



Registratierichtlijn

D024 Beroepsgebonden subacromiaal pijnsyndroom
(SAPS)



Nederlands Centrum
voor **Beroepsziekten**

Registratierichtlijn

D024 Beroepsgebonden subacromiaal pijnsyndroom (SAPS)



Nederlands Centrum voor Beroepsziekten

Coronel Instituut AMC/UvA

Postbus 22660

1100 DD Amsterdam

tel. 020 566 5387

e-mail: ncvb@amc.nl

Registratierichtlijn

D024 Beroepsgebonden subacromiaal pijnsyndroom (SAPS)

CAS-code L687

Bij deze richtlijn hoort een [achtergronddocument](#)

Registratierichtlijn

In de Nederlandse huisartsenpraktijk bedraagt de prevalentie van schouderaandoeningen 35 patiënten per 1000 patiënten per jaar. In de algemene Nederlandse bevolking wordt de jaarlijkse prevalentie van schouderpijn geschat op 31%. Van deze groep is circa 60% vrouw. De incidentie is in de leeftijdscategorie ouder dan 20 jaar groter voor vrouwen dan voor mannen. De incidentie neemt toe met de leeftijd tot de leeftijdscategorie van 50-59 jaar en neemt daarna geleidelijk af (NHG 2008).

Een schouderaandoening is een beroepsziekte als deze in overwegende mate veroorzaakt is door belastende fysieke risicofactoren in het werk. In 2015 was de incidentie van deze beroepsziekte 13 per 100.000 werknemers (met een 95% betrouwbaarheidsinterval van 9,9 tot en met 15,8) in Nederland (BIC 2016).

Stap 1. Vaststelling van de aandoening

Hoewel schouderklachten vaak vóórkomen, is het moeilijk om een eenduidige anatomische diagnose te stellen (Nederlandse Orthopaedische Vereniging, 2012). Daarom wordt in deze beroepsziekteregistratierichtlijn voor schouderaandoeningen aangesloten bij de diagnostiek van de multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van het subacromiaal pijn syndroom (SAPS)' van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (2012). De case-definitie is: 'alle niet-traumatische (meestal unilaterale) schouderklachten die leiden tot pijn, veelal verergerend tijdens of aansluitend aan het heffen van de arm, waarbij het aannemelijk is dat structuren in subacromiale ruimte hierbij een rol spelen'. De verschillende diagnoses, zoals bursitis, tendinosis calcarea, supraspinatus tendinopathie, partiële scheur van de rotator cuff, bicepspees tendinitis of rotator cuff syndroom behoren dus tot SAPS.

De multidisciplinaire richtlijn (Nederlandse Orthopaedische Vereniging, 2012) geeft aan om de diagnose SAPS te stellen op basis van meerdere positieve fysisch diagnostische testen.

Symptomen en oriënterend onderzoek

- Vaststellen van pijnklachten in het subacromiale gebied verergerend bij heffen van de arm;
- Oriënterend en initieel onderzoek naar actieve en de passieve abductie en de passieve exorotatie, alsmede palpatiepijn van het acromioclaviculair gewricht. Hiermee kan een inschatting worden gemaakt of sprake is van een SAPS;

Diagnostische testen

- Minimaal twee fysisch diagnostische testen te doen zoals de impingement (Neer) test, Hawkins test, painful arc test, empty can test (volgens Jobe) en de exorotatie tegen weerstand test. Afgeraden wordt de diagnose SAPS vast te stellen op basis van een enkele positieve fysisch diagnostische test. Voor een uitgebreide beschrijving van de klinische tests wordt verwezen naar Hermans et al. (2013), Moen et al. (2010) en Moen et al. (2008).<link https://www.leloux.nl/wp-content/uploads/2014/05/schouder_testen.pdf >;
- Aanvullend beeldvormende diagnostiek in de vorm van echografie van de schouder om een rotator cuff ruptuur uit te sluiten bij patiënten met kenmerken van SAPS, die niet of onvoldoende reageren op behandeling, Te overwegen valt dit onderzoek te combineren met conventionele röntgenopnamen van de schouder voor het vaststellen van artrose, meer zeldzame ossale afwijkingen en kalkdeposities. MRI van de schouder kan (aanvullend) worden verricht als echografisch onderzoek geen duidelijke bevindingen geeft of bij complexe(re) schouderproblematiek.

Stap 2. Vaststellen van de relatie met werk

Bij het beoordelen van de mogelijke oorzakelijke relatie van SAPS met werk en de sterkte van het verband zijn associatiematen van belang. Voor een populatie werknemers met een bepaalde blootstelling of een bepaalde beroepsgroep wordt een ziekte of aandoening aangemerkt als beroepsziekte als de etiologische fractie door risico's in het werk $\geq 50\%$ is. Het relatief risico is dan twee of groter. Een etiologische fractie van 50% impliceert dat onder de zieke blootgestelde personen 50% van de ziekten te wijten is aan de blootstelling. Op individueel niveau dient de bedrijfsarts te bepalen of SAPS bij de werknemer in overwegende mate wordt veroorzaakt door het werk op basis van op populatieniveau verkregen evidence-based risicofactoren.

Bij het vaststellen of er een oorzakelijk verband met werk zou kunnen zijn voor een individuele werknemer is ook de tijdsrelatie van belang (klachten gevolg van werk, na verandering van werk, verergering van klachten door werk of specifieke taken, klachten minder na vrije dagen).

Stap 3 Vaststellen van aard en niveau van de oorzakelijke blootstelling

Wanneer is er bij SAPS sprake van een beroepsziekte? Voor de vaststelling worden de onderstaande risicofactoren gehanteerd. Het NCvB hanteert per risicofactor een voor de bedrijfsartsenpraktijk eenduidig en toepasbaar blootstellingscriterium, ondanks de variatie in spreiding van duur, frequentie en intensiteit van de risicofactoren zoals beschreven in de medische literatuur.

Risicofactoren	Blootstellingscriteria
Herhaald en/of langdurige armheffing >60°	Dagelijkse werken met de hand op of boven schouderhoogte van ≥ 1 uur per dag.
<i>Of twee van onderstaande risicofactoren</i>	
Repetitief werk met hand en/of arm	Dagelijks laag repetitief werk van ≥ 4 hand-arm bewegingen per minuut gedurende ≥ 1 uur per dag of hoog repetitief werk met >15 hand-arm bewegingen per minuut gedurende $\geq 0,5$ uur per dag.
Krachtsuitoefening met hand-arm	Dagelijks regelmatig of langdurig kracht leveren met de handen van $\geq 10\%$ van de maximaal vrijwillig te leveren kracht of regelmatig hoog ervaren krachtsleverantie met de handen (meer dan 2,5 op een schaal van 0=licht - 4=bijna maximaal).
Hand-arm trillingen	Dagelijks werken met trillend handgereedschap met trillingsemissie van $>2,5 \text{ m/s}^2$ (8 uren gemiddelde).

Stap 4. Nagaan van andere mogelijkheden en de rol van de individuele gevoeligheid

Persoonsgebonden factoren die samenhangen met het risico op SAPS zijn leeftijd (veroudering), genetische componenten bij degeneratie van pezen en dyskinesie van de scapula (Nederlandse Vereniging voor Orthopaedie, 2012).

In de studies naar werkgebonden risicofactoren wordt in een aantal studies gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd, BMI, roken, co-morbiditeit (zoals reuma, diabetes), schouderbelastende sportactiviteiten, acuut (eerder) trauma en eerdere schouderpijn.

Stap 5. Concluderen en melden

Er is sprake van een beroepsziekte als de schouderaandoening (SAPS) in overwegende mate veroorzaakt is door blootstelling aan belastende fysieke factoren in het werk.

Voor de vaststelling van SAPS als beroepsziekte dienen twee fysieke factoren aanwezig te zijn of een hoge blootstelling aan één fysieke factor (zie de tabel in stap 3 hierboven). Is dit het geval dan kan de schouderaandoening met Cas-code L687 als beroepsziekte worden gemeld bij het NCvB.

Stap 6. Preventieve maatregelen en interventies inzetten en evalueren

De multidisciplinaire richtlijn SAPS (2012) adviseert om voor de preventie van SAPS bij werkenden rekening te houden met risicovolle arbeidsomstandigheden. Er is weinig onderzoek gedaan naar het effect van interventies ter preventie van (nieuwe of herhaalde) SAPS. Op basis van deze beroepsziekte registratierichtlijn kunnen preventieve interventies - zonder informatie over de mate van bewijs inzake de effectiviteit van preventie op SAPS - ingezet worden op terugdringen van:

- armelevatie (hoog en/of langdurig);
- kracht uitoefening met (boven)armen (hoog en/of langdurig) tijdens het werk;
- hand-armtrillingen (hoog trillingsniveau en/of langdurig) tijdens het werk;

Een literatuuronderzoek van het NCvB naar het effect van preventieve interventies voor schouderklachten liet positieve effecten zien voor de volgende maatregelen: aanpassing van werktijden en werksnelheid; meer ontspanning / extra pauzes; vermindering van armheffing, inclusief aanbevelingen om zo vaak mogelijk pauze te nemen, ontspanning(soefeningen) van de schouder en nek, en het gebruik van hulpmiddelen zoals het instellen van de werkhoogte en krachttrainingsprogramma's van spiergroepen rondom de schouder.