

Ruud Schuitemaker

Fysio- en manueeltherapeut, Schuitemaker fysiotherapie en manuele therapie, Amsterdam

Praktijk handvatten bij de diagnose en behandeling van de Frozen Shoulder

De SNN richtlijn + addendum bevatten de tot en met begin 2016 beschikbare wetenschappelijke onderbouwing van het diagnostisch en therapeutisch proces, een duidelijke definitie en beschrijving van het patroon, 'rule in' en 'rule out'-adviezen, klinimetrie en adviezen over onderzoek- en behandelvaardigheden. Zonder artroscopie kan de diagnose FS pas enkele maanden na de start van de initiërende synovitis met redelijke zekerheid worden gesteld (!). Differentiaal-diagnostisch dient onderscheid te worden gemaakt tussen diverse vormen van "stijve schouders" zoals de (postoperatieve) stijve schouder, de omartrose, de acute bursitis/tendinitis calcarea, de posterieur gefixeerde schouderluxatie en de polymyalgia rheumatica.

Interventies op geleide van de mate van reactiviteit

De mate van weefselreactiviteit (hoog, matig, laag) en de 3 richtlijnprofielen zijn leidend voor de keuze en dosering van de fysiotherapeutische interventies. De eerste contacten tijdens de hoog reactieve, zeer pijnlijke beginfase (Freezingfase of ontstekingsfase) bestaan vooral uit het informeren over het patroon van de FS, het analyseren en elimineren van de herstelbelemmerende factoren en het uitleggen hoe de pijn kan worden beïnvloed. Dit kan een belangrijke (gunstige) invloed hebben op de pijnbeleving en wordt het ontstaan van negatieve illnessbeliefs en ongewenste negatieve stress voorkomen. Door het betrekken van de eventuele overige zorgverleners en de mantelzorg krijgt de fysiotherapeut het vertrouwen en de rol van 'spin in het web'. Naast informeren en uitleggen worden adviezen gegeven over manuele verrichtingen, aandacht voor de rest van het lichaam, pijnstilling en het sturen en begeleiden van oefeningen waarbij geen extra (na)pijn wordt geaccepteerd. Extensieve duurtraining en ontspanningsoefeningen voeren de boventoon. Er mag niet te agressief worden geoefend vanwege aanwezigheid van myofibroblasten in deze fase.

In de matig reactieve fase (vooral tijdens de Frozen fase of stijfheidsfase) en zeker in de laag reactieve fase (vooral tijdens de Thawing fase of dooifase) verdwijnen de myofibroblasten uit het glenohumerale collagene kapsel en ligt de nadruk van de therapeutische interventies op het begeleiden, stimuleren, sturen en evalueren van het systematisch - met toenemende frequentie en intensiteit - (actief) oefenen richting alle eindstanden. De Matrix Metalloproteïnases (zie de voorafgaande lezing van Jeroen Alessie) spelen hier een belangrijke rol om de niet structurele crosslinks verder te kunnen verbreken en de ROM te verbeteren.

De frequentie en dosering van de aanbevolen interventies en de voortgang van het langdurige FS-proces dienen met klinimetrie scherp te worden geëvalueerd. Bij hoge, matige en lage reactiviteit wordt respectievelijk geen (extra) napijn, 4 uur napijn en 24 uur napijn geaccepteerd na een interventie. 'Gecentreerd bewegen' van de schoudergordel staat centraal naast de continue zorg voor de rest van lichaam en geest. Door gebruik te maken van de '24 uur regel' wordt duidelijk welke reactie acceptabel is na een behandel- of oefensessie. Het stimuleert daarbij de verantwoordelijkheid van de patiënt met een FS voor de progressie tijdens zijn behandelproces. In het addendum wordt de gestandaardiseerde anteflexiemeting aanbevolen als – nog niet onderbouwd – alternatief voor de weinig betrouwbare goniometingen tijdens het gemiddeld 1 tot 3 jaar durende "self limiting" proces.