

Addendum Pijnrevalidatie bij SAPS

Achtergrond

In de richtlijn chronische pijnrevalidatie wordt SAPS niet specifiek behandeld. Met de huidige tekst beoogt de richtlijnwerkgroep concrete handvatten te geven voor behandeling van SAPS binnen de gestelde kaders van de richtlijn [Chronische pijnrevalidatie](#).

Rol van de revalidatiearts

Overweeg verwijzing naar een revalidatiearts (met affiniteit voor chronische pijn en bij voorkeur ook voor de schouder) als pijnklachten persisteren ondanks adequate zorg, en ook als de pijnklachten en de ervaren beperkingen niet in relatie lijken te staan tot de gevonden pathologie. Onder adequate eerstelijnszorg wordt verstaan: fysiotherapie of oefentherapie gegeven door een therapeut met gebleken affiniteit met de schouder, eventueel in combinatie met ergotherapie en of psycholoog/POH-GGZ. Daar waar dat beschikbaar is is een Multidisciplinair eerstelijns revalidatietraject (MER) zeker te overwegen.

Het is vervolgens aan de revalidatiearts om te evalueren waarom de pijn en beperkingen zo hevig blijven. Redenen daarvoor kunnen bijvoorbeeld zijn:

- Pathologische redenen zoals nevenpathologie (denk bijvoorbeeld aan Neuralgische Amyotrofie, beperkingen in elleboog en polsfunctie etc)
- Gedragmatige redenen: te lang volgehouden of te vaak gerepeteerde houdingen en bewegingen, te weinig herstelmomenten of juist beweegangst.
- Mentale cq softwarematige aspecten: In chronische pijn spelen vaak nevendiagnoses als PTSS, depressies, maar zeker niet vergeten moet worden de Centrale sensitatie (zie o.a. [Central Sensitization Inventory – Meetinstrumenten in de zorg \(meetinstrumentenzorg.nl\)](#), <https://www.ntvg.nl/artikelen/uitleg-aan-patienten-met-onverklaarde-klachten>) Een heel nuttig en snel instrument voor Centrale sensitatie is de Central Sensitisation Inventory, CSI: <https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/Central-Sensitization-Inventory.pdf>

Essentieel in het consult van een revalidatiearts is dat de spreekuurtijd gebruikelijk lang genoeg is om een dergelijke multidimensionale screening te kunnen doen. Echter: niet elke revalidatiearts heeft affiniteit met schouders en met chronische pijn. Binnen samenwerkingsverbanden zijn die echter bijna altijd te vinden.

Behandelaanpak

Van de consulterend revalidatiearts moet verwacht worden dat die een meerdimensionale intake doet (met aandacht voor zowel de biologische, psychologische als sociale redenen en gevolgen van de klacht).

De uitkomst moet zijn dat op basis van een zorgvuldige afweging er een meerdimensionaal advies gegeven kan worden waarbij uiteraard het adagio geldt: makkelijk en dichtbij waar het kan, moeilijk en complex waar het moet. Het merendeel van de patiënten kan met een gericht advies terug naar de eerste lijn. Een IMSR traject is intensief en in de regel 4 maanden lang.

Een behandeladvies kan een stagnerend herstel vaak weer op gang helpen, maar gewaakt moet worden om standaard te kiezen voor de duurste therapievorm. Die is vaak niet nodig. Adviseer na een multimodale evaluatie bij voorkeur voor de minst ingrijpende therapievorm, te weten een net anders ingestoken eerstelijns oefentherapie.

Bio-Psycho-sociale aspecten

Bij elke patiënt met chronische pijn, dus ook bij SAPS, is er vaak een belangrijke onderhoudende reden.

Als anatomische/pathologische redenen uit te sluiten zijn (denk aan bijv. cervicale radiculopathieen, plexusletsels zoals Neuralgische Amyotrofie, maar ook longtoptumoren), overweeg ook een niet-pathologische/anatomische oorzaak. Er is vaak sprake van persisterend gedrag (te lang, te vaak, te zwaar, ergonomisch onhandig), een persisterende houding (mn hoogstand van de schouders, anteflexie in de schouder, hyperflexie van de nek, App-Houding), een gestoord pijnsysteem (volgens de literatuur al aantoonbaar vanaf 3 maanden pijn) en achterliggende psychopathologie.

Echter: Er is onvoldoende kennis van die aspecten van chronische pijn bij meer somatisch ingestelde behandelaren, en dus ook te weinig alertheid. De meeste curricula bieden daar onvoldoende ruimte aan. Maar ook is er anderzijds weinig bewustzijn van de complexiteit van het schoudergewricht bij pijntherapeuten en -revalidatieartsen.

Een nieuw curriculum binnen de opleidingen voor artsen en therapeuten kost tijd en volharding, echter een wat bredere scope met kennis van andere dan anatomische aspecten maakt een behandelaar zeker niet slechter. Geef in de opleidingen meer aandacht aan de Bio-Psycho-sociale aspecten van chronische pijn, vooral binnen de bestaande schoudernetwerken.

De werkgroep is van mening dat een patient met een SAPS verwezen dient te worden naar een pijnspecialist bij een (dreigend) chronisch pijnsyndroom en ter uitsluiting van overige pathologie. Zie ook de richtlijn [Chronische pijnrevalidatie](#).

Kennisvragen

Volgens de Grade systematiek is de bewijskracht voor Interdisciplinaire Medisch Specialistische Revalidatie zeer beperkt. Redenen daarvoor zijn onder anderen dat de patiëntenpopulaties zeer divers zijn (er weinig homogeniteit is, en in essentie SAPS niet specifiek benoemd is maar gevangen in Musculoskeletale klachten), dat dubbelblind gerandomiseerd onderzoek (vrijwel) onmogelijk is, en dat ook de interventie internationaal zeer uiteenloopt. Voor toekomstige bewijsvorming wordt daarom gewerkt aan meer bij dergelijke interventie passende onderzoeksdesigns.