

U ziet hier de eerste uitgave van de nieuwsbrief van het Schouder Netwerk regio Amsterdam. Inmiddels hebben 51 leden zich aangesloten bij de vereniging verdeeld over 34 praktijken. Om onze vakinhoudelijke kennis zo goed mogelijk bij te houden proberen we naast de jaarlijkse bijeenkomsten, ontwikkelingen en nieuws van het SNA en van andere schouder- netwerken met u te delen. Dit keer gaat het over nieuws vanuit het Schouder netwerk Twente. Zij stonden onlangs met een artikeltje in de Fysiopraxis jaargang 20, Nr. 2, februari 2011. Veel lees plezier!

Schouder symposia 2011:

3 maart: Openingssymposium Schoudernetwerk Noord Brabant: "schouders eronder"; www.schouderfysiotherapie.nl

14 maart: Sportgeneeskunde UMC Utrecht: "Schouders onder de loep": www.umcutrecht.nl

20 april: Schouder festival OLVG Amsterdam: www.olvg.nl

20-23 Juni WCPT Amsterdam www.wcpt.org

14-17 September SECEC/ESSE Lyon: www.eusser.org

Najaar 2011 InFysio jaarcongres: "licht op het schoudergewricht": www.infysio.nl

Wist u dat er diverse printvriendelijke schouder en elleboog **vragenlijsten** (Excel bestanden) op de site te vinden zijn.

www.schoudernetwerk.nl
Onder kopje "therapeuten"

Korte mededelingen:

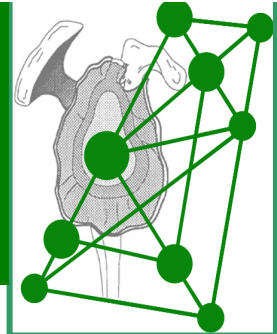
- ✚ Als uw adres of site vermelding niet klopt of onvolledig is, graag een mailtje naar schouder.info@vumc.nl
- ✚ Alle deelnemers aan de 1^e ledenbijeenkomst oktober 2010 hebben 6 accreditatie punten bijgeschreven gekregen.
- ✚ Verschillende schouderprotocollen volgens het "Egmond-Schuitemaker concept" zullen binnenkort ter beoordeling aan u toegezonden worden.
- ✚ Het SNA is ook actief tijdens het WCPT. Een aantal clinical sessions worden verzorgd in de Praktijk van Ruud Schuitemaker.
- ✚ Suggesties voor activiteiten tijdens ledenbijeenkomsten worden door het bestuur zeer gewaardeerd.

Colofon

Deze nieuwsbrief is bestemd voor fysiotherapeuten die lid zijn van het Schouder Netwerk regio Amsterdam. Afhankelijk van ontwikkelingen en vragen uit het veld zal hij onregelmatig verschijnen.

Redactie

Ruud Schuitemaker,
Frank Roder, Karin Hekman
Email: schouder.info@vumc.nl



Nieuws van het SNT

Het schoudernetwerk Twente (SNT) heeft 7 december 2010 een bijeenkomst gehad van zijn leden onder aanvoering van vakinhoudelijk coördinator Gerard Koel. We prijzen ons als SNA zeer gelukkig met deze samenwerking en de hieruit voortvloeiende uitwisseling van kennis. Dit is weer een goede gelegenheid om jullie te wijzen op de vrije toegankelijkheid van hun deel van onze gezamenlijke schoudernetwerk site.

Via www.schoudernetwerk.nl klik je op SNT >> mailrondes >> 6de mailronde 07-12-2010.

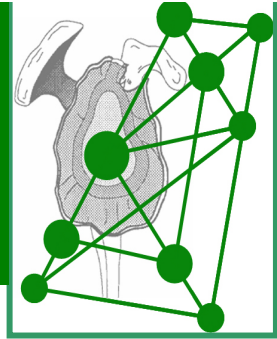
Je vindt hier 2 artikelen van Jeremy Lewis die hij schreef in samenwerking met Jill Cook en Craig Purdam

1. *Rotator cuff tendinopathy /subacromial impingement syndrome: is it time for a new method of assessment?* BJSM, 2009;43:259-264.
Originele tekst: <http://bjsm.bmj.com/content/43/4/259.full>

2. *Rotator cuff tendinopathy: a model for the continuüm of pathology and related management.* BJSM, 2010; 44:918-923).
Originele tekst: <http://bjsm.bmj.com/content/44/13/918.full>

De leden van het SNT konden – voorafgaand aan de ledenbijeenkomst - enkele vragen beantwoorden (Word document). Daarnaast vind je er de PP presentatie van Gerard Koel.

Het bestuur van het SNA is benieuwd wat onze leden vinden van de wijze waarop de mailronde is opgezet en de artikelen die hieronder worden gepresenteerd . Reacties kunnen per E-mail naar worden verstuurd via de SNA-website of direct naar schouder.info@vumc.nl



Naar aanleiding van artikel 1.

Rotator cuff tendinopathy / subacromial impingement syndrome: is it time for a new method of assessment?

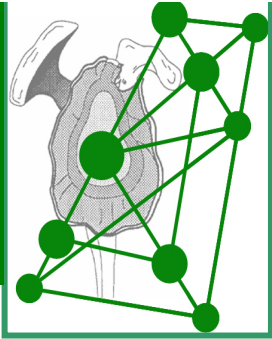
De huidige stand van zaken

Begrippen als tendinitis, tendinose en tendinopathie worden in literatuur over peespathologie - helaas – zeer verschillend gedefinieerd. Uitgaande van de grootste gemene deler in recente artikelen kunnen we uitgaan van de volgende, redelijk algemeen erkende definities:

Tendinitis = vooral een mantelaandoening met inflammatoire eigenschappen (“itis” duidt op ontstekingsactiviteit).

Tendinose = vooral een kernaandoening met degeneratieve kenmerken zonder duidelijke ontstekingsactiviteit. NSAID’s bleken hier niet zinvol. Histopathologisch is de degeneratie aanwezig in alle onderdelen van de pees (collagene vezels, tenoblasten/cyten en matrix). Dit beeld past bij de “bult” in de steeds holler wordende pees zonder ontstekingsactiviteit.

Tendinopathie = de overkoepelende term voor peesklachten (in en rond de pees). De tendinopathie ontstaat zowel door onder- als overbelasting, met als symptomen: pijn, zwelling en verminderde prestatie (Mafulli et al, 1998). De term “tendinopathie” dekt dus peesaandoeningen met zowel met mantel- als kernveranderingen. Ofwel: de tendinopathie heeft zowel peritendineuze als intratendineuze histopathologische kenmerken.

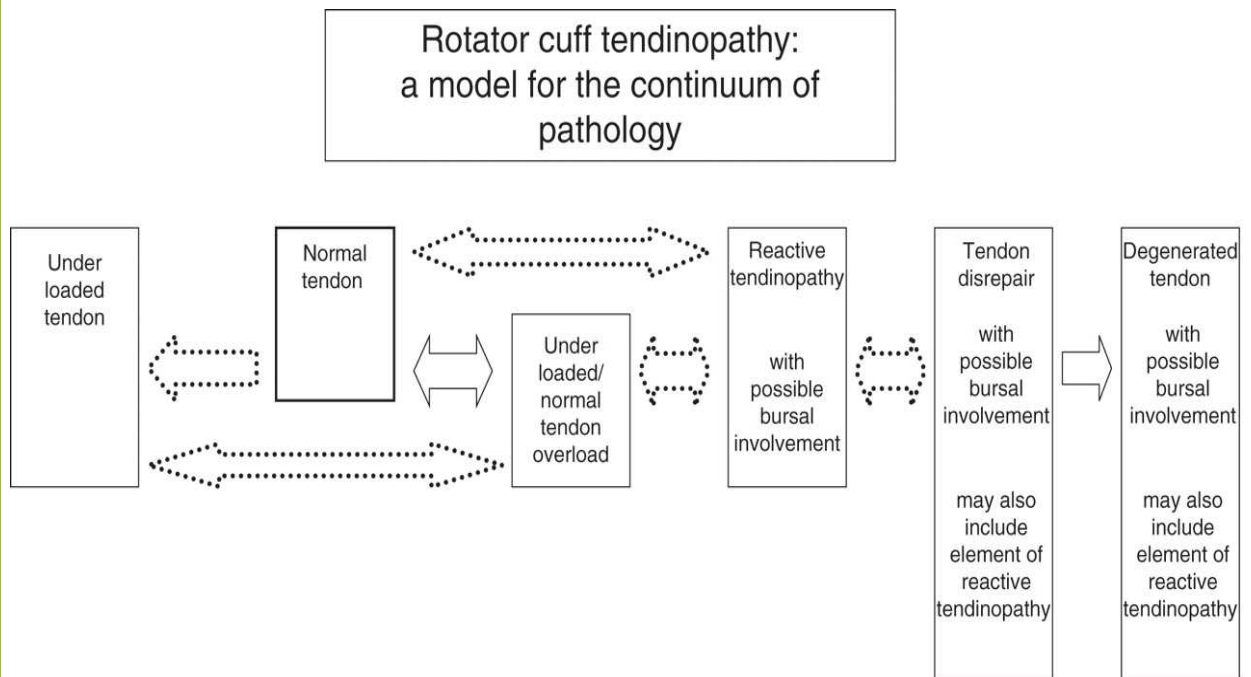


De nieuwe indeling van peesaandoeningen

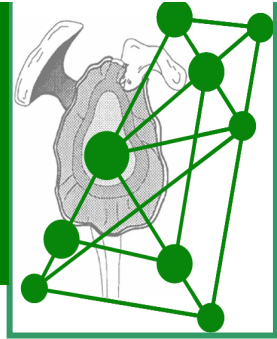
Het "belangrijke" nieuws van Lewis *et al*, is een zeer bruikbare nieuwe klassering van peesletsels waarin alleen nog wordt gesproken van het begrip tendinopathie. Het einde aan de spraakverwarring lijkt in zicht. Er wordt een geleidelijke overgang (continuüm) beschreven van a) onderbelaste pees → b) normale pees → c) overbelaste pees → d) geïrriteerde pees → e) gedegenererde pees.

In de originele tekst wordt dit beschreven als a) *normal* – met onder en overbelasting, b) *reactive* - irritatie, c) *disrepair* - het subacute stadium met vertraagd herstel, d) *degeneration* – het chronische stadium.

Hoewel dit model nog veel aannames kent, beïnvloedt het de interpretaties rond peesletsels. Vooral de overgang van a) naar b) is een welkome vondst en maakt beter begrijpelijk wat we in de dagelijkse praktijk zien.



Figuur 1: Rotator cuff tendinopathy: a model for the continuum of pathology. Gestippelde pijlen: in principe omkeerbaar; dichte 2 richtingpijlen: omkeerbaar; dichte 1 richtingpijlen: onomkeerbaar; gestippelde 1 richting pijlen: onomkeerbaar zonder tussenstap.



Discussie

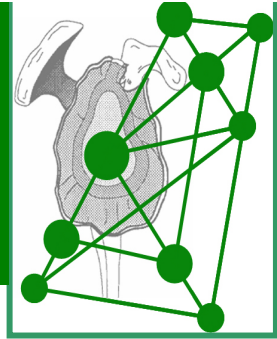
De verschillende stadia worden van elkaar onderscheiden door de verschillen in klinische eigenschappen, lokale afwijkingen, en kenmerkende beeldvorming (MRI en echografie) maar tegelijkertijd wordt de matige correlatie tussen beeldvorming en de klinische symptomen bevestigd. Er is immers zelden slechts één structuur of weefseltype aangedaan? En er is zelden één structuur of type weefsel verantwoordelijk voor specifieke klachten? De auteurs beperken zich dan ook tot logische globale behandeladviezen per stadium. Dit continuümmodel kan gezien worden als een pleidooi voor geleidelijke en zo veel als mogelijk functionele opbouw van de behandeling bij – voornamelijk - specifieke schouderklachten.

Omdat in vitro (op snijzaal) de rotatorencuff als een “continuüm” van peesweefsel rond de “cable”-aanhechting aan de humeruskop uitwaaiert binnen de HSMI¹, begrijpen we het succes van onze intrinsieke compensatiestrategie bij medisch aangetoonde peesrupturen (zie Extremiteten, casus 1.4 op bladzijde 32). Een supraspinatuspeesruptuur is dus slechts een “gat” in een overigens intacte bindweefselwaaier.

Ook bij specifieke schouderklachten – mits de schade niet te groot is – kan volgens de behandelprincipes geleerd in de SNA cursus (circumductie- deviatie technieken) met goede kans op succes worden begonnen met een conservatieve aanpak op maat. Maar zoals Lewis zich terdege realiseert is een pees onderdeel van de totale schoudergordel en heeft ieder mens zijn 5 “MDBB-herstelbelemmerende-factoren-lagen” in zijn “emmer¹¹”.

¹ HSMI = Humero Scapular Motion Interface – de gesmeerde koppeling tussen scapulakom en humeruskogel.

¹¹ Emmermetafoor – intermezzo MDBB model blz 15 Extremiteten, 10^{de} druk.



Naar aanleiding van artikel 2

Rotator cuff tendinopathy: a model for the continuüm of pathology and related management.

Shoulder Symptom Modification Procedures (SSMP's)

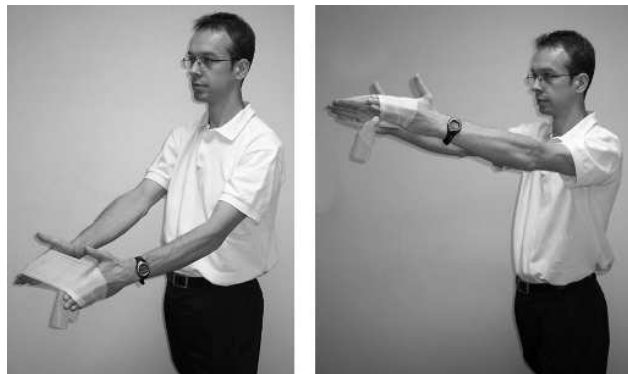
Rotator cuff letsels zijn een veelvoorkomend probleem. Het gemak en de hoge frequentie waarmee de diagnose impingement / RC tendinopathie wordt gesteld, is in schrille tegenspraak met de kwaliteit van de tests waarmee we de aandoening denken vast te stellen.

We dienen ons continue af te vragen wat het doel is van FT onderzoek van een patiënt met schouderklachten.

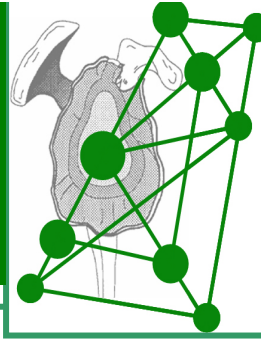
1. Willen we het patho-biologisch substraat van de klacht vaststellen? Zoals RC letsel of bursitis; mogelijke bronnen van nocisensoriek.
2. Of wil de FT de oorzaak of onderhoudende factor (etiologie) vaststellen.

Jeremy Lewis beschrijft een voorstel met voorbeelden van SSMP's (Shoulder Symptom Modification Procedures) die de FT kunnen helpen vast te stellen welke factoren de klachten van de patiënt veroorzaken c.q. onderhouden.

De SSMP's kunnen beschouwd worden als "*reductie testen*". Testen die de belastende pijnlijke beweging opzoekt en daarna dezelfde beweging met een pijnreducerende handgreep uitvoert. (Zie artikel fig 1. op pagina 261 en fig 2. en 3. op pagina 262)



Figuur 3. One example of a technique to assess the influence of altered muscle activation on shoulder movement.



Discussie

De waarde van *klinische schouder tests* is al jaren een bron van discussie binnen de vakliteratuur. De bursa subacromiodeltoidea lijkt, ook volgens Lewis, een hinderlijk storende bron van nocisensoriek te zijn bij al deze schouder tests.

Positieve *reductietesten* hebben een belangrijk motiverende invloed op de patiënten. Ook Jeremy Lewis – evenals Ann Cools en Gerard Koel - benadrukt als belangrijk onderzoeksdoel het belang van het beoordelen wat de *oorzaak of onderhoudende factor* (etiologie) is van de schouderklacht.

Echter zijn de oorzaken van schouderklachten bijna altijd *multifactorieel* bepaald, dus zowel intrinsieke als extrinsieke factoren dienen te worden onderzocht.

Het “Egmond-Schuitemaker” schouder protocol gaat daarom uit van een *biopsychosociaal denkmodel* (zoals het MDBB-model met de “emmermetafoor” en “gazonmetafoor”) en het concept van de *bindweefselplaten* (van diep naar oppervlakkig en van proximaal naar distaal). Het zoekt en behandelt de *primaire oorzaken*. Het schept *voorwaarden* door manuele therapie in enge zin, initieert *leefstijlverandering* en biedt *functionele oefeningen*, laagdrempelig, pijnvrij en met optimale controle met een op maat gesneden opbouw.

Binnen het ES-protocol is er gekozen voor het gebruik van de volgende reductietesten:

- de Scapula Assistance Test
- Scapula Reposition (ook: Retraction) Test,
- de Glenohumeral Relief Test
- de “Manus van alles” als symbiose van de voorgaande 3 testen (zie boek: Extremiteten, techniek 9.19a op bladzijde 424).

De patiënt zal na een pijnvrije “Manus van alles”- reductietest (concentrisch of excentrisch uitgevoerd, eerst in scaptie/anteflexierichting) gemotiveerd zijn om in de gesloten keten en met een katrolsysteem pijnvrij en met optimale controle 7 dagen per week te gaan oefenen.