

Een eenduidige kijk op arm-, nek- en schouderklachten: het CANS-model

Bionka Huisstede, Harald Miedema, Bart Koes, Jan Verhaar

Inleiding

De prevalentiecijfers van arm-, nek- en schouderklachten lopen uiteen van 2% tot 41% (twaalfmaandsprevalentie) en 53% (puntprevalentie).¹ Een van de hoofdoorzaken voor deze substantiële verschillen is de diversiteit van terminologieën en indelingen die de verschillende onderzoekers hanteren. Dit is ook in Nederland een bekend probleem. Professionals geven zelf aan dat er regel-

Samenvatting

Huisstede BM, Miedema S, Koes BW, Verhaar JA. Een eenduidige kijk op arm-, nek- en schouderklachten: het CANS-model. *Huisarts Wet* 2008;51(11):567-69.

Tot nog toe was er geen algemeen aanvaarde manier om klachten van het arm-, nek- en schoudergebied te benoemen en in te delen. De vele terminologieën en indelingen leiden soms tot Babylonische spraakverwarring. Om te komen tot een multidisciplinaire consensus op dit gebied, deden wij een delphi-onderzoek onder 46 deskundigen uit 11 medische en paramedische beroepsgroepen. Het resultaat is het zogeheten CANS-model: 'klachten van het bewegingsapparaat in de arm, nek en/of schouder waaraan geen acuut trauma of een systemische ziekte ten grondslag ligt'. Het CANS-model onderscheidt specifieke CANS, waartoe 23 met name genoemde aandoeningen behoren, en specifieke CANS. Naast deze classificatie bevat het model een stroomschema voor de diagnostiek.

De bereikte consensus maakt het inaccurate containerbegrip 'RSI' overbodig en maakt een eind aan de miscommunicatie tussen de diverse disciplines. Het CANS-model maakt bovendien de resultaten van wetenschappelijk onderzoek beter vergelijkbaar.

Afdeling Huisartsgeneeskunde, Erasmus MC Rotterdam, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam: dr. B.M.A. Huisstede; prof.dr. B.W. Koes. Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten van het Bewegingsapparaat, Erasmus MC Rotterdam en Kenniskring Participatie, Arbeid en Gezondheid, Hogeschool Rotterdam: H.S. Miedema. Afdeling Orthopedie, Erasmus MC Rotterdam: prof.dr. J.A.N. Verhaar.

Correspondentie: b.huisstede@erasmusmc.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is gebaseerd op: Huisstede BM, Miedema HS, Verhagen AP, Koes BW, Verhaar JA. Multidisciplinary consensus on the terminology and classification of complaints of the arm, neck and/or shoulder. *Occup Environ Med* 2007;64:313-9. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

matig Babylonische spraakverwarring ontstaat als zij met een collega-medicus of -paramedicus overleggen over een patiënt met klachten in het arm-, nek- en schoudergebied. Dit komt uiteindelijk de behandeling niet ten goede. Om deze problematiek aan te pakken, startte het Nederlands kenniscentrum Arbeid en Klachten van het Bewegingsapparaat (AKB) van het Erasmus MC een consensusproject. Uitgangspunt was een multidisciplinaire aanpak, doelstelling was een classificatiesysteem te ontwikkelen dat:

- algemeen geaccepteerd wordt door medische en paramedische disciplines;
- de diagnosestelling en classificatie van in principe alle aandoeningen van de bovenste extremiteiten ondersteunt;
- gepresenteerd wordt als een makkelijk te hanteren instrument.

Methoden

Wij hebben een delphi-onderzoek uitgevoerd, waaraan uiteindelijk 46 deskundigen deelnamen als afgevaardigde van in totaal 11 medische en paramedische beroepsorganisaties. Om een breed draagvlak onder zorgaanbieders te creëren, zijn alle medische en paramedische disciplines bij het project betrokken die te maken hebben met de behandeling van klachten in het arm-, nek- en schoudergebied (tabel 1). Een uitgebreide beschrijving van de methode en de resultaten is terug te vinden in onze oorspronkelijke publicatie.²

Afkappunt voor consensus

Tijdens de eerste ronde van het delphi-onderzoek hebben de deskundigen besloten dat van consensus wordt gesproken als minstens 70% van hen het eens is. Dit is een gebruikelijk afkappunt.

Resultaten

Terminologie

Al in de eerste ronde van het delphi-onderzoek werd duidelijk dat het overgrote deel (93%) van de deskundigen de term 'RSI' niet

Tabel 1 Deelnemers aan het consensusproject, per beroepsorganisatie

Beroepsorganisatie	Aantal deelnemers
Huisartsen (NHG)	6
Bedrijfsartsen (NVAB)	3
Fysiotherapeuten (KNGF)	4
Oefentherapeuten Mensendieck (NVOM)	5
Oefentherapeuten Cesar (VBC)	3
Ergotherapeuten (NVE)	4
Revalidatieartsen (VRA)	7
Orthopeden (NOV)	6
Reumatologen (NVR)	4
Neurologen (NVN)	3
Psychologen (NIP)	1
Totaal	46

Het CANS model

Patiënt

Alert Symptoms

Wees bij patiënten met klachten in arm, nek en/of schouder altijd alert op symptomen die kunnen duiden op onderliggende pathologie. Hieronder volgt een niet-limitatieve opsomming:

- 1 **Reumatische ziekten**, zoals Reumatoïde artritis, M. Bechterew en Polymyalgia Rheumatica;
- 2 **Maligniteiten**, zoals long(top)tumor, metastasen van bijvoorbeeld mamma carcinoom of okselklierpathologie;
- 3 **Cardiale aandoeningen**, zoals angina pectoris;
- 4 **Diafragmaprikkeling**, bijvoorbeeld door (kwaadaardige) aandoeningen van lever, galblaas of longen.

CANS

Definitie: Klachten van het bewegingsapparaat in arm, nek en/of schouder waaraan geen acuut trauma of een systemische ziekte ten grondslag ligt.

Klachten van arm, nek en/of schouder

Specifieke CANS

Aandoeningen die als specifieke CANS worden benoemd:

Bicepspees tendinose	Lokale artritis (geen RA) in een gewricht van de bovenste extremiteit
Bursitiden rond de elleboog	Oarsman's wrist
Carpaal tunnelsyndroom	Radiaal tunnelsyndroom
Cervicale hernia	Raynaud's fenomeen
Cubitaal tunnelsyndroom	Rotator cuff scheuren
M. Dupuytren	Subacromiaal impingementsyndroom
Epicondylitis lateralis cubiti	(rotator cuff syndroom, tendinosen en bursitiden rond de schouder)
Epicondylitis medialis cubiti	Sudeckse dystrofie
Frozen shoulder	Suprascapulaire compressie
Guyon kanaalsyndroom	Triggerfinger
Instabiliteit van de schouder	Ziekte van De Quervain
Instabiliteit van de elleboog	
Scheur in het labrum glenoidale	

A-specifieke CANS

Klachten die niet als specifieke CANS zijn te diagnosticeren.

Het stappenplan

Stap 1

Is er sprake van alert symptomen?

De aanwezige klachten in arm, nek, en/of schouder kunnen symptomen zijn van een onderliggende (kwaadaardige) pathologie. Ga daarom eerst na of er sprake is van zogenoemde alert symptomen. Als er sprake is van een alert symptoom gaat u hiermee verder. Is dit niet het geval, ga dan naar stap 2.

Stap 2

Is er sprake van een acuut trauma of een systemische ziekte?

Als de klachten veroorzaakt worden door een acuut trauma of een systemische ziekte, dan wordt NIET gesproken van CANS. In alle andere gevallen is er wel sprake van CANS en gaat u naar stap 3.

Stap 3

Gaat het om specifieke CANS?

De aandoeningen die als specifieke CANS worden benoemd, vindt u in het model. Behandel deze aandoening op de voor uw beroepsgroep gebruikelijke wijze.

Stap 4

Gaat het om a-specifieke CANS?

Als de klachten niet gediagnosticeerd kunnen worden als één van de aandoeningen die onder specifieke CANS valt, dan spreken we van a-specifieke CANS. Behandel de klachten op de voor uw beroepsgroep gebruikelijke wijze.

De kern

Het CANS-model, een consensusmodel waaraan deskundigen uit 11 beroepsgroepen bijdroegen, biedt een uniforme terminologie en indeling voor klachten van het arm-, nek- en schoudergebied, die de verwarrende term 'RSI' overbodig maakt. Het model onderscheidt specifieke en aspecifieke CANS. Tot de specifieke CANS behoren 23 met name genoemde aandoeningen.

meer wilde gebruiken. Deze term heeft veel bijgedragen aan de (h)erkenning van klachten in het arm-, nek- en schoudergebied, maar scheidt ook verwarring. Immers, het gaat veelal niet om een 'injury', en niet alleen 'repetitive strain' maar ook statische belasting kan de klachten veroorzaken. Bovendien heeft de term voor veel patiënten een negatieve bijklank. Uiteindelijk bereikten de deskundigen consensus over het in gebruik nemen van een Engelse term *complaints of the arm, neck and/or shoulder* (CANS).

De deskundigen wilden geen lange of zeer gedetailleerde definitie van CANS. De definitie moest duidelijk maken dat het gaat om de omschrijving van een klachtencomplex. CANS is dus *geen* diagnose en ook geen vervanging voor de term 'RSI'.

De uiteindelijke definitie van CANS, waarover consensus is bereikt, luidt:

'Klachten van het bewegingsapparaat in de arm, nek en/of schouder waaraan geen acuut trauma of een systemische ziekte ten grondslag ligt'.

Indeling

De deskundigen hebben de klachten die voldoen aan de definitie van CANS ingedeeld in diagnosticeerbare (specifieke) en niet-diagnosticeerbare (aspecifieke) aandoeningen. Hoewel nog lang niet alle details bekend zijn over diagnostische tests en criteria, bereikten de deskundigen consensus dat 23 aandoeningen behoren tot de categorie specifieke CANS. Elke specifieke aandoening wordt benoemd en benaderd als aparte entiteit. Alle overige klachten worden aspecifieke CANS genoemd.

De praktijk

Hoe medici en paramedici in de praktijk moeten omgaan met de consensus, is door de deskundigen aangegeven in het zogeheten CANS-model en het daarbij behorende stappenplan (zie de *figuur*).

Discussie

Deskundige zorgprofessionals uit elf beroepsorganisaties hebben in een delphi-onderzoek consensus bereikt over terminologie en indeling van klachten in het arm-, nek- en schoudergebied. De deskundigen hebben besloten het terminologisch kader aan te duiden als 'complaints of the arm, neck and/or shoulder' (CANS) en hebben een classificatiesysteem ontwikkeld: het CANS-model. Voor zover ons bekend is dit het eerste classificatiesysteem voor deze klachten waaraan alle voor de behandeling en begeleiding relevante zorgdisciplines hebben meegewerkt en waarin (in begin-

sel) alle aandoeningen van het bewegingsapparaat in het nek-schouder-armgebied zijn beoordeeld. De Engelstalige omschrijving en afkorting opent de weg naar internationaal gebruik.

Of het CANS-model een bredere implementatie zal krijgen is nog onzeker, maar het is hoopvol dat het model veel media-aandacht heeft gekregen en inmiddels al in veel beroepsopleidingen en nascholingen voor zorgaanbieders wordt gebruikt. Desondanks zijn meer implementatieactiviteiten nodig om bredere toepassing te bewerkstelligen.

De aanwezigheid van diagnostische criteria, of de validiteit waarmee een bepaalde diagnose gesteld kan worden, zijn niet van invloed geweest op de inclusie van aandoeningen in het CANS-model. Bij de meeste aandoeningen bereikten de deelnemers consensus over in- of exclusie op basis van 'expert opinions' aangaande de diagnosticeerbaarheid van de betreffende aandoeningen. Het zou een waardevolle aanvulling op het model zijn als men diagnostische criteria zou kunnen toevoegen aan de opgenomen specifieke aandoeningen op basis van wetenschappelijke literatuur en, waar deze ontbreekt, consensus van deskundigen. Dit zou de bruikbaarheid van het model verder vergroten.

Het CANS-model zal van tijd tot tijd in samenspraak met de betrokken beroepsgroepen geëvalueerd moeten worden om het waar nodig (in consensus) bij te stellen of aan te vullen. Daarnaast is internationale consensusvorming op basis van het CANS-model gewenst om de homogeniteit van onderzochte patiëntengroepen te bevorderen en om de communicatie over diagnostiek en behandeling tussen zorgaanbieders uit verschillende landen te bevorderen.

Conclusie

Met de in het CANS-model bereikte consensus kan het containerbegrip 'RSI' worden losgelaten. Het model zorgt voor eenduidigheid in terminologie en indeling. Veel zorgprofessionals en onderzoekers zullen in de praktijk al werken op de manier zoals het CANS-model aangeeft. Waar het om gaat is dat alle betrokkenen dezelfde taal spreken, zodat ze elkaar beter begrijpen en snel en adequaat de optimale behandeling voor de patiënt kunnen inzetten.

Literatuur

- 1 Huisstede BM, Bierma-Zeinstra SM, Koes BW, Verhaar JA. Incidence and prevalence of upper-extremity musculoskeletal disorders. A systematic appraisal of the literature. *BMC Musculoskelet Disord* 2006;7:7.
- 2 Huisstede BM, Miedema HS, Verhagen AP, Koes BW, Verhaar JA. Multidisciplinary consensus on the terminology and classification of complaints of the arm, neck and/or shoulder. *Occup Environ Med* 2007;64:313-9.