

Multidisciplinaire richtlijn

Diagnostiek en behandeling van het Sub Acromiaal Pijn Syndroom (SAPS)

T.J.W. de Ruiters, C.G.M. Meskers

Schouderklachten vormen een groot medisch en daarmee maatschappelijk probleem.

Hoewel de behandeling van patiënten met schouderklachten in 30 jaar sterk is ontwikkeld en veranderd blijft het schoudergebied voor veel behandelaren een diagnostisch en therapeutisch mer à boire, en blijft schouderpijn een hardnekkig probleem.

Overduidelijk in de literatuur van zowel de conservatieve als de operatieve behandelingen, is het gebrek aan eenduidigheid bij de naamgeving en verklaring van de klacht, de diagnostiek, de behandelingen en in het meten van het resultaat van die behandelingen. Om de samenwerking tussen de verschillende disciplines te helpen verbeteren werd het daarom noodzakelijk geacht om (in aansluiting op de NHG standaard Schouderklachten (2008), KNGF-evidence statement subacromiale schouderklachten (2011) en de richtlijn Aspecifieke klachten van arm, nek en schouder (2012)), vanuit het perspectief van de 2e lijn een richtlijn voor de behandeling van subacromiale schouderklachten samen te stellen.

Deze richtlijn werd ontwikkeld op initiatief van de Nederlandse Orthopedische Vereniging, samen met de verenigingen van bedrijfsgeneeskundigen, fysiotherapeuten, revalidatieartsen, huisartsen, sportartsen en radiologen, onder leiding van prof. dr. R.L. Diercks. De richtlijn is het resultaat van een systematisch literatuuronderzoek volgens de PICO methode en opgesteld aan de hand van geldende 'evidence' normering.

In februari 2013 werd de richtlijn na accordering door de beroepsverenigingen vrijgegeven.

In dit artikel wordt de richtlijn behandeld vanuit het perspectief van de revalidatiearts.

INLEIDING

Schouderklachten, vooral in het subacromiale gebied, zijn ook in de eerste lijn een veelvoorkomende klacht van het bewegingsapparaat: tussen de 7% en 34% van de volwassenen heeft wel eens schouderklachten. De incidentie van schouderklachten in Nederland wordt geschat op 19 per 1000 persoonsjaren. Schouderklachten zijn kwantitatief (na de chronische rugklachten) de tweede groep binnen de meeste ziekenhuisrevalidatie poliklinieken, en zijn een groot medisch en maatschappelijk probleem.

Schouderklachten in het subacromiale gebied werden voorheen vooral verklaard vanuit de 'impingement' hypothese. Behalve dat dit geen logische primaire verklaring is voor de klachten, is zij met de moderne diagnostiek ook niet te handhaven als het primaire probleem. Ook diagnoses als tendinitis (-calcarea, -supraspinatus, etc.), periarthritis humeroscapularis, bursitis blijken niet te handhaven. Niet alleen het anatomisch substraat is dubieus, ook is er nagenoeg nooit een inflammatie aangetoond.

Nieuwere onderzoeken benoemen vooral de 'scapulaire dyskinesie' en daarmee de *wear and tear* als logische verklaring voor de degeneratie van de pezen van de rotatorencuff.

Met de vele pseudo-diagnoses zijn er ook vele dito behandelingen waar gebrekkig en niet vergelijkbaar onderzoek naar gedaan is omdat er geen eenduidigheid was over de uitkomstmaten.

Dat maakt het vergelijken en op waarde schatten van onderzoeken over behandelmethoden vaak onmogelijk.

Deze richtlijn behandelt de niet-traumatische subacromiale pijnbeelden onder de verzamelterm Sub Acromiaal Pijn Syndroom, kortweg SAPS, omdat daarmee in essentie het enige benoemd wordt wat we echt zeker weten.

Aandoeningen zoals de frozen shoulder, SLAP laesie (Superior Labrum from Anterior to Posterior) en

T.J.W. de Ruiters, revalidatiearts, RC Roessingh Enschede
Dr. C.G.M. Meskers, revalidatiearts, Leids Universitair Medisch Centrum,
thans afdeling revalidatiegeneeskunde, VUmc, Amsterdam

schouderpijn bij neurologische aandoeningen vallen buiten dit bestek, hoewel bij bijvoorbeeld de Neuralgische Amyotrofie (NA) dezelfde voorlichting en trainingsadviezen zeer bruikbaar zijn. Hoe de relatie van SAPS met NA is zal toekomstig onderzoek moeten uitwijzen.

DIAGNOSTIEK BIJ SAPS IN DE TWEEDE LIJN

We moeten er van uitgaan dat bij niet-traumatische schouderklachten die in de tweede lijn gezien worden, de periode van afwachten al ruimschoots voorbij is. Als er na een periode van 6 weken nog steeds klachten zijn is het de vraag of de juiste diagnostiek is verricht en de juiste therapie is ingezet en moet volgens de richtlijn overwogen worden de patiënt in te sturen voor nadere diagnostiek, overname van de behandeling of voor therapeutisch advies.

Ten aanzien van de **fysische diagnostiek** adviseert de richtlijn het volgende: Om de diagnose SAPS vast te stellen wordt een combinatie van tests aanbevolen. Hierbij kunnen de impingement (Neer) test, Hawkins test, painful arc test, empty can test (volgens Jobe) en de exorotatie tegen weerstand test geadviseerd worden.

Als oriënterend en initieel onderzoek wordt de actieve en de passieve abductie en de passieve exorotatie, alsmede de palpatiepijn van het AC gewricht geadviseerd. Hiermee kan een inschatting worden gemaakt of er sprake is van een SAPS of een (bijkomend) probleem dat buiten de richtlijn valt.

Ten aanzien van de **beeldvormende diagnostiek** adviseert de richtlijn bij patiënten met kenmerken van SAPS, die niet of onvoldoende reageren op initiële behandeling, aanvullende beeldvormende diagnostiek te doen in de vorm van echografie, om een rotatorcuff ruptuur uit te sluiten. Echografie dient verricht te worden door een persoon met voldoende expertise en met behulp van hoge resolutie echo apparatuur. Te overwegen valt dit onderzoek te combineren met conventionele röntgenopnamen van de schouder voor het vaststellen van

- hoogstand van de humeruskop ten opzichte van het glenoid,
- glenohumerale artrose,
- meer zeldzame ossale afwijkingen en kalkdeposities.

MRI van de schouder kan worden verricht bij patiënten met SAPS, wanneer betrouwbaar echografisch onderzoek niet beschikbaar is.

Ten slotte adviseert de werkgroep bij jongere, actieve patiënten die beroepshalve of vanwege sportieve activiteiten sterk afhankelijk zijn van een goede schouderfunctie, MRI onderzoek met intra-articulair contrast onderzoek in abductie en exorotatie (ABER)

te laten verrichten voor het aantonen dan wel uitsluiten van partiële cuff letsels.

Voor het bepalen van de ernst/hinder van de klacht en het meten van het effect van de behandeling wordt over **de meetinstrumenten** het volgende geadviseerd:

- visuele inschatting van de range of motion alleen gebruiken om onderscheid te maken tussen de aangedane en de contralaterale schouder.
- voor metingen van de range of motion gebruik te maken van een goniometer.
- minimaal een van de volgende meetinstrumenten gebruiken voor evaluatie van behandeling van SAPS: de Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH), Dutch Oxford Shoulder Score (DOSS), Dutch Simple Shoulder Test (DSST) of de Shoulder Disability Questionnaire (SDQ-NL).

BEHANDELING VAN SAPS IN DE TWEEDE LIJN

Er is in de literatuur geen meerwaarde aangetoond voor een operatieve behandeling van SAPS, dus de behandeling dient bij voorkeur conservatief te zijn. De werkgroep adviseert daarom het volgende conservatieve **behandelalgoritme voor SAPS**:

Voorlichting, relatieve rust, gevolgd door geleidelijk opbouwen van de belasting door bijvoorbeeld oefen-therapie. Deze dient bij voorkeur laagintensief en hoogfrequent te zijn, met excentrisch trainen binnen de pijngrens, in combinatie met stabilisatietraining van de scapula met aandacht voor ontspanning en de juiste houding.

Het voorschrijven van NSAID's kan geïndiceerd zijn gedurende een of twee weken in de acute fase bij hevige pijn.

Injecties met corticosteroïden kunnen worden toegepast bij hevige pijn, met name in de eerste acht weken. De werkgroep geeft ter overweging deze injecties echogeleid uit te voeren (waarbij we moeten beseffen dat we zelden precies weten wat het exacte pijnlocus is)

De werkgroep ontraadt het gebruik van injecties met corticosteroïden als enige vorm van therapie voor de langere termijn en buiten de acute fase.

De werkgroep geeft ter overweging voor de behandeling van **aanhoudend SAPS**:

- oefen-therapie bestaande uit oefeningen specifiek gericht op rotator cuff en scapula stabilisatoren;
- behandeling van myofasciale triggerpoints (inclusief stretchen van de musculatuur).

Passieve gewrichtsmobilisaties bij SAPS worden niet geadviseerd.

Strikte immobilisatie wordt afgeraden. De werkgroep is van mening dat bewegen binnen de pijngrens

gewenst is. Die pijngrens is te visualiseren door een 'loketje' met de volgende begrenzings:

- exorotatie (met 0 graden schouderabductie en met de ellebogen in 90 graden) tot ongeveer 20° voorbij neutraal. De ROM ligt daarbinnen (bewegingen als bij het reiken naar ordners of het nonchalant in de auto zitten met de rechterarm over de passagiersleuning vallen daar buiten);
- de bovengrens is de beweging boven schouder-niveau, zeker bij het gecombineerd overschrijden van de grenzen (zoals exorotatie boven schouder-niveau, een gangbare beweging voor stukadoors en ramenwassende schoonmakers of een schijnbaar prettige rusthouding met de hand onder het achterhoofd);
- de achterste grens is reikende beweging verder van de romp dan ongeveer 30 centimeter.

Het gebruik van hoge energie uitwendige shockwave (ESWT valt te overwegen bij aangetoonde subacromiale kalkdeposities. ESWT in de acute fase wordt ontraden. In het geval van SAPS bij sporters kunnen dezelfde adviezen van de werkgroep worden toegepast waarbij extra aandacht moet worden besteed aan de schouderstabiliteit

Welke patiënten kunnen worden gezien door de revalidatiearts?

Patiënten met SAPS kunnen worden gezien binnen elke eerste, tweede- en derdelijns praktijk voor patiënten met orthopedische problemen. Revalidatiebehandeling in de tweede of derde lijn kan overwogen worden bij chronische, therapieresistente SAPS en/of klachten bij patiënten met pijnonderhoudend gedrag.

Tot slot

Het Sub Acromiaal Pijn Syndroom is een hardnekkig en zeer veel voorkomend, maar zeker behandelbaar klachtenbeeld.

Deze richtlijn is de eerste die het probleem vanuit meerdere medisch specialistische disciplines en over meerdere behandellijnen beschrijft. Expliciet is gekozen voor een symptomatische beschrijving bij gebrek aan een compleet causaal model. De richtlijn geeft aan dat optimale conservatieve behandeling de kern van de behandeling is. Daarvoor is grondige maar ook doelgerichte diagnostiek voorwaarde.

Patiënten zullen vooral in de eerste lijn worden gezien en behandeld. Indien klachten langer aanhouden, dan is evaluatie in de tweede lijn zinvol vanwege echo en röntgendiagnostiek. Ook bij een terechte overweging tot operatie (waarbij het meestal om een bursectomie of een acromionplastiek gaat) is de slagingskans groter als vooraf en achteraf de juiste training en advies gegeven wordt.

Revalidatieartsen in het bijzonder zullen patiënten zien met therapieresistente pijnklachten en vermoedens van pijnonderhoudend gedrag.

De volledige richtlijn is te downloaden via www.kwaliteitskoepel.nl.

Correspondentie

TJW de Ruiters
t.ruiters@sxb.nl