Diagnostische testen en verwijzingscriteria bij schouderklachten door de huisarts.

Haio: VAN DE REYD Ellen , V.U.B.
Promotor:
Praktijkopleider: GODELAINE Lucas , HUBLOUE Ives , VANDENPLAS Yvan

Context: Als vervolg op mijn master thesis met als onderwerp:? Betrouwbaarheid van klinische testen bij de diagnose van instabiliteit op de consultatie? van een orthopedisch chirurg wil ik nu nagaan hoe de huisarts omgaat met schouderklachten en hoe deze tot een diagnose komt.

Onderzoeksvraag: Nagaan welke testen een huisarts uitvoert bij schouderklachten en wanneer hij gaat verwijzen. Hiertoe hebben we volgende vijf onderzoeksvragen: 1 Welke testen voert de huisarts uit tijdens zijn klinisch onderzoek? Houdt hij/zij zich hierbij aan de richtlijnen of gebruikt hij/zij nog andere testen? 2. Tot welke werkdiagnose(n) komt hij/zij? En hoe gaat hij/zij ermee om? 3. Welke behandeling stelt hij/zij voor? 4. Vraagt hij/zij bijkomende onderzoeken aan? Zoja welke? 5. Wanneer en om welke reden gaat de huisarts doorverwijzen naar een orthopedist?

Methode: Het gaat hier over een prospectief en observationeel onderzoek waarbij al de patiënten, in totaal 70, die zich in de periode van april 2011 tot en met februari 2012 op de consultatie aanmeldden met schouderklachten onderzocht worden volgens de normale gang van zaken. Bij al deze patiënten worden volgende bijkomende gegevens verzameld via een invulformulier ?schouderpathologie?: leeftijd, geslacht, beroep, handdominantie, antecedenten van trauma en/of sport, klachten, aanmeldingsklacht, aangetaste zijde, onderzoek op consultatie, diagnose en ingestelde behandeling, medisch beeldvorming, behandelende arts, verwijzing.

Resultaten: Van de 70 patiënten zijn er negen met impingement, drie met acriomioclaviculaire pathologie, 40 met tendinopathie, twee met calcificatie, een met instabiliteit en 15 met andere schouderpathologie. Uit de gegevens van het fysiek onderzoek blijkt dat elke arts de door NHG aanbeveelde testen uitvoert, maar aanvult met bijkomende schoudertesten die zich specifieker gaan richten tot impingement/ tendinopathie en in mindere mate tot de instabiliteitstesten. Bij 96% van de patiënten werd er een behandeling door de huisarts opgestart. Deze behandeling bestond het vaakst uit analgetica/NSAID/infiltratie wat conform de NHG standaard schouderklachten is. Er werd bij 64% van de patiënten medische beeldvorming aangevraagd. Als we naar de sensitiviteit en specificiteit van de testen kijken kunnen we besluiten dat, in deze studie, de door de NHG voorgestelde testen een redelijk hoge sensitiviteit behalen maar dat hun specificiteit laag is en dat de sensitiviteit en specificiteit voor de bijkomende testen te laag is om er conclusies uit te trekken.

Conclusie: Mijn studie is wat te kleinschalig om echte conclusies te trekken. Wat we wel kunnen besluiten is dat de deelnemende artsen naast de door NHG vooropgestelde testen nog andere testen gebruiken om tot een preciezere diagnose te komen. De behandeling die door de artsen werd ingesteld is conform de NHG standaard. Er werd enkel over gegaan tot medische beeldvorming wanneer de arts achtte dat dit een meerwaarde was voor zijn diagnose en beleid. Naar de toekomst toe kan het nuttig zijn om dit onderzoek op een veel grotere schaal uit te voeren om de NHG-richtlijnen verder te evalueren.