijden GJ, Regtop W, et al. A patient-specific approach for measuring functional status in low back pain. J Manipulative Physiol Ther 1999;22:144-8.
  - 12 Winters JC, Sobel JS, Groenier KH, Arendzen HJ, Meyboom-de Jong B. A shoulder pain score: a comprehensive questionnaire for assessing pain in patients with shoulder complaints. Scand J Rehabil Med 1996;28:163-7.
  - 13 Van der Heijden GJ, Leffers P, Bouter LM. Shoulder disability questionnaire. Design and responsiveness of a functional status measure. J Clin Epidemiol 2000;53:29-38.
  - 14 Brooks R. EuroQol: the current state of play. Health Policy 1996;37:53-72.
  - 15 Winters JC, Sobel JS, Groenier KH, Arendzen HJ, Meyboom-de Jong B. Comparison of physiotherapy, manipulation, and corticosteroid injection for treating shoulder complaints in general practice: randomised, single blind study. BMJ 1997;314:1320-5.
  - 16 Van der Windt DA, Koes BW, Boeke AJ, Deville W, De Jong BA, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: prognostic indicators of outcome. Br J Gen Pract 1996;46:519-23.
  - 17 Van der Windt DA, Koes BW, Boeke AJ, Deville W, De Jong BA, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: prognostic indicators of outcome. Br J Gen Pract 1996;46:519-23.
  - 18 De Winter AF, Jans MP, Scholten RJ, Deville W, Van Schaardenburg D, Bouter LM. Diagnostic classification of shoulder disorders: interobserver agreement and determinants of disagreement. Ann Rheum Dis 1999;58:272-7.
  - 19 Hoving JL, Buchbinder R, Green S, Forbes A, Bellamy N, Brand C, et al. How reliably do rheumatologists measure shoulder movement? Ann Rheum Dis 2002;61:612-6.
  - 20 Pool JJ, Hoving JL, De Vet HC, Van Mameren H, Bouter LM. The interexaminer reproducibility of physical examination of the cervical spine. J Manipulative Physiol Ther 2004;27:84-90.

## Onderzoek

# Chronisch-functionele klachten: één syndroom?

Tim olde Hartman, Peter Lucassen, Eloy van de Lisdonk, Hans Bor, Chris van Weel

### Samenvatting

Olde Hartman TC, Lucassen PLBJ, Van de Lisdonk EH, Bor JHJ, Van Weel C. Chronisch-functionele klachten: één syndroom? Huisarts Wet 2005;48(9):443-8.

**Achtergrond** Betrouwbare longitudinale gegevens van patiënten met functionele klachten in de huisartsenpraktijk ontbreken.

**Doel** Vaststellen van onderscheidende kenmerken van patiënten met chronisch-functionele klachten, en bepalen of deze klachten de hypothese van het bestaan van specifieke somatische syndromen ondersteunen.

**Opzet** Observatieel onderzoek met een controlegroep in vier huisartsenpraktijken verbonden aan de Radboud Universiteit Nijmegen (CMR).

**Methode** Honderdtweëntachtig patiënten die tussen 1998 en 2002 voor het eerst de diagnose chronisch-functionele klachten kregen en 182 controlepatiënten gematcht op leeftijd, geslacht, sociaal-economische status en praktijk werden geïncludeerd. We verzamelden gegevens over comorbiditeit, verwijzingen, diagnostisch onderzoek en ziekenhuisopnamen in de 10 jaar voorafgaand aan de diagnose. Tevens verzamelden we gegevens over het medicijngebruik en het aantal consulten vanaf het moment

dat de huisarts registreerde met de computer.

**Resultaten** In de tien jaar voordat de diagnose chronisch-functionele klachten voor het eerst gesteld werd, kwamen patiënten significant met meer functionele klachten in twee of meer orgaan-systemen bij de huisarts en kregen zij meer somatische en psychiatrische medicatie voorgeschreven. Ze bezochten de huisarts twee keer zo vaak, hadden significant meer psychiatrische morbiditeit en werden vaker verwezen naar de geestelijke gezondheidszorg en naar somatische medisch specialisten. Het aantal diagnostische onderzoeken en ziekenhuisopnamen was gelijk in beide groepen.

**Conclusie** Patiënten met chronisch-functionele klachten hebben een grote diversiteit aan functionele klachten. Ze krijgen, in vergelijking met de controlegroep, in de jaren voor de diagnose meer somatische en psychiatrische medicatie voorgeschreven. Bovendien worden ze vaker verwezen en hebben ze meer psychiatrische morbiditeit. De diversiteit van de klachten van patiënten met chronisch-functionele klachten ondersteunt enigszins het idee dat klachten niet in scherp omschreven specifieke syndromen zijn in te delen.