

Richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van het subacromiaal pijnsyndroom'

Ron L. Diercks*

+ GERELATEERD ARTIKEL Ned Tijdschr Geneesk. 2014;158:A7061

Bij pijn van de schouder is er vaak geen directe relatie tussen de klachten en een anatomisch substraat, daarom is de term 'subacromiaal pijnsyndroom' ('SAPS') beter dan 'impingement'.

De diagnose 'SAPS' kan alleen op grond van meerdere testen gesteld worden

Beeldvormend onderzoek, bij voorkeur echografie, kan worden verricht als conservatieve behandeling onvoldoende resultaat geeft.

De behandeling van acute pijnklachten is met uitleg en eventueel pijnstilling; een subacromiale injectie met glucocorticoïden is geïndiceerd bij persisterende of recidiverende klachten

Eventuele oefentherapie is bij voorkeur laagintensief en hoogfrequent, met excentrisch trainen, scapulastabilisatie en 'triggerpoint'-massage

Revalidatie in de tweede lijn kan overwogen worden als pijnonderhoudend gedrag een rol speelt

Er is geen overtuigend bewijs dat operatieve behandeling effectiever is dan conservatieve behandeling en er is geen indicatie voor de chirurgische behandeling van asymptomatische scheuren van het rotatorenmanchet.

7-34% van de volwassenen heeft wel eens schouderklachten. In de tweede lijn in Nederland wordt de diagnose 'supraspinatus tendinitis' jaarlijks 50.000-60.000 keer gesteld. Het typische beeld is langdurige pijn aan de schouder die vaak terugkomt. Na 1 jaar heeft een derde van de oorspronkelijke patiënten nog enige vorm van pijn en beperkingen. Het beloop blijkt ongunstig te zijn wat betreft hervatten van de eerdere werkzaamheden.

Het concept van het 'impingement'-syndroom tijdens het heffen van de arm is tegenwoordig vervangen door het concept van de peesdegeneratie. De directe relatie tussen een anatomisch substraat en de pijn is in veel gevallen niet expliciet aanwezig. De benaming voor deze aandoening als 'subacromiaal pijnsyndroom' (SAPS), beschrijft het ziektebeeld beter. SAPS wordt gedefinieerd door alle niet-traumatische, meestal unilaterale, schouderklachten die leiden tot pijn, gelokaliseerd rond het acromion, verergerend tijdens het heffen van de arm.

De nieuwe multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van het subacromiaal pijnsyndroom' sluit aan op de NHG-standaard 'Schouderklachten' en de richtlijn 'Aspecifieke klachten van arm, nek en schouder' en de KNGF-'evidence statement' 'Subacromiale schouderklachten'.¹

* Namens de werkgroep Richtlijn SAPS, waarvan de leden aan het einde van dit artikel worden vermeld.

UMCG, Universitair Sportmedisch Centrum, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.

Prof.dr. Ron L. Diercks, orthopedisch chirurg (tevens: Nederlandse Orthopedische Vereniging) (r.l.diercks@umcg.nl).

METHODE

Aan de hand van 8 klinische uitgangsvragen werd gezocht naar bestaande buitenlandse richtlijnen in Medline (OVID), de databases van het Guidelines International Network (GIN), de Kwaliteitskoepel en Artsennet en naar systematische reviews in Medline (OVID) en de Cochrane Library. Voor de afzonderlijke uitgangsvragen werd aan de hand van specifieke zoektermen gezocht naar gepubliceerde wetenschappelijke studies in elektronische databases. De zoekopdrachten werden gelimiteerd tot literatuur in het Engels, Nederlands, Frans en Duits. Aanvullend werd gezocht naar studies aan de hand van de literatuurlijsten van de geselecteerde artikelen. Voor het identificeren van mogelijke systematische reviews en gerandomiseerde klinische trials werd gebruik gemaakt van de filters die gebruikt worden door het Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN). Als wetenschappelijke onderbouwing niet mogelijk was, werd consensus van de werkgroep verkregen over de aanbeveling.

RESULTATEN

De gevonden studies toonden grote heterogeniteit in de studiepopulatie, onderzochte prognostische factoren, follow-upduur en uitkomstmaten. Ook waren er problemen met de definitie van schouderklachten, waarbij de grens tussen specifieke subacromiale klachten en algemene pijn van de schouder en nek niet altijd duidelijk was.

WAT IS BEKEND OVER DE PROGNOSE VAN SAPS?

Er is een associatie aangetoond tussen een langere duur van schouderklachten (> 3 maanden) en een slechtere uitkomst. Er zijn aanwijzingen dat psychosociale factoren een grotere rol spelen bij chronische klachten. De werkgroep adviseert om bij het besluit tot interventies bij SAPS onderscheid te maken tussen acute en chronische klachten, en chroniciteit te voorkomen.

WELKE MAATREGELEN ZIJN EFFECTIEF TER PREVENTIE VAN SAPS?

De werkgroep adviseert om bij de preventie van SAPS in de werkende populatie tijdig te interveniëren bij repetitieve bewegingen van de schouder of van de hand-pols tijdens het werk, bij werk dat veel of langdurig kracht vergt van de bovenarmen, bij hand-armtrillingen tijdens het werk met een hoog trillingsniveau of bij langdurige blootstelling aan trillingen, en bij werken in een voor de schouder ergonomische slechte houding. Psychosociale factoren die zijn geassocieerd met langdurige schouderklachten zijn: hoge eisen, weinig regelmogelijkheden, weinig sociale ondersteuning en werktevredenheid, en een hoge werkdruk. Aanpak volgens het biopsychosoci-

aal model met een focus op snelle terugkeer naar werk geeft de meeste kans op een goede werkhervatting.

WELKE FYSISCH-DIAGNOSTISCHE TESTS ZIJN HET MEEST GESCHIKT VOOR HET DIAGNOSTICEREN VAN HET SUBACROMIAAL PIJNSYNDROOM VAN DE SCHOUDER?

Voor het diagnosticeren van SAPS is geen enkele op zichzelf staande test voldoende accuraat. Het combineren van meerdere tests verhoogt de posttestwaarschijnlijkheid op het diagnosticeren van SAPS. De combinatie van de Hawkins-Kennedy-test, de 'painful arc'-test en de M. infraspinatus-spijkrachttest wordt aanbevolen, en voor een scheur van het rotatorenmanchet ('rotator cuff') de 'drop arm'-test, de M. infraspinatus-krachttest en de M. supraspinatus-krachttest.

WAT IS DE TOEGEVOEGDE WAARDE VAN BEELDVORMENDE DIAGNOSTIEK VOOR HET DIAGNOSTICEREN VAN HET SAPS?

Beeldvormend onderzoek dient te worden uitgevoerd indien een eerste traject van conservatieve behandeling geen resultaat oplevert. Echografie is het meest kosteneffectief. Dit kan gecombineerd worden met conventionele röntgenopnamen voor het vaststellen van artrose en het uitsluiten van ossale afwijkingen en kalkdeposities. Echografie dient te worden verricht door een persoon met voldoende expertise en met behulp van hogeresolutie-apparatuur. MRI van de schouder kan worden verricht wanneer betrouwbaar echografisch onderzoek niet voorhanden is, of bij niet-conclusief echografisch onderzoek. Bij patiënten die in aanmerking kunnen komen voor operatief herstel van een scheur van het rotatorenmanchet is een MRI-scan aangewezen om de mate van retractie, spiervetting en atrofie te beoordelen. Een MRI-onderzoek met intra-articulair contrasttoediening heeft een plaats wanneer eventuele intra-articulaire afwijkingen of een partieel letsel van het rotatorenmanchet dienen te worden uitgesloten.

WELKE MEETINSTRUMENTEN ZIJN HET MEEST GESCHIKT OM HET EFFECT VAN BEHANDELING VAN SAPS TE METEN?

Visuele beoordeling van het de bewegingsuitslag kan alleen helpen het onderscheid te maken tussen de aangedane en de contralaterale zijde. De kans op een meetfout bij het gebruik van een goniometer blijft hoog. Bij de keuze van een meetinstrument is het van belang dat het meetinstrument gevalideerd is in het Nederlands. De 'simple shoulder test' en de 'Oxford shoulder score' zijn meetinstrumenten met relatief weinig vragen en zijn eenvoudig in het gebruik. De Nederlandse 'shoulder disability questionnaire' is met 16 vragen een middellange vragenlijst en is eveneens eenvoudig in het gebruik. De 'shoulder rating questionnaire' is wat uitvoeriger, heeft een meer ingewikkelde berekening van de somscore en

heeft bij bepaalde items relatief vaak ontbrekende antwoorden.

WELKE CONSERVATIEVE BEHANDELING IS HET MEEST EFFECTIEF VOOR PATIËNTEN MET SAPS?

Het geadviseerde conservatieve beleid voor SAPS begint met relatieve rust, eventueel gecombineerd met het voorschrijven van NSAID's, gedurende 1 of 2 weken. Dit dient gevolgd te worden door geleidelijk opbouwen van activiteiten. Injectie met glucocorticoiden kan gegeven bij hevige pijn, eventueel onder echogeleiding, in de eerste 8 weken. Het gebruik van injecties met glucocorticoiden als enige vorm van therapie op langere termijn wordt ontraden.

Oefentherapie dient bij voorkeur laagintensief en hoogfrequent te geschieden, waarbij excentrisch wordt getraind, in combinatie met stabilisatietraining van de scapula met aandacht voor ontspanning en de juiste houding. De behandeling van myofasciale 'triggerpoints', inclusief stretchen van de musculatuur, kan worden overwogen. Bewegen binnen de pijngrens is gewenst, strikte immobilisatie en passieve gewrichtsmobilisaties worden ontraden. Hoewel er geen literatuur bekend is over de effectiviteit van gedragsadviezen, is het onwaarschijnlijk dat er therapie wordt gegeven zonder gedragsadviezen. De effectiviteit van dergelijke adviezen, variërend van absolute rust tot passief mobiliseren voorbij de pijngrens, is onduidelijk. Revalidatie in de tweede lijn kan overwogen worden bij chronische, therapieresistente SAPS, waarbij vermoed wordt dat pijnonderhoudend gedrag een rol speelt.

Het gebruik van een hoge energie 'shock wave' (ESWT) valt te overwegen bij bewezen subacromiale kalkdeposities. ESWT in de acute fase wordt ontraden.

WANNEER DIENT OVERGEGAAN TE WORDEN TOT OPERATIEVE BEHANDELING VOOR SAPS EN WELKE TECHNIEK VERDIENT DAN DE VOORKEUR?

Er is tot nu toe geen overtuigend bewijs dat operatieve behandeling effectiever is dan conservatieve behandeling. Er is geen verschil in klinisch resultaat tussen een open en arthroscopische ingreep. De toevoeging van een acromionresectie aan een bursectomie lijkt geen effect te hebben op de uitkomsten. Er is geen indicatie voor de chirurgische behandeling van asymptomatische scheuren van het rotatorenmanchet.

Indien een operatie is geïndiceerd, maakt het geen verschil of deze reparatie via een open, een mini-open of arthroscopische benadering wordt uitgevoerd.

Voor de behandeling van tendinosis calcarea laat een vergelijking tussen ESWT, barbotage (aanprikken van het kalkdepot onder röntgendoorlichting of echogeleid) en operatieve verwijdering geen aantoonbare voorkeur voor een van deze interventies zien.

WELK ADVIES KAN AAN PATIËNTEN MET SAPS GEGEVEN WORDEN, GEREDENEERD VANUIT HET PATIËNTENPERSPECTIEF?

Er is weinig onderzoek gedaan naar het patiëntenperspectief. Uit de weinige onderzoeken kan voorzichtig geconcludeerd worden dat ontevredenheid over het eindresultaat van de behandeling bij vrouwen meer voorkomt dan bij mannen. Er zijn aanwijzingen dat na afloop van een behandeltraject in de tweede lijn, twee derde van de patiënten nog een of meerdere vervolghandelingen zoekt. Er zijn aanwijzingen dat patiënten met zwaar bovenhands werk of patiënten die een bovenhandse sport beoefenen vaker een verband leggen tussen de schouderklachten en het werk dan patiënten met lichtere fysieke werkzaamheden of patiënten die een onderhandse sport beoefenen. Een grotere en uitgebreidere scheur van het rotatorenmanchet, en daarbij de onmogelijkheid tot chirurgisch herstel, is geassocieerd met minder patiënttevredenheid.

CONCLUSIE

Het subacromiaal pijnsyndroom dient bij voorkeur conservatief behandeld te worden. Prognostisch is het voorkómen van langdurige klachten van belang, waarbij adequate adviezen, adequate pijnbehandeling en arbeidskundige interventies zinvol zijn. Indien de patiënt niet of onvoldoende reageert op uitputtende conservatieve behandeling, en niet in aanmerking komt voor een revalidatiebehandeling in de tweede lijn, valt operatieve behandeling te overwegen. Er is aangetoond dat een bursectomie van de bursa subacromialis alleen, vergelijkbare uitkomsten heeft met bursectomie mét de resectie van de voorrand van het acromion en het coraco-acromiale ligament. Bij de operatieve behandeling van SAPS is wellicht de arthroscopische of mini-open behandeling goedkoper vanwege de kortere opnameduur en de snellere werkhervatting.

Bij de indicatie voor operatief herstel van symptomatische scheuren van het rotatorenmanchet speelt het formaat van de scheur, de conditie van de spieren en leeftijd en het activiteitsniveau van de patiënt een rol bij de beslissing.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: formulieren met belangverklaringen zijn beschikbaar bij dit artikel op www.ntvg.nl (zoeken op A6985; klik op 'Belangenverstrengeling').

De werkgroep Richtlijn SAPS bestaat uit: Carel Bron, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; Ron Diercks, Nederlandse Orthopedische Vereniging; Oscar Dorrestijn, Nederlandse Orthopedische Vereniging; Carel G.M. Meskers, Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen; René J. Naber, Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde; Tjerk J.W. de Ruyter, Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen; W. Jaap Willems, Nederlandse

Orthopedische Vereniging; Jan C. Winters, Nederlands Huisartsen Genootschap; en Henk-Jan van der Woude, Nederlandse Vereniging voor Radiologie. De werkgroep werd ondersteund door drs. Sabrina B. Muller-Ploeger en dr. Natasja H.J. van Veen, Kennisinstituut van Medisch Specialisten.

Aanvaard op 8 oktober 2013

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A6985

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/KLINISCHEPRAKTIJK**

LITERATUUR

- 1 Richtlijn diagnostiek en behandeling van het subacromiaal pijnsyndroom. Den Bosch: Nederlandse Orthopaedische Vereniging; 2012.