

Ronald Kan

Fysiotherapeut, Heliomare, Wijk aan Zee

Manueel Therapeut, SOMT, Amersfoort

Niet het weefsel maar de pijn centraal, bij de behandeling van schouderpijn

Schouderpijn komt veel voor in Nederland met een jaarprevalentie van 31% (95%-BI 29,9-32,9%) en een puntprevalentie van 21% (95%-BI 19,6-21,1). In de fysiotherapeutische praktijk bedroeg in 2006 het aandeel gecodeerde schouderklachten 5,8% (LIPZ). Diagnostiek van schouderpijn is zoals Sir Thomas Lewis in 1944 reeds memoreerde: "a system of more or less accurate guessing in which the endpoint achieved is a name." De diagnostische accuratesse van fysieke schoudertests is teleurstellend laag en op basis daarvan kan geen valide uitspraak worden gedaan over de oorzaak van de schouderpijn. Ook beeldvorming laat ons hier in de steek omdat structurele afwijkingen in het schoudercomplex even vaak voorkomen bij asymptomatische als symptomatische personen. We zien immers ook geen pijn op een MRI of echo! Er is dus geen enkele relatie tussen symptomatologie en pathologie. Ook de gedurende vele jaren veronderstelde impingement van weke delen tussen humerus en schouderdak speelt geen rol. Bovendien weten we op basis van neurowetenschappelijk onderzoek, dat pijn niets zegt over de toestand van het weefsel. Waarom dan toch steeds de poging om dit wel te willen achterhalen? Niet meer doen dus. Het leidt slechts tot onnodige operaties, die ook nog eens niet effectiever zijn dan oefentherapie. Op basis van de huidige state of art lijkt het veelbelovend om niet (de pathofysiologie van) het weefsel centraal te stellen maar onze interventie veel meer te richten op de vermindering van pijn. We weten immers ook dat vooral psychosociale factoren het beloop van schouderpijn beïnvloeden. Meer focus op de behandeling van pijn en minder op de pathofysiologie van het weefsel zoals reeds door Littlewood et al. voorgesteld.