

Fysiotherapie bij (subacromiale) schouderpijn

Bij meer dan de helft van de patiënten met schouderpijn die een zorgverlener in de eerste lijn bezoekt, is er sprake van een Subacromiaal Pijn Syndroom (SAPS)¹. Hierbij ligt de bron van de pijn meestal in een pees, kapsel of slijmbeurs in de ruimte tussen schouderdak en schouderkop (subacromiale ruimte genaamd). Andere termen voor subacromiale schouderpijn zijn rotatorcufftendinopathie, -tendinitis of -tendinose, subacromiale bursitis of rotator cuff calcificatie².

Schouderpijn in Nederland



Schouderpijn is de **derde meest voorkomende** musculoskeletale klacht in Nederland³.



Onder **werkende mensen** is schouderpijn de **meest voorkomende klacht** aan het bewegingsapparaat: **18-34%** van hen krijgt schouderpijn⁴.

Klachten & gevolgen



Subacromiale schouderpijn wordt gekenmerkt door **pijn in de schouder en/of bovenarm** die **zonder duidelijke reden** geleidelijk aan ontstaat en toeneemt bij activiteiten die boven de schouderhoogte worden uitgevoerd⁵.



Deze klachten kunnen leiden tot **ernstige beperkingen** in het **dagelijks leven**, zoals problemen bij activiteiten als **aankleden, eten, werken, persoonlijke hygiëne en slapen**, en **verergeren** bij **bovenhandse activiteiten en tijdens de nacht**¹.



Een **grotere mate** van beperkingen en **langere duur van de klachten** zijn factoren die zorgen voor een **trager herstel**. Bij werkende mensen zijn een **hogere mate van pijn**, een leeftijd tussen **45 en 54 jaar**, **repeterende bewegingen**, **zwaar tillen, werkhoudingen** (bv. langdurig in dezelfde houding), **vibraties** en hogere **psychische werkdruk** factoren die zorgen voor een **trager herstel**^{4,6}.

Kosten

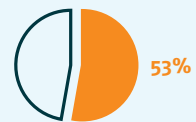


€689

De **totale kosten** van schouderpijn in de eerste **6 maanden** na het eerste bezoek aan de huisarts wordt geschat op **€689** per persoon, waarvan **61%** te wijten is aan **arbeidsverzuim**⁷.



Arbeidsverzuim vanwege schouderpijn komt voor bij **één op de drie** werkende mensen met schouderklachten die zich bij de **huisarts melden**⁸.



Van deze mensen met arbeidsverzuim heeft **53%** een verzuim van **meer dan 10 dagen** in een periode van **6 maanden**⁸.

Behandeling



Patiënten met subacromiale schouderpijn krijgen **eerst voorlichting** en advies en **zo nodig pijnmedicatie** van de huisarts¹. Bij aanhoudende klachten krijgt de patiënt eventueel een **corticosteroïd injectie** van de huisarts en/of een verwijzing naar een **fysiotherapeut**¹. Bij de meerderheid (circa 75%) van de patiënten met schouderpijn blijkt een conservatief beleid tot voldoende resultaat te leiden^{9,10,11}. Bij onvoldoende resultaat van een conservatief beleid kan bij specifieke gevallen nadere (beeldvormende) diagnostiek en/of een **operatieve behandeling** overwogen worden^{1,12,13}.



Uit onderzoek is gebleken dat de **huisarts** bij het eerste bezoek in **32%** van de patiënten met subacromiale schouderpijn een **afwachtend beleid** volgt, in **50% pijnmedicatie** voorschrijft en in **16%** naar een **fysiotherapeut** doorverwijst¹⁴. Van de patiënten met subacromiale schouderpijn die de **fysiotherapeut bezoekt**, komt **12%** rechtstreeks naar de fysiotherapeut zonder eerst de huisarts te raadplegen¹⁵.



Fysiotherapie bij (subacromiale) schouderpijn dient veelal door de **patiënt zelf betaald te worden** of vanuit het aanvullende pakket vergoed te worden, tenzij er sprake is van een revalidatie- of postoperatieve behandeling.

Fysiotherapeutische behandeling



Het **doel** van de fysiotherapeutische behandeling bij subacromiale schouderpijn is het **verminderen van de pijn**, het **verbeteren** van de **schouderfunctie**, het **verminderen** van **beperkingen** in activiteiten en het **beïnvloeden** van **factoren** die een rol spelen in het **herstel**¹⁶.



De **inhoud** van de fysiotherapeutische behandeling dient te bestaan uit **oefentherapie** (gericht op verbetering van actieve coördinatie en spierfunctie) en kan worden aangevuld met **mobilisaties** en **manuele therapie** (voor schouder, nek en/of rug)^{9,10,16}. In bepaalde gevallen kan overwogen worden om kortdurend een vorm van elektrotherapie toe te passen als aanvulling^{10,16,17}.



De aanbevolen behandelduur is **6–12 weken**; indien er binnen deze periode **onvoldoende resultaat** is bereikt, dient een patiënt **terugverwezen** te worden naar de **huisarts**^{10,16}.

Meerwaarde van fysiotherapie



Fysiotherapeutische interventies kunnen effectief zijn in het **verminderen van pijn**, en het **verbeteren** van de beperkingen in **activiteiten**, en worden daarom beschouwd als **eerste behandeloctie** bij subacromiale schouderpijn^{1,9,18}.



Bij de behandeling van patiënten met subacromiale schouderpijn kan het effect van oefentherapie worden vergroot door de toevoeging van mobilisaties en/of manuele therapie^{9,19}. Indien subacromiale schouderpijn **gepaard gaat** met klachten aan de **nek of rug**, hebben manueel therapeutische interventies mogelijk ook een **toegevoegde waarde**^{20,21}.



Corticosteroïd injecties lijken op korte termijn enigszins effectief te zijn, maar hebben voor de **lange termijn** vergelijkbare resultaten dan fysiotherapie^{22,23}. Ook een **operatieve ingreep** blijkt **niet effectiever** dan **fysiotherapie**^{12,24,25}.



Onderzoek heeft laten zien dat **60%** van de patiënten bij een **fysiotherapeut** na 6 maanden **volledig is hersteld** van de schouderpijn¹. Mensen die worden **verwezen** naar de **fysiotherapeut** krijgen bovendien **minder medicatie** voorgeschreven^{26,27}.

Referenties

- 1 NHG-standaard Schouderklachten. Nederlands Huisartsen Genootschap, 2008 (www.nhg.org/standaarden/samenvatting/schouderklachten).
- 2 Schellingerhout J et al. Lack of uniformity in diagnostic labeling of shoulder pain: time for a different approach. *Manual Therapy*, vol. 13, no. 6, pp. 478–83, 2008.
- 3 Bot S et al. Incidence and prevalence of complaints of the neck and upper extremity in general practice. *Annals of Rheumatic Diseases*, vol. 64, pp. 118–23, 2005.
- 4 Mitchell C et al. Shoulder pain: diagnosis and management in primary care. *British Medical Journal*, vol. 331, no. 7525, pp. 1124–1128, 2005.
- 5 NOV-richtlijn Diagnostiek en behandeling van het subacromiaal pijnsyndroom. Nederlandse Orthopaedische Vereniging, 2012 (www.orthopen.nl).
- 6 Roquelaure Y et al. Personal, biomechanical, and psychosocial risk factors for rotator cuff syndrome in a working population. *Scand J Work Environ Health*, vol. 37, no. 6, pp. 502–11, 2011.
- 7 Kuijpers T et al. Costs of shoulder pain in primary care consultants: a prospective cohort study in The Netherlands. *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 7, no. 83, 2006.
- 8 Kuijpers T et al. A prediction rule for shoulder pain related sick leave: a prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 7, no. 97, 2006.
- 9 Haik MN et al. Effectiveness of physical therapy treatment of clearly defined subacromial pain: a systematic review of randomised controlled trials. *Br J Sports Med*, vol. 50, no. 18, 1124–34, 2016.
- 10 Kuhn JE et al. Effectiveness of physical therapy in treating atraumatic full-thickness rotator cuff tears: a multicenter prospective cohort study. *J Shoulder Elbow Surg*, vol. 22, no. 10, 1371–9, 2013.
- 11 Karel Y et al. Development of a Prognostic Model for Patients With Shoulder Complaints in Physiotherapy. *Physical Therapy*, 2016.
- 12 Kukkonen J et al. Treatment of non-traumatic rotator cuff tears: A randomised controlled trial with one-year clinical results. *Bone Joint J*, vol. 96-B, no. 1, 75–81, 2014.
- 13 Ketola S et al. Does arthroscopic acromioplasty provide any additional value in the treatment of shoulder impingement syndrome?: a two-year randomised controlled trial. *J Bone Joint Surg Br*, vol. 91, no. 10, 1326–34, 2009.
- 14 Dorrestijn O et al. Patients with shoulder complaints in general practice: consumption of medical care. *Rheumatology*, vol. 50, no. 2, pp. 389–395, 2010.
- 15 Kooijman M et al. Patiënten met schouder syndromen in de huisartsen fysiotherapiepraktijk. Jaarboek Fysiotherapie Kinesitherapie. 21–32, 2013.
- 16 KNGF Evidence Statement Subacromiale klachten. Koninklijke Nederlandse Genootschap voor Fysiotherapie, 2011. (www.kngf.nl).
- 17 Page M et al. Electrotherapy modalities for rotator cuff disease. *Cochrane Library*, 2016.
- 18 Green S et al. Physiotherapy interventions for shoulder pain (Review). *Cochrane Library*, 2003.
- 19 Page M et al. Manual therapy and exercise for rotator cuff disease (Review). *Cochrane Library*, 2016.
- 20 Peek AL et al. Thoracic manual therapy in the management of non-specific shoulder pain: a systematic review. *J Man Manip Ther*, vol. 23, no. 4, 176–187, 2015.
- 21 Bergman G et al. Manipulative Therapy in Addition to Usual Medical Care for Patients with Shoulder Dysfunction and Pain. *American College of Physicians*, vol. 141, no. 6, 2004.
- 22 James M et al. A cost consequence analysis of local corticosteroid injection and physiotherapy for the treatment of new episodes of unilateral shoulder pain in primary care. *Rheumatology*, vol. 44, no. 11, pp. 1447–51, 2005.
- 23 Arroll B en Goodyear-Smith F. Corticosteroid injections for painful shoulder: a meta-analysis. *British Journal of General Practitioners*, vol. 55, no. 512, pp. 224–228, 2005.
- 24 Holmgren T et al. Effect of specific exercise strategy on need for surgery in patients with subacromial impingement syndrome: randomised controlled study. *BMJ*, vol. 20, no. 344:e787, 2012.
- 25 Ryölä A et al. or conservative treatment for rotator cuff tear: a meta-analysis. *Disability and Rehabilitation*, vol. 6, 1–7, 2016.
- 26 Kuijpers T et al. Clinical prediction rules for the prognosis of shoulder pain in general practice. *Pain*, vol. 120, no. 3, pp. 276–85, 2006.
- 27 Kooijman M et al. Patients with shoulder syndromes in general and physiotherapy practice: an observational study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 14, no. 128, 2013.