

Diagnostiek schouderpijn variabel ondanks richtlijnen

Huisartsen gaan verschillend om met onzekerheden in het diagnostisch proces van schouderpijn. Dit geldt zowel voor diagnostische classificaties als voor verdere diagnostiek. De verschillen in aanpak zijn niet gerelateerd aan bepaalde karakteristieken van de huisarts, zo blijkt uit onderzoek van Ottenheijm et al.

De huidige Nederlandse, maar ook Britse richtlijnen adviseren de huisarts zich te weerhouden van het stellen van een specifieke diagnose bij schouderpijn en te focussen op de oorsprong van de pijn (in een gewricht of subacromiaal). Desondanks zien we de laatste jaren een snelle toename van echografisch onderzoek bij schouderpijn, aangevraagd door huisartsen.

Ottenheijm et al. deden via semi-structureerde interviews kwalitatief onderzoek naar de visie van huisartsen op het diagnostisch proces bij schouderklachten. Zij interviewden tussen oktober 2012 en januari 2013 18 huisartsen (48 uitgenodigd) in de regio Maas-tricht. De helft had minder dan 10 jaar

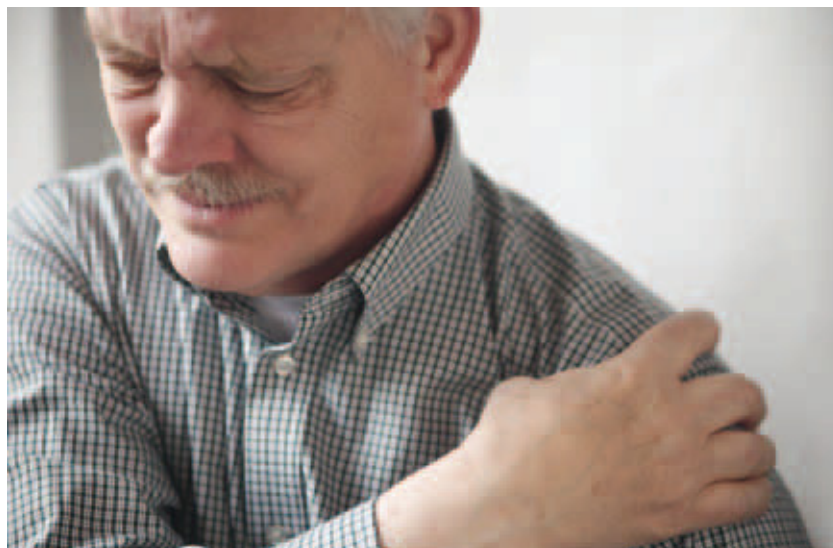


Foto: Alice Day/Shutterstock

werkervaring, de andere helft meer dan 10 jaar. Veertien van de geïnterviewde huisartsen vroegen jaarlijks minder dan 30 echografische onderzoeken aan bij schouderklachten (*low-end users*), 4 van hen meer dan 30 (*high-end users*).

De resultaten laten zien dat huisartsen ondanks de aanbevelingen in richtlijnen toch graag tot een specifieke diagnose komen. Hierbij zijn onderlinge verschillen in aanpak gebaseerd op persoonlijke ervaring en expertise, maar ook op voorkeur van de patiënt. De onderzoekers adviseren huisartsen

enerzijds te trainen in besluitvorming rondom diagnostiek en het omgaan met diagnostische onzekerheid, anderzijds zouden richtlijnmakers rekening moeten houden met de resultaten van dit onderzoek. ■

Annet Sollie

Ottenheijm RPG, et al. GPs' perspectives on the diagnostic work-up in patients with shoulder pain: a qualitative study. *J Eval Clin Pract* 2014;20:239-45.

Het jojo-effect

Iedereen die zich bezighoudt met afvallen, weet dat het bijzonder lastig is om op gewicht te blijven. Een meta-analyse laat zien dat gewichtsreductie op lange termijn mogelijk is. Het belangrijkste om op gewicht te blijven na het afvallen is een dieet en het blijvend opvolgen van beweegadviezen.

Ook na intensieve begeleiding komen veel mensen weer aan nadat ze zijn afgevallen. Patiënten die in onderzoeken gevolgd worden, nemen veelal na 6 maanden weer toe in gewicht. Terwijl juist handhaving van het gewicht cruciaal is voor blijvende gezondheidseffecten. In een uitgebreide review van de beschikbare literatuur laten

Dombrowski et al. zien wat de effecten zijn bij onderzoeken met een langere follow-up. Daaruit blijkt dat een combinatie van een energiebeperkt dieet en meer beweging na een half jaar de beste effecten laat zien. Sterker nog, ook na 12-24 maanden verliezen deelnemers nog 1,6 kg ten opzichte van patiënten zonder begeleiding.

Onderzoeken die zich beperkten tot een energiebeperkt dieet of beweegadvies lieten geen verschil zien ten opzichte van de controlegroep. Diëten met veel koolhydraten, weinig vetten en maaltijdvervangers lieten geen verschil zien met een energiebeperkt dieet. Afvallen in combinatie met meer beweging, maar zonder dieetadvies sorteerde evenmin effect. Er is wel

een klein, doch statistisch significant, verschil bij toevoeging van het middel Orlistat aan dieet en beweegadvies, al ging dit gepaard met gastro-intestinale bijwerkingen. Voor succesvol en blijvend afvallen blijft dus gelden dat het dieet energiebeperkt moet zijn, meer beweging geboden is en dat men na het bereiken van het streefgewicht het oude gedrag moet zien te vermijden. ■

Jurgen Damen

Dombrowski SU, et al. Long term maintenance of weight loss with non-surgical interventions in obese adults: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials. *BMJ* 2014;348:g2646.