


Vorbereiding SN bijeenkomst over KR model SNN.

De bijeenkomst gaat over het SNN klinisch redeneer model als mogelijk CDST (Clinical Decision Support Tool). Of het zover komt, is uiteraard afhankelijk van de interne drive / motivatie die je hebt betreffende dat model. Het doel van de avond is jullie te enthousiasmeren en op die wijze de kans te vergroten dat je positief staat tegenover dat model.

Als voorbereiding graag jullie attentie voor een tweetal artikelen die invloed hebben op de wijze waarop FT patiënten met SchouderPijn (SP) lichamenlijk onderzoeken:


Physical Therapy in Sport 16 (2015) 87–92



Contents lists available at [ScienceDirect](#)


Physical Therapy in Sport

journal homepage: www.elsevier.com/ptsp



Masterclass

Combining orthopedic special tests to improve diagnosis of shoulder pathology

 CrossMark

Eric J. Hegedus ^{a,*}, Chad Cook ^b, Jeremy Lewis ^c, Alexis Wright ^a, Jin-Young Park ^d

^a High Point University, Department of Physical Therapy, High Point, NC 27262, USA
^b Physical Therapy Program, Duke University, Durham, NC, USA
^c Physiotherapy, University of Hertfordshire, Department of Allied Health Professions and Midwifery, School of Health and Social Work, United Kingdom
^d Shoulder, Elbow & Sports Center, Konkuk University, Seoul, South Korea

[CLINICAL COMMENTARY]

JEREMY LEWIS, PT, PhD^{1,4} • KAREN MCCREESH, PT, PhD⁵
JEAN-SÉBASTIEN ROY, PT, PhD^{6,7} • KAREN GINN, PT, PhD⁸

Rotator Cuff Tendinopathy: Navigating the Diagnosis- Management Conundrum

Rotator cuff (RC) tendinopathy refers to pain and weakness, most commonly experienced with movements of shoulder external rotation and elevation, as a consequence of excessive load on RC tissues. Excessive load is a relative term and will and uncertainty as to the cause and location of the symptoms. Rotator cuff tendinopathy is commonly referred to as subacromial impingement syndrome. However, the belief that acromial irrita-

Blader de artikelen eens door, overdenk de volgende vragen en formuleer een mogelijk antwoord.

Artikel Eric Hegedus over clusteren.

Vraag 1: Wat is volgens jou clusteren en zou dat de FT helpen bij het stellen van een diagnose voor de SP van de patiënt?

Clusteren is het combineren van info uit anamnese (adequate hypothese, welke container, welke subcategorie), sociodemografische gegevens (leeftijd, geslacht), observatie, basisfunctie onderzoek en OST (Orthopedic Special tests) zodat meerdere info dezelfde kant op wijst en zodat de kans op fout – positieve bevindingen van het FT onderzoek afneemt. Bij alleen gebruiken van OST's is de kans op fout – positieve antwoorden groot en is de LR vaak matig.

Vraag 2: Onderstaand tabel 2 uit het artikel.

Table 2
Best test clusters from current literature.

Author(s)	Pathology	Test cluster	LR+	LR-
(Litaker et al, 2000)	Rotator cuff tear	1 Age > 65 and 2 Weakness in external rotation and 3 Night pain	9.84	0.54
(Park et al, 2005)	Rotator cuff tear (full thickness)	1 Age ≥ 60 and 2 + painful arc test and 3 + drop arm test and 4 + infraspinatus test	28.0	0.09
(Park et al, 2005)	Impingement	1 + Hawkins–Kennedy and 2 + painful arc test and 3 + infraspinatus test	10.56	0.17
(Farber et al, 2006)	Anterior instability (traumatic)	1 + apprehension test and 2 + relocation test	39.68	0.19
(Guanche & Jones, 2003)	Labral tear	1 + relocation test and 2 + active compression test	4.56	0.65
(Guanche & Jones, 2003)	Labral tear	1 + relocation test and 2 + apprehension test	5.43	0.67

- Kun je aangeven waarom deze clusters waardevol zijn?
- Welk cluster kun je vooral gebruiken om een aandoening te includeren / welk cluster kun je vooral gebruiken om een aandoening te excluderen?

De clusters zijn waardevol omdat de LR+ en LR- waarden voldoende zijn. Een aandoening includeren doe je met het cluster met de hoogste LR+: dus Farber; een aandoening excluderen doe je met het cluster met de laagste LR-: dus Park.

Artikel Lewis over SSMP's bij RC tendinopathy.

Vraag 1. Op de eerste 2 pagina's beschrijft Lewis de matige samenhang tussen de uitkomsten van klinische tests, MSU en MRI beeldvorming en daadwerkelijke SP. Op pagina 925 linker kolom schrijft hij:

These findings suggest that **central sensitization** is present in a proportion of people diagnosed with RC tendinopathy, and that the pain experienced may **not always relate to local pathology**.

Welke invloed heeft die constatering op het lichamelijk onderzoek door FT?

Als FT kiezen voor een basis provocatie test (wekt de test uit het basis functie onderzoek of de OST of een bepaalde performance test); dan kan het zijn dat de pijn provocatie veroorzaakt wordt door de sensitisatie (wel pijn maar niet perse berustend op schade). Het CZS van de patiënt met SP heeft voor de basis provocatie test een (te) lage prikkel drempel, alarmeert meer dan nodig is en dus ervaart de patiënt een (milde / moderate / sterke) pijngewaarwording. We testen dus het CZS en niet de perifere weefsels / orgaansystemen van de schouder.

Vraag 2. Op pagina 926 beschrijft Lewis een zevental SSMP's (zie foto's 1 – 7).

- Hoe worden die tests ook wel genoemd?

Reductie tests; of bij Mulligan: MWM's

- Wat vind je van de bruikbaarheid van die tests?

Praktisch goed bruikbaar; of je de aandoening in beeld hebt, of mogelijk (nog) niet in beeld hebt: je wilt als FT toch weten op welke wijze je de basis provocatie test kunt verminderen.

Die richting bepaalt voor een (groot) deel je interventie (die gericht is op het optimaliseren van de richting / stabiliteit van die reductie test)

- Ken je ook nadelen van die tests?

Je hebt een reproduceerbare basis provocatie test nodig.

De reductie moet duidelijk zijn (2 tot 3 VAS punten).

Liefst ook controleren door de reductie test te veranderen (de omgekeerde reductie dient tot meer pijn te leiden!)

Vraag 3. In tabel 1 beschrijft Lewis een klassering van RC tendinopathy in 3 categorieën en geeft ook adviezen voor het FT plan van aanpak.

Kun je je vinden in die indeling en in die adviezen?

Irritable / mechanical non – irritable / degenerative; lijkt praktische indeling met logische koppeling naar plan van aanpak.

N.b. 'oude' indeling was: normal – reactive – disrepair – degenerative (Cook & Purdam).