

Verslag van het NERASS-najaarscongres 'Schouder aan schouder'

Schouderklachten en de meccanodoos van de orthopedisch chirurg

De schouder is misschien wel het meest complexe gewricht van ons lichaam: een grote kop in een kleine, ondiepe kom, die alle richtingen op kan bewegen, beteugeld door een complex aan spieren en pezen. Ongeveer 30% van de Nederlanders heeft ten minste eens per jaar schouderklachten. De oorzaken liggen op het gebied van verschillende disciplines. Een goede reden om weer eens over de grenzen van het eigen vakgebied te kijken, en mee te luisteren naar het NERASS-najaarscongres van 29 november 2013.

Er is een absolute toename van schouderprothesen in de populatie, gerelateerd aan vergrijzing en nieuwe technieken, maar een relatieve afname bij RA-patiënten. Dat komt door de moderne behandelstrategieën voor RA, stelde dr. Renée Allaart (reumatoloog, LUMC). Tegenwoordig zijn behandelstrategieën gericht op minimale ziekteactiviteit of zelfs remissie, wat leidt tot aanzienlijk minder progressie van schade in de kleine en grote gewrichten. Het dagelijks functioneren werd vroeger geleidelijk slechter, maar nu verbetert het en stagneert na instelling op therapie. Ongeveer 20% van de RA-patiënten uit de BeSt-studie blijft na afbouwen van de medicatie in remissie. Ook leidt intensieve initiële therapie met infliximab tot meer productiviteit van RA-patiënten en minder verzuim, in tegenstelling tot andere strategieën, inclusief het COBRA-schema met initieel hoog gedoseerd prednison. De hoge kosten van infliximab-behandeling worden zo terugverdiend.

Subacromiaal pijnsyndroom

De schouder draait letterlijk om de rotator cuff. De meeste niet-traumatische klachten van de schouder vallen onder de noemer subacromiale pijnsyndromen (SAPS), wat vroeger impingement werd genoemd, aldus Jochem Nagels (orthooped, LUMC). Oorzaken zijn tendinopathie, tendinitis, tendinitis calcarea, peesrupturen en bursitis. Partiële of volledige rotator cuff-rupturen kunnen worden veroorzaakt door extrinsieke factoren, zoals anatomische

effectief zijn. Mogelijk zorgt pijnstilling voor een reset die kan bijdrage aan herstel. Tendinitis calcarea is meestal asymptomatisch. Soms lossen de verkalkingen spontaan op en worden de acute klachten veroorzaakt door chemische bursitis door de lekkende kalk en lost het probleem zich vanzelf op. Als de klachten blijven is barbotage, het aanprikken en draineren van de verkalkingen, een goede optie. Het is effectiever dan een injectie, maar kan heel pijnlijk zijn, omdat het een chemische bursitis veroorzaakt.

Rotator cuff-scheuren komen heel veel voor: bij 20% in de algemene bevolking en bij meer dan de helft van de 65-plussers. De literatuur wordt beheerst door de supraspinatuspees, maar letsel van de infraspinatus en subscapularis hebben vaak meer gevolgen voor de schouderfunctie. Als conservatieve therapie niet effectief is, moet de diagnose heroverwogen worden, zo nodig nader onderzoek verricht worden en kan operatief ingrijpen zinvol zijn.

Fysiotherapie

Conservatieve behandeling van schouderklachten met fysiotherapie (oefentherapie en manuele therapie) lijkt nuttig, maar evidence is spaarzaam, aldus Karin Hekman (fysiotherapeut, VUmc Amsterdam). De mate van klachten is vaak niet gerelateerd aan de grootte van de ruptuur. Grote scheuren kunnen asymptomatisch zijn, terwijl kleine scheurtjes veel pijn en functiebeperking kunnen geven. Specifieke oefentherapie met excentrische oefeningen voor de rotator cuff (supraspinatus, infraspinatus, en teres minor) en concentrische/excentrische oefeningen voor de stabilisatoren (trapezius, rhomboideus, en serratus anterior) reduceert bij SAPS-patiënten de noodzaak van een operatieve subacromiale decompressie. 20% in de behandelde groep werd alsnog geopereerd tegenover 60% in de controlegroep.¹ Ook na 13 jaar follow-up zijn de resultaten van conservatieve behandeling verrassend goed. 90% had weinig of geen pijn, 70% werd niet gehinderd door de klachten. Dit gold vooral voor de oudere patiënten. De jongere patiënten hielden aanzienlijk meer klachten en beperkingen.²

Patiënten met het benigne hypermobilitetssyndroom komen vaak via de reumatoloog bij de fysiotherapeut terecht. Vooral niet opereren, waarschuwt Hekman, maar fysiotherapie geven gericht op verbeteren van de core stability, scapulastabiliteit en kinetic chain strength. Goede behandeling van schouderklachten vereist kennis en ervaring. Daarom adviseert Hekman patiënten met schouderklachten naar een gespecialiseerde fysiotherapeut te verwijzen. Hierdoor kan operatief ingrijpen worden voorkomen.

Grote rotator cuff-scheuren

Hoewel conservatieve therapie voor rotator cuff-rupturen vaak klinisch effectief is, loopt de patiënt het risico dat na verloop van tijd de scheur groter wordt en vetinfil-

tratie toeneemt, besprak Jan Ferdinand Henseler (orthooped, LUMC). Bij grote scheuren is operatief herstel matig effectief en is peestranspositie een betere optie. Transpositie van de latissimus dorsipees verandert deze abductor en endorotator in een adductor en exorator. Henseler vond goede verbetering van pijn en functie, waardoor de ADL-functie, zoals de hand naar de mond brengen, verbeterde.⁵ Ook transpositie van de teres major, die lijkt op de subscapularis, verbetert pijn en functie.⁶

Indicatiestelling en keuze van schouderprothese draait om timing

Volgens Van Noort is de reversed prothese de belangrijkste orthopedische uitvinding van de laatste tijd. Nadeel is dat als deze prothese faalt, er weinig bot meer over is om iets nieuws te maken. Bovendien is de functionele levensduur beperkt, omdat door rek van de deltoideus na verloop van tijd vervetting van de spier kan optreden als uiting van degeneratie. Bij een intacte rotator cuff en glenoïd heeft de totale prothese de voorkeur. Bij patiënten met artrose, posttraumatische schade, kraakbeenschade door RA of avasculaire kopnecrose is een resurfacingprothese (een kapje op de humeruskop) ook een optie. Voordeel is dat het botsparend is, waardoor revisie altijd mogelijk is. De hemiprothese, een prothesekop met steel zonder prothesekom, heeft minder goede papieren. Volgens een Noors register heeft die een slechtere uitkomst dan de totale prothese.

Als er dan toch een prothese geplaatst moet worden, is de timing van groot belang, betoogt Arthur van Noort (orthooped, Spaarne Ziekenhuis Hoofddorp). Cruciaal voor de indicatie en keuze van de schouderprothese is de toestand van de rotator cuff en of er botverlies is in de kom, het glenoïd. De rotator cuff stabiliseert de schouderkop in het glenoïd, waarbij de infraspinatus (adductie en exorotatie) een belangrijk rol heeft. Een ruptuur in de infraspinatuspees kan leiden tot verschuiving van de hume-

Meccanodoos

Wat als de schouderprothese faalt? Per 100 geplaatste schouderprothesen ondergaat

Lees verder op pagina 2 ►

Fysiotherapie voor schouderklachten? Naar de gespecialiseerde fysiotherapeut!

variëte met kleine subacromiale ruimte, bijvoorbeeld bij het gehoekte acromion, of door intrinsieke oorzaken gelegen in subacromiale structuren zelf. Omdat schouderklachten meestal pas na het veertigste levensjaar optreden, ligt het voor de hand dat het een combinatie van de twee is. De huidige NOV-richtlijn stelt dat SAPS eerst uitvoerig conservatief behandeld moet worden. Pijnreductie is cruciaal bij de behandeling. Fysiotherapie is in 70% van de gevallen succesvol. Dat geldt ook voor NSAID's. Subacromiale injecties helpen, maar het is de vraag of glucocorticoidinjecties toegevoegde waarde hebben. Uit onderzoek blijkt dat lidocaïne-injecties even

Echografie: tool of toy?

Het echoapparaat is niet meer uit de spreekkamer van de reumatoloog weg te denken. Maar is het een leuk nieuw speeltje of een nuttige tool? Hoewel Henk Martens (reumatoloog, sint Maartenskliniek Nijmegen) echografie regelmatig toepast voor echogeleide-injecties van de schouders, moet hij bekennen dat de evidence voor het nut hiervan eigenlijk ontbreekt. Echogeleid injecteren is misschien iets beter, maar dat is niet klinisch relevant.³ Bovendien werkt voor bursitis subacromialis een intramusculaire injectie in de gluteus vrijwel net zo goed als een goed gemikte echogeleide injectie.⁴ De studies zijn echter heterogeen, met verschillende pathologieën en interventies. Martens pleit daarom voor betere, prospectieve studies met homogene populaties om het nut en de risico's van echogeleide injecties beter in kaart te brengen.

◀ Vervolg van pagina 1

gemiddeld 1,6 een revisie, aldus Marco van de Pluijm (orthooped, Sint Maartenskliniek). Dat is vergelijkbaar met knie- en heupprothesen, met de kanttekening dat niet elke gefaalde prothese tot een revisie leidt. Contra-indicaties voor revisie zijn infectie, zenuwletsel, te jonge leeftijd, gebrek aan therapietrouw en comorbiditeit. Alternatieven zijn adequate pijnmedicatie, injecties, resectie van de prothese of artrodesse. Erosie van het glenoïd is de belangrijkste indicatie voor een revisie. Dit wordt

len op de voorgrond. Soms is er een graduele overgang naar RA of spondyloarthritis (SpA). PMR geeft geen verhoogd risico op een maligniteit, maar een maligniteit kan zich wel presenteren met een PMR-beeld. Andere diagnoses die overwogen moeten worden zijn myopathie, infectie, mechanische schouderklachten en hypothyreoïdie. 15-20% van de patiënten met PMR ontwikkelt reuscelariteriitis (GCA, voorheen arteriitis temporalis). 50% van de patiënten met GCA heeft ook PMR. Late-onset RA

Met meccanodoos is reparatie van de falende schouderprothese mogelijk

vooral gezien bij de hemiprothese of resurfprothese.

Bij RA wordt vaak toename van glenoïd-erosie gezien. Bij een totale prothese kan hierdoor de kom los raken. Een nieuwe oplossing is het opvullen van het defect met 3D-geprint metaal. Door 3D-beeldvorming wordt het defect in beeld gebracht; daar wordt het prothesemateriaal exact naar gemodelleerd. Een andere techniek is opvulling van het defect met een bottransplantatie, met de kop van een heupbot uit de botbank. Vervolgens wordt hierop de nieuwe prothese gebouwd. Bij de loslating van de kop in het glenoïd van de reversed prothese kan dit ook een uitkomst zijn. In de humerus kan de prothesesteel loslaten door infectie of door een fractuur. De behandeling hangt af van het type fractuur. Het type C-fractuur, distaal van de steel, is goed te behandelen met een plaat; bij type B, ter hoogte van de distale zijde van de steel, zijn ook kabels nodig. Type A, halverwege de steel, is lastig te behandelen. Een stutgraft met een stuk tibia of fibula uit de botbank kan uitkomst bieden.

Dubbelzijdige schouderklachten

Bij bilaterale schouderklachten moet de clinicus denken aan polymyalgia rheumatica (PMR). Het klassieke verhaal van PMR is de 50-plusser (m./v.) met bilateraal pijn in de schouder en/of heupgordel, langdurige ochtendstijfheid, verhoogde bezinking en vlot herstel na 15 mg prednison, vertelt Ron

of SpA kunnen zich presenteren als PMR. Classificatiecriteria, bedoeld voor wetenschappelijk onderzoek, zijn behulpzaam in de spreekkamer om de diagnose te stellen, zeker als het beeld niet typisch is.

Recent zijn kandidaatcriteria samengesteld die vervolgens prospectief zijn onderzocht op voorspellend vermogen.⁷ Wat bleek? Een van de meest gebruikte criteria, de snelle respons op prednison, waarover bij de experts ook consensus bestond, bleek niet voorspellend te zijn voor de diagnose PMR. Echografie bleek niet bij te dragen aan het stellen van de diagnose, maar wel aan het uitsluiten van andere pathologie. De voorspellende waarde van PET-CT moet nog worden uitgezocht.

Arm niet kunnen heffen

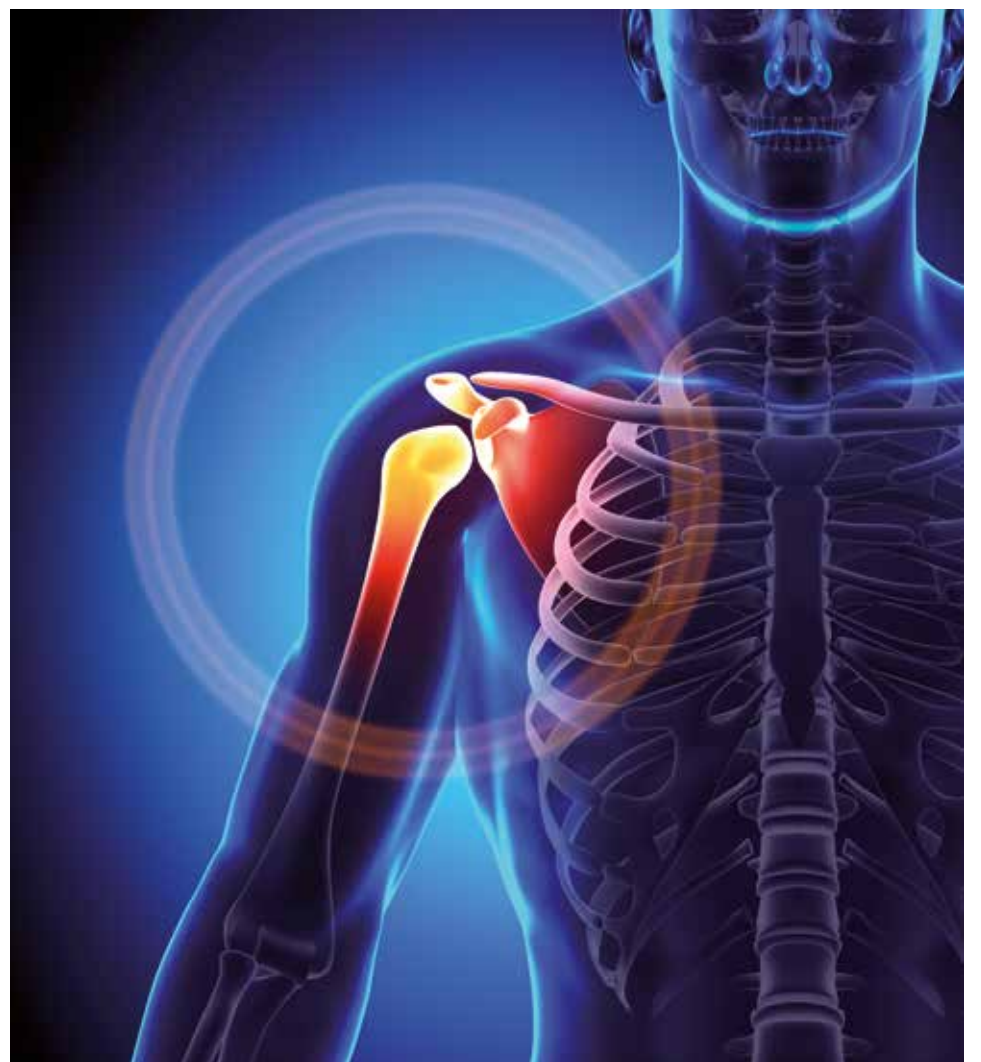
Neurologische aandoeningen kunnen ook schouderklachten veroorzaken. Neurologische schouderklachten gaan meestal gepaard met actieve bewegingsbeperking, parese, met of zonder pijn. Radiculopathie, plexusletsel en perifeer zenuwletsel veroorzaken schouderklachten. De artritispatiënt die een schouderprothese heeft gekregen maar na zes weken nog steeds zijn arm niet kan heffen en veel pijn heeft, zou wel eens zenuwletsel kunnen hebben.

Een niet zeldzame aandoening is neuralgische amyotrofie (plexus brachialis-neuropathie). Het is een zeer pijnlijke, acuut ontstane aandoening, veroorzaakt door acute zenuwontsteking van delen van de plexus

Pijn en de arm niet kunnen heffen: denk aan neurogene oorzaken

Derksen (UMC Utrecht). De klachten lijken te berusten op subacromiale of subdeltoïde bursitis of bursitis subtrochanterica. Dit is zichtbaar te maken met echografie, MRI en PET-CT. Dankzij de MRI en PET-CT weten we nu dat de aanhechtingen van de ligamenten aan de processus spinosus ook ontstoken zijn. Dat verklaart de langdurige ochtendstijfheid. In 50% van de gevallen zijn er distale manifestaties zoals meestal asymmetrische artritis in de polsen of handen, carpaletunnelsyndroom en diffuse zwelling van de handen en onderarmen bij tendosynovitis. RS₃PE lijkt een variant op PMR; hierbij staan de distale verschijnse-

brachialis en andere zenuwen. De ontsteking geneest, maar 50% van de patiënten blijft beperkt door pijn, 80% blijft moeite houden met bovenhands reiken en 63% blijft ernstig vermoeid. Scapula-instabiliteit heeft een hoge correlatie met vermoeidheid. Door met fysiotherapie de spieren te herprogrammeren, door de spierkracht van de verschillende spieren af te stemmen en de coördinatie te verbeteren, kan veel bereikt worden. Helaas niet voor alle patiënten: de helft van de patiënten met amyotrofe myopathie verbetert goed, de andere helft niet; bij hen kunnen de klachten juist toenemen.



Volgend NERASS-congres

Het volgende NERASS-congres is gepland op vrijdag 11 april 2014 en zal gaan over wat er zoal geïnjecteerd wordt ter verbetering van het bewegingsapparaat, zoals collagenase bij Dupuytren, dry needling en gebruik van hyaluronzuur.

Schouderklachten hebben velerlei oorzaken. Is de oorzaak gevonden en de juiste behandeling ingesteld, dan moet je nog afwachten of de patiënt daarmee geholpen is. Van Alfen citeert: "Remember: you've not finished your job until you've taken care of the patient, not just the problem."

Referenties

- Holmgren T, Björnsson Hallgren H, Öberg B, et al. Effect of specific exercise strategy on need for surgery in patients with subacromial impingement syndrome: randomised controlled study. *BMJ*. 2012;344:e787.
- Kijima H, Minagawa H, Nishi T, et al. Long-term follow-up of cases of rotator cuff tear treated conservatively. *J Shoulder Elbow Surg*. 2012;21:491-4.
- Bloom JE, Rischin A, Johnston RV, Buchbinder R. Image-guided versus blind glucocorticoid injection for shoulder pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Aug 15;8:CD009147.

- Ekeberg OM, Bautz-Holter E, Tveitå EK, et al. Subacromial ultrasound guided or systemic steroid injection for rotator cuff disease: randomised double blind study. *BMJ*. 2009;338:a3112.
- Henseler JF, Nagels J, Nelissen RG, de Groot JH. Does the latissimus dorsi tendon transfer for massive rotator cuff tears remain active postoperatively and restore active external rotation? *J Shoulder Elbow Surg*. 2013 Oct 14. [Epub ahead of print]
- Henseler JF, Nagels J, Zwaal P van der, Nelissen RG. Teres major tendon transfer for patients with massive irreparable posterosuperior rotator cuff tears: Short-term clinical results. *Bone Joint J*. 2013;95-B:523-9.
- Dasgupta B, Cimmino MA, Kremers HM, et al. 2012 Provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Arthritis Rheum*. 2012;64:943-54.

Mw. dr. W.H. Noort-van der Laan, reumatoloog en medisch hoofd Reumatologie, Maartenskliniek, Woerden

