

Zakkaartje Schouderpijn

1. Wat zijn schouderklachten?	2. Indeling in 3 typen	3. Buiten scope: direct handelen
- Pijn van schouder/bovenarm, met of zonder bewegingsbeperking. - Gebied: van nekbasis tot elleboog. - Vaak langdurig en terugkerend beloop. - Herstel: ~30% na 6 wkn, 50% na 6 mnd, 60% na 1 jaar. - Hevige pijn en nachtpijn belemmeren het functioneren het meest.	- SAPS (subacromiaal pijnsyndroom): pijn/beperking in het abductietraject. Meest voorkomend (70-80%). - Glenohumeraal: pijn + beperking bij ábductie én exorotatie (frozen shoulder, artrose). - Overige: nek, AC-gewricht, instabiliteit. - Typen kunnen náást elkaar bestaan.	- Trauma met verdenking luxatie/fractuur/cuffruptuur → verwijs 2e lijn. - Denk aan zeldzame oorzaken (zie blok 9). - Klachten zonder duidelijke schouderoorzaak: breed kijken.
4. Anamnese: vraag naar	5. Lichamelijk onderzoek	6. Beeldvorming
- Duur, ontstaan, beloop en voorafgaand trauma. - Ernst: nachtrust, liggen op de zij, hinder thuis/werk. - Lokalisatie pijn, uitstraling, gevoel van instabiliteit. - Werk, sport/hobby en bijkomende neklachten. - Eerdere klachten + resultaat behandeling.	- Ontbloom bovenlichaam; vergelijk altijd beide zijden. - Inspectie: atrofie, standafwijking scapula, hematoom. - Actieve + passieve abductie → pijn/beperking = SAPS. - Passieve exorotatie → beperkt = glenohumeraal. - Palpeer AC-gewricht; test nekbewegingen. - Specifieke tests (Hawkins, Neer, Jobe) niet nodig.	- Niet in eerste 3 mnd bij niet-traumatische klachten. - Echo bij SAPS die na 3 mnd persisteert ondanks goede behandeling (ruptuur? calcificatie?). - Röntgen bij glenohumeraal + twijfel over diagnose. - Afwijkingen komen ook voor zónder klachten.
7. Beleid: stapsgewijs	8. Voorlichting & advies	9. Alert: zeldzame oorzaken
- Beleid SAPS én glenohumeraal is hetzelfde. - Voorlichting en adviezen (blok 8). - Zo nodig analgetica (paracetamol, NSAID). 3. Bij onvoldoende effect: pas analgetica aan; verwijs oefentherapie bij (dreigend) disfunctioneren; overweeg corticosteroïdinjectie bij hevige pijn.	- Exacte oorzaak vaak niet aan te wijzen; geen consequentie voor therapie. Beloop kan weken tot >1 jaar duren. - Ga door met dagelijkse bezigheden; vermijd wat de pijn duidelijk verergert. - Blijf bewegen; wacht niet tot de pijn wég is. - Verwijs naar Thuisarts.nl.	- Koorts, malaise, gewichtsverlies, verhoogd CRP/BSE → infectie/ontsteking. - Maligniteit in voorgeschiedenis → metastasen. - Uitstraling + tintelingen/krachtverlies → cervicaal radiculair. - Dyspneu, pijn op de borst, palpitations → hart/long. - Gewrichtsklachten elders → reuma.
10. Corticosteroïdinjectie	11. Verwijzen	12. Niet doen & controle
- Overweeg bij hevige pijn ondanks analgetica. SAPS: subacromiaal. Glenohumeraal: intra-articulair. 1 ml triamcinolonacetonide 40 mg/ml (+ evt. 1-10 ml lidocaïne). - Anatomisch geleid volstaat (echo niet nodig). - Herhaal evt. na 2-4 wkn; max. 2 injecties per episode. - Blijf de arm bewegen; rust/mitella niet nodig.	Oefentherapie (fysio/oefentherapeut) bij (dreigend) disfunctioneren. Orthopedie: volledige/complete cuffruptuur (terughoudend >65 jr); partiële ruptuur <50 jr met hoge belasting. Shockwave (1e lijn) bij calcificaties met onvoldoende effect. Bedrijfsarts bij (dreigend) langdurig verzuim.	Géén operatie (subacromiale decompressie) bij SAPS. Niet verwijzen voor dry needling, acupunctuur, kinesiotaping, spinale manipulatie. Controle bij aanhoudende hevige pijn, koorts na injectie of onvoldoende herstel. - Inventariseer herstelbelemmerende (werk/psychosociale) factoren.