

### **Module 1: Primaire diagnostiek**

Er is nog onvoldoende onderzocht wat de toegevoegde waarde is van het maken van een röntgenfoto na repositie van de schouder bij een primaire anterieure schouderluxatie.

### **Module 2: Prognostische factoren**

Het is onduidelijk of de kosten van een chirurgische behandeling na een acute, primaire schouderluxatie opwegen tegen een conservatieve behandeling? Het is daarnaast onduidelijk welke patiënten een tweede dislocatie krijgen of instabiliteit ontwikkelen. Een passende onderzoeksvraag zou daarom zijn om te onderzoeken welke morfologische en pathologische (zoals botverlies) factoren voorspellend zijn voor instabiliteit op de lange termijn bij (jonge) patiënten na een primaire, gereponeerde, anterieure schouderluxatie.

### **Module 3: Repositietechnieken**

Er ontbreken studies die de drie groepen van technieken in voldoende patiënten met elkaar vergelijken voor repositie succes, maar ook repositieduur, pijnbeleving en complicatie risico.

Binnen de drie groepen van repositie technieken zijn er onvoldoende studies met voldoende patiënten die individuele technieken met elkaar vergelijken op repositie succes, maar ook repositieduur en pijnbeleving en complicatie risico. Hier kan worden overwogen om alleen technieken te vergelijken binnen de groep die al een gunstiger uitkomst hebben op basis van repositie succes, repositieduur, pijnbeleving en complicatie risico.

### **Module 4: Pijnstilling bij repositie**

Het is onduidelijk wat de waarde is van een blok middels intra-artculaire lidocaïne (IAL) is. Er werden ook geen geschikte RCTs gevonden, waarin matige-diepe sedatie danwel een blok middels intra-artculaire lidocaïne werd vergeleken met geen pijnstilling of placebo specifiek voor schouderluxaties.

### **Module 5: Operatieve behandeling**

Ook al concludeert de werkgroep dat in de groep van primaire luxatie een chirurgische interventie tot minder recidieven leidt dan een niet operatieve behandeling, is het alsnog onduidelijk welke patiënt het meest gebaat is bij een operatieve interventie na een eerste schouderluxatie. Dit vooral omdat de voorspellers van recidief na een niet operatieve behandeling gelijkwaardig zijn aan deze na een operatieve behandeling.

De kosteneffectiviteit van de operatieve behandeling ten opzichte van een fysiotherapeutische behandeling is onduidelijk. Dit mede vanwege van feit dat er weinig bekend is over de indirecte kosten van een (volgende) schouderluxatie.

### **Module 6: Immobilisatie**

Het lange termijneffect op persisterende instabiliteit indien geen immobilisatie wordt toegepast is onduidelijk. Een robuuste RCT waarin geen immobilisatie versus één week immobilisatie met als uitkomstmaten re-luxaties, persisterende instabiliteit, duur tot werk- en sporthervatting, range of motion en kinesiofobie is gewenst.

### **Module 7: Fysiotherapeutische revalidatie**

De waarde van fysiotherapeutische behandeling bij patiënten met een gereponeerde anterieure schouderluxatie blijft een kennislacune vanwege een gebrek aan literatuur.

### **Module 8: Organisatie van zorg**

Wat is de waarde van een case-manager bij de organisatie van zorg van schouderluxaties bij een gecompliceerd beloop (extended scope specialist)?

