

Onderdelen consult tijdens ECS-schouder poli (november 2021)

Uitvoering FT klinisch onderzoek bij ECS-schouder met antwoorden op **4 kernvragen**.

Toelichting tijdens de 4 extra ECS-schouder bijeenkomsten in oktober/ november 2021.

- Aan: SNT-deelnemers aan ECS-schouder project (n= 15)
- Van: SNT-bestuur vakinhoud, Gerard Koel

Deze tekst kent 4 onderdelen:

- | | |
|--|-----------|
| 1- Acties voorafgaand aan consult (A – B) | pagina 01 |
| 2- Acties tijdens consult met name het klinisch onderzoek (C – L) | pagina 03 |
| 3- Acties volgend op het consult | pagina 09 |
| 4- In bijlage 1 de acties die tijdens het MSU-onderzoek plaatsvinden | 10 |

Groen zijn de 4 kernvragen die in het korte verslag naar de HA gaan (**resp. K4, J1, K5 en L4**).

- 1- **Diagnose/ klassering van het SP/ gezondheidsprobleem**
Tien categorieën; zo nodig inclusief SoMCoP model
- 2- **Mate van reactiviteit/ responsiviteit van patiënt met schouderprobleem**
3 categorieën: normaal – hoog – sterk verhoogd
- 3- **Beantwoorden centrale vraag:** zijn er moverende redenen om deze SP-patiënt te adviseren de tweede lijn in te gaan; OF NIET! Zes opties.
- 4- **Vaststellen of patiënt het begrijpt & instemt;** 3 categorieën
grotendeels eens en stemt in, neutraal, grotendeels oneens met interpretatie

ACTIES VOORAFGAAND AAN ECS-SCHOUDER CONSULT; DIGITAAL AANBIEDEN: A-B

A. Verwijzing komt binnen via ZorgDomein

Onze **ECS-contactpersoon** maakt afspraak met verwezen SP-patiënt.

Toekennen VNZ-code zodat patiënt terug te vinden is. Ook code poli aangeven.

Geeft info over gewenste gedrag van de SP-patiënt (inclusief flyer).

Ook evaluatie digitaal 4 – 9 maand na consult alvast aangeven.

B. Vragen voorafgaand aan consult (via EPD-software van 'de' praktijk):

1- Sociodemografische vragen

- leeftijd: jaren
- geslacht: M/ V/ trans
- lengte: meters, centimeters
- gewicht: kilo
- werk: betaalde baan – zonder werk – afgekeurd – vrijwilligerswerk – student
- werkt (betaald of vrijwillig) u (deels) niet vanwege uw SP? Ja/ Nee
- sport: regelmatig (paar keer per week) – af en toe – niet
- sport u momenteel (deels) niet vanwege uw SP? Ja/ Nee

2- SP-specifieke vragen

- welke zijde is zijde met (de meeste) klachten: rechts of links

- dominante of niet-dominante zijde
- locatie pijn >> meerdere keuzes (14) zijn aan te kruisen;

Zo mogelijk met een plaatje van de schouder:

- voorzijde schoudergewricht
- zijkant schoudergewricht
- achterkant schoudergewricht
- pijn in de bovenarm
- pijn in de elleboog regio
- pijn in de onderarm
- pijn in pols, hand en vingers
- pijn in de nek
- pijn tussen de schouderbladen
- pijn ter plekke van het schouderblad
- pijn rond het sleutelbeen
- pijn in de borst
- pijn in de lage rug
- pijn ook in de andere schouder

- locatie meest pijnlijke plek (keuze uit rijtje boven)

is er een meest pijnlijke plek, zo ja, welke:

- en zo ja; wat is de pijnscore (NPRS 0 - 10) op die meest-pijnlijke plek

gemiddeld (0-10) de afgelopen week 0 - 10

wat is de score (0-10) in rust: 0 - 10

wat is de score (0-10) bij inspanning 0 - 10

- hoe lang heeft u bovengenoemde SP: jaren, maanden, weken

- hoe is het beloop tot nu toe?

Stabiel, wordt erger, wordt minder erg, is een wisselend beeld

- is naast pijn ook sprake van onvermogen, minder kracht: Ja/ Nee
- is naast pijn ook sprake van een beperkte beweeglijkheid: Ja/ Nee
- gebruikt u pijnmedicatie: Ja/ Nee
- heeft u het laatste half jaar een schouder-injectie gehad: Ja/ Nee
- bent u eerder aan deze schouder geopereerd Ja/ Nee
- heeft u voor uw huidige SP-episode al fysiotherapie gehad: Ja/ Nee
- Zo ja, was u tevreden over die FT behandeling: Ja/ Nee/ deels

3- Vaste vragenlijsten

- **3S vragenlijst** (10 stellingen Ja/ Nee)

Minder dan 4 potentieel ongunstige prognostische factoren is meestal tevredenstellend hoewel 1 erg relevante prognostische factor genoeg kan zijn voor een negatief beloop.

I.h.a. geldt hoe meer – prognostische factoren (4 of meer), hoe groter de kans op een negatief beloop.

Blijft een screenende lijst >> dus verder bevragen >> eventueel een

specifieke lijst laten invullen (zie uitwerking anamnese)

- **PSEQ** (10 statements) 0 – 6; totale score 0 – 60.

Zelfredzaamheid, adequaat kunnen omgaan met pijn, ondanks pijn voldoende functioneren is een belangrijke prognostische factor.

Hoe hoger de score, hoe meer zelfredzaamheid; afkappunt is 30 punten dus: kleiner gelijk 30 betekent onvoldoende zelfredzaamheid vanwege SP; > 30 punten: voldoende zelfredzaamheid.

MCIC= 7 punten; MDC= 16 punten (= dus grote onnauwkeurigheid)

- **SPADI**: 13 statements scorend 0 – 10, dus totaal score 0 – 130 punten.

Er is sprake van een totaal score en een score op domeinen pijn (eerste 5 stellingen) en functie (laatste 8 stellingen).

Gebruikelijk worden alle drie de scores aangegeven met een getal tussen de 0 en de 100; hoe dichterbij 100 hoe meer pijn en hoe minder ADL functioneren.

Afkappunten totaal 50 punten (>50= hoge score); SPADI-pijn 0-100 punten (>60= hoge score) en SPADI-functie 100 punten (>50= slecht functionerende schoudergordel).

De MCIC en MDC-scores zijn rond de 10 punten.

- 4- Eigen inschatting over deelname aan ECS-schouder project: pos./ neutraal/ neg.
 - positief, interpretatie schouder-gespecialiseerde FT is waardevol
 - neutraal, ik doe mee omdat mijn huisarts dat adviseert
 - negatief, extra obstakel, ga liever direct naar de orthooped

ACTIES TIJDENS ECS-SCHOUDER CONSULT: acties C- L

- C. In de praktijk, start ECS-schouder poli in de praktijk; beoordeling in principe door FT.

Anamnese, kennismaking en inleidend Kunnen beide FT doen.

- 1- Voorstellen, hartelijk welkom, fijn, u kent doelen & consequenties? +/- -
- 2- Doorlopen punten 1 en 2 van de digitale intake, zo nodig aanvullen
- 3- Vraag patiënt naar inschatting van de prognose van de SP. +/- -
- 4- Vraag patiënt naar de verwachtingen omtrent fysiotherapie. +/- -

Dan vervolgen met stap D of met **MSU-onderzoek (zie bijlage & apart artikel)**.
Maak gebruik van het, binnen de MSU-groep, afgesproken format met zowel positieve als negatieve onderzoek-bevindingen. De gegevens worden zodanig weergegeven dat de consult-vragende huisarts die additioneel kan raadplegen.

- D. **Anamnese gericht** op vaststellen vermoedelijke diagnose probleem SP-patiënt
 - 1- Meest relevante probleem: pijn – stijfheid – krachtsverlies – functieverlies
 - 2- Pijnlocatie(s); liefst met figuur
 - 3- Meest pijnlijke plek; is die er, zo ja waar (B-2); NPRS
eventueel met interpretatie: AC, sensitatie, ventraal, scapulair?
 - 4- Is sprake van een biomechanisch beloop? FT: Ja, nee, twijfel

- 5- Is sprake van voorspelbare pijn met provocatie/ reductie? FT: Ja/ Nee
 6- Is, naast constant beeld, ook sprake van onverwachte pijnscheuten? Ja/Nee
 7- Is sprake van nachtelijke pijn met gestoorde slaapfunctie? FT: Ja/ Nee

CSM vragen (Common Sense model met open vragen & evaluatie FT): **Facultatief**

Je kunt onderstaande 6 vragen expliciet stellen maar we kunnen ook afspreken dat we als professional de stelling beantwoorden:

Deze patiënt heeft voldoende inzicht in zijn/ haar SP: Ja/ Nee/ Twijfel

- 8- Wat is uw (= patiënt) mening over de SP? FT: passend/ niet passend
 9- Wat is uw mening over de prognose (tijdlijn)? FT: passend/ niet passend
 10- Wat is volgens u de oorzaak voor de aanhoudende SP? FT: p/ niet p
 11- Wat zijn mogelijke redenen dat huidige beleid niet heeft geholpen? p/ np
 12- Kunt u er zelf de SP op positieve wijze beïnvloeden? FT: p/ niet p
 13- Maakt u zich veel zorgen om het beloop en de invloed op uw leven? p/ np

E. Analyse van de 3S lijst/ PSEQ lijst/ SPADI score en mogelijk extra vragenlijsten

Zo nodig laten volgen door gerichte vragenlijst om item te kwantificeren.

Zie de afkappunten die onder B3 zijn beschreven.

Vraag door op de items die op de 3S lijst positief zijn beantwoord >> stel na toegevoegde vragen vast op sprake is van een relevante prognostische factor en kies zo nodig ter kwantificatie een extra vragenlijst.

Item 3S lijst	Bevragen, evt. extra lijst	Afkappunt/ evaluatie
1: Gestoorde slaap	Inflammatie, disstress?	Evt. CSI (>=40 pt), 4DKL
2: Uitstraling, tinteling o.arm	Segmentale sensitisatie	Segmentaal onderzoek
3: Onderhands kratje tillen	Vermijdend, catastroferend	Tampa schouder (> 37 pt)
4: Aspecifieke pijnlocatie	Centrale sensit. bevragen	Evt. CSI (>= 40 pt)
5: Vertrouwen in FT beleid	Cognities uitvragen	Evt. PijnKennis lijst (<6 pt)
6: Somber of zelfs depressief	Meer dan 'slechts' SP	PHQ-9 (0-27, score>4, >9)
7: Zelfredzaam, + over QoL	Te ontwijkend, weinig actief	PSEQ (<=30 pt)
8: Inactief, bewegingsangst	Te weinig vertrouwen, bang	Tampa schouder (> 37 pt)
9: Oefentrouw	Zelfmanagem., eigen regie	ESEQ lijst (<= 50%)
10: Ervaren ernst	Cognitie/ beleving pijn	Evt. PijnKennis lijst (<6 pt)

- 1- SPADI scores: algemeen > 50 punten Ja/ Nee
 SPADI-pijn > 60 punten Ja/ nee
 SPADI-beperkingen > 50 punten Ja/ Nee
 2- PSEQ score < 30 punten Ja/ Nee
 3- Aantal positieve items in 3S lijst >3 Ja/ Nee
 4- Extra vragenlijsten laten scoren Ja/ Nee
 5- Welke vragenlijst, welke score? Open vraag

F. Formuleren voorlopige hypothese >> SNN-containers Facultatief (deels in je hoofd)

- SAPS container: primair (evt. met calcificatie)/ secundair
- Container stijve schouder: concentrisch/ unidirectioneel
- Container Instabiele schouder vermoedelijk nauwelijks in SP-populatie
- Container Posttraumatische schouder ook nauwelijks in SP-populatie
- SP als Chronisch PijnSyndroom
- Divers, mogelijk SP op basis van andere aandoening

G. Inspectie en observatie (met evt. paar functionele bewegingen)

Deels facultatief FT beantwoord wel de stelling:

Deze SP-patiënt heeft geen relevante inspectie/ observatie bevindingen: Eens/ oneens

Bij oneens: geef aan welke aspecten mogelijk wel relevant zijn:

- algemene houding OK/ sway back/ kyfolordose/ scoliose
- schouderhoogte re/ li, NS schouderhoek: OK/ hoogstand/ laagstand
- atrofie schouderpijnen geen atrofie/ wel atrofie
- scapula positie in rust: OK/ type 1 (ant.tilt)/ type 2 (alata)/ type 3 (neerw.)
- scapula kinesie bij elevatie: normale kinesie/ afwijkende kinesie
- van opzij, elleboog/ HH: normaal/ >20 gr. flexie ell. & HH ventraal
- functionele bewegingen: normaal/ niet normaal (disfunctionele motor c.)

H. Basisfunctie onderzoek

1- Actieve ROM

Actieve elevatie via anteflexie, scaptie en/ of abductie:

- amplitude normaal – beperkt -
- coördinatie normaal – afwijkend (disfunctionele mc)
- pijnlijk nee - ja, bij ja: halverwege of eindstandig
- gedrag patiënt bij AROM normaal – ontwijkend – catastroferend

2- Passieve ROM

- eindgevoel elevatie normaal, langverend – kort - pijnlijk
- PROM GH abductie normaal (ampl.&eindgevoel) - beperkt
- PROM GH exorotatie met elleboog in de zij idem

Is er verschil tussen AROM en PROM? Ja/ nee

Is sprake van een normaal eindgevoel? Ja/ nee

Is sprake van angst/ catastroferen? Ja/ nee

3- Weerstand tests

Durft patiënt kracht te genereren? Ja/ nee

Vergelijking pijnlijke/ gezonde zijde In orde/ minder

Is sprake van angst/ catastroferen? Ja/ nee

Is juist sprake van te hoge inzet/ perseverance/ overmatig performen?

Ja/ nee

I. **Klinische tests** (**Facultatief** uit te voeren naar keuze in proces van klinisch redeneren)

1- Klassieke SAPS-test: Jobe test: positief of negatief?

In geval positief: wel normale performance? Of angst/ grimassen?

Andere klassieke SAPS-test +? HK test – Neer test – Yocum test

2- Zijn er tekenen van een massieve RC-ruptuur?

‘slecht’ actief bewegen, drop arm test, + lag tests

3- Cluster PSI +: weerstand exo – eindst. elevatie – apprehension in 120 gr.

4- Zijn er positieve SSMP's? Zo ja, welke?

Scapula: SAT/ SRT, GH: voor/ achter (band), CTO-rotatie, TWK-extensie

4- Tests GH mobiliteit (betreft uitbreiding punt H-2)

Concentrische bewegingsbeperking: FS, artrose, gewricht anders

Unidirectionele bewegingsbeperking:

- ventraal-craniaal: exo in adductie beperkt

- dorsaal: GIRD 90 abd/ GIRD 90 ante/ zijlig hor. adductie

- caudaal: HAT

5- Cluster AC +? Lokale pijn/ O'Brien/ hor. Adductie/ resisted extension

6- Andere klinische test omdat ander type SP is verwezen:

- Tests bij posttraumatische TUBS-schouder (labrum tests)

- Tests bij MDI AMBRI schouder (sulcus, L&S, HAT)

J. **Aangeven reactiviteit (1), vermoedelijke diagnose (2) en scoren van de 4 SoMCoP disfuncties** in het perspectief van motivatie voor nader onderzoek/ behandelen in tweede lijn (3).

1- **Mate van reactiviteit/ responsiviteit van patiënt met schouderprobleem**

- normale reactiviteit (normaal eindgevoel, respons provocatie tests)

- licht verhoogde reactiviteit (hoge NPRS, eindgevoel slecht vast te stellen, te sterke respons op tests, segmentale sensitisatie)

- sterk verhoogde reactiviteit (specifiek beeld met veel pijn, met mentale aspecten, niet slapen, - controle, centrale sensitisatie)

2- Vermoedelijke diagnose:

- Primaire SAPS (eventueel schade/ calcificatie bij MSU)

- Secundaire SAPS (aangeven welke factoren)

- Stijve schouder concentrisch

- Stijve schouder unidirectioneel

- Instabiele schouder

- SP met aspecten Chronisch pijn syndroom

- Lastig te klasseren, mogelijk andere etiologie

3- Scoren SoMCoP model (zie hand-out voor te beoordelen disfuncties):

Aanwezige disfuncties	Punten 1-10	Welke aspect bepaalt de score voor die disfunctie?	Motivatie voor onderzoek/ behandelen in de tweede lijn
Somatische disfuncties			
Mentale disfuncties			
Cognitieve disfuncties			
Procesmatige disfuncties			
Totaal: 10 punten		Opmerkingen:	

K. Overleg tussen beide SNT-fysiotherapeuten (met conclusies omtrent advies)

- 1- Klinisch FT brengt punten in (Punt J: reactiviteit, hypothese & SoMCoP)
- 2- MSU FT brengt bevindingen van de beeldvorming in
maar tevens cognities/ gedrag SP-patiënt tijdens de beeldvorming
- 3- Grondvorm van pijn, classificatie:
nociceptief, nociplastisch, neuropatisch of mengvorm/ idiopathisch
Voorstel; deel net als bij SoMCoP 10 punten uit; welke grondvorm is het meest aanwezig bij die SP-patiënt (zie toelichting in mail):

Nociceptief		Nociplastisch		Neuropatisch		Idiopathisch	
-------------	--	---------------	--	--------------	--	--------------	--

4- FT'en komen in overleg tot diagnose/ klassering:

- Primaire SAPS
 - relatief kleine RC-disfunctie, weinig krachtsverlies
 - relatief grote RC-disfunctie, duidelijk minder kracht
 - beeld van een massieve RC-ruptuur, actieve instabiliteit
- Primaire SAPS met calcificatie (locatie, grootte, Farin A, B of C)
- Secundaire SAPS met als onderhoudende factoren:
 - hypomobiliteit GH kapsel
 - functiestoornissen CWK, CTO, TWK
 - functiestoornissen LWK en onderste extremiteit
 - scapula dispositie en diskinesie
 - slechte coördinatie/ motor control
 - anders of combinatie van factoren
- Stijve schouder met concentrische bewegingsbeperking
FS beeld (stadium 1, 2 of 3) of Omartrosis beeld

- Stijve schouder met unidirectionele bewegingsbeperking
 - ventrale GH-kapsel met kort RC-interval
 - caudale GH-kapsel met korte caudale hangmat
 - dorsale GH-kapsel met GIRD
- SP met aspecten chronisch pijn syndroom
 - zie SoMCoP model: MCoP-disfuncties
- SP met instabiliteit, nadruk op passieve GH instabiliteit
- SP met instabiliteit, nadruk op actieve GH en ST instabiliteit
- SP mede op basis van andere aandoeningen
 - reumatologie, neurologie, interne organen, AC, SC, CTO, CWK
- SP o.b.v. combinatie van bovengenoemde diagnoses

- 5- **Beantwoorden centrale vraag:** in principe eerste of wel naar tweede lijn.
- eerste lijn begeleiding door huisarts (uitleg, medicatie)
 - eerste lijn begeleiding huisarts inclusief injectie: SA of intra-articulair
 - eerste lijn met gerichte fysiotherapie
 - tweede lijn zonder spoed (mono of multidisciplinair)
 - tweede lijn met spoed
 - geen verdere acties nodig

L- **SDM-gesprek met de SP-ECS-patiënt**

- 1- multimodale analyse bespreken
- 2- diagnose benoemen en uitleggen
- 3- advies (zie boven K punt 4) bespreken
- 4- **Vaststellen of patiënt het begrijpt & instemt?** Kies uit 3 opties

(grotendeels) eens met de conclusies/ neutraal/ (grotendeels) oneens met de conclusies

- 5- inschatting taalvaardigheid patiënt in orde/ te laag/ twijfel
(n.b. taalvaardig is ook beetje gezondheidsvaardig)

ACTIES NA AFLOOP VAN ECS-SCHOUDEER CONSULT: acties M – P

M- Verslag naar HA via ZorgMail in 2 stappen (vanuit eigen EPD-software)

Er is een vast format om advies aan HA te verstrekken: een kort en bondig advies in **4 groene items** & de mogelijkheid voor de HA een uitgebreide pdf in te kunnen zien met achtergrondinformatie.

Het korte deel graag a.s.a.p. verzenden; extra info kan eventueel later.

N- Zo nodig informeren van behandelend collega.

Adviseren omtrent passende behandelend fysiotherapeut.

O- Welke extra info/ flyers hebben we verder nodig?

N.B. dienen we nog te ontwikkelen! Blijft wel een diagnostische poli, hoe ver gaan we m.b.t. het geven van advies aangaande het plan van aanpak?

P- Digitale evaluatie na 4 – 6 maanden door ECS-contactpersoon.

Vier aspecten:

- tevredenheid ECS-consult met Likert scale/ GPE-score, ook digitaal?
- consult sec & strategie/ proces van ECS-schouder project
- gehouden aan advies (effect van ECS-schouder poli),
- tweede SPADI-lijst
- nut van ECS-consult schouder met Likert scale/ GPE-score

Ook vragen naar effectiviteit van behandeling. Expliciet: toch bij de medisch specialist terecht gekomen. Alleen naar de patiënten die het advies eerste lijn

Bijlage 1: Te beoordelen items in het ECS-schouder MSU-onderzoek

Transducerpositie	Item	Re/li	Opmerking
1	<p><i>Geen intra-articulair vocht in de sulcus bicipitalis</i></p> <p><i>Intra-articulair vocht in sulcus bicipitalis</i></p> <p><i>Normaal aspect en normale verhouding dikte craniale bicepspees en lig. CHL</i></p> <p><i>Craniale deel bicepspees is verdikt en homogeen, passend bij tendinose/tendinopathie van bicepspees</i></p> <p><i>De bicepspees toont luxatie/subluxatie naar mediaal</i></p> <p><i>De bicepspees is geluxeed en ligt ventraal van tub. minus</i></p> <p><i>De bicepspees is geluxeed en ligt in de distale m. subscapularis</i></p> <p><i>Non-visualisatie van biceps caput longum, passend</i></p> <p><i>Afwezigheid van fibrillaire structuur van bicepspees, passend bij fibrosevorming na oude ruptuur</i></p> <p><i>De m. biceps toont een ruptuur</i></p> <p><i>Er is sprake van een bifide biceps caput longum</i></p> <p><i>Verdikte en hypoechogene biceps caput longum, passend bij tendinose/tendinopathie</i></p> <p><i>Habermeyer Groep 1</i></p> <p><i>Habermeyer Groep 2</i></p> <p><i>Habermeyer Groep 3</i></p> <p><i>Habermeyer Groep 4</i></p> <p><i>Bennett Groep 5</i></p> <p><i>Onderbreking corticale lijn en double line sign tub. minus, passend bij fractuur</i></p> <p><i>Onderbreking corticale lijn en double line sign tub. majus, passend bij fractuur</i></p> <p><i>Geen afwijkingen corticale lijn tub. majus</i></p> <p><i>Tub. Majus toont irregulaire corticale lijn passend bij (oud cuff) letsel</i></p>		
2	<p><i>Normaal aspect van de m. subscapularis</i></p> <p><i>De subscapularispees toont een partiele ruptuur aan bursale/artrogene zijde</i></p> <p><i>De subscapularispees toont een totale ruptuur</i></p> <p><i>SSC Lafosse Type 1: PTR tot aan 1 /3 superiore deel</i></p> <p><i>SSC Lafosse Type 2: FTR met disruptie van SSC van tub minus tot aan 1/3 superiore deel</i></p> <p><i>SSC Lafosse Type 3: FTR van 2/3 superiore deel, inferiore deel intact, geringe retractie</i></p> <p><i>SSC Lafosse Type 4: Complete disruptie van SSC, centrale ligging caput humeri</i></p> <p><i>SSC Lafosse Type 5: Complete disruptie van SSC, antero-superiore verplaatsing caput humeri, contact</i></p>		

	<p><i>Calcificatie in de subscapularispees, type Farin A</i></p> <p><i>Calcificatie in de subscapularispees, type Farin B</i></p> <p><i>Calcificatie in de subscapularispees, type Farin C</i></p> <p><i>Calcificatie in de subscapularis welke in resorptiefase is met pos Doppler en doorbraak bursa</i></p> <p><i>Normaal aspect van bursa SASD, geen overvulling/bursitis</i></p> <p><i>De bursa SASD toont een overvulling</i></p> <p><i>De bursa SASD toont een overvulling, samen met intra-articulair vocht in sulcus; 95% kans op ruptuur</i></p> <p><i>De bursa SASD toont een overvulling met debris, i.c.m. calcificatie duidend op resorptie</i></p>		
3	<p><i>Normaal aspect van m. pectoralis minor</i></p> <p><i>De m. pectoralis minor toont een partiële ruptuur</i></p> <p><i>De m. pectoralis minor toont een totale ruptuur</i></p> <p><i>Normaal aspect van de m. pectoralis major</i></p> <p><i>De m. pectoralis major toont een partiële/volledige ruptuur</i></p> <p><i>Normaal aspect van de m. coracobrachialis</i></p> <p><i>De m. coracobrachialis toont een partiële ruptuur</i></p> <p><i>De m. coracobrachialis toont een totale ruptuur</i></p> <p><i>Normaal aspect van de m. biceps caput brevis</i></p> <p><i>De m. biceps caput brevis toont een partiële ruptuur</i></p> <p><i>De m. biceps caput brevis toont een totale ruptuur</i></p> <p><i>De anteriore recessus is overvuld</i></p> <p><i>Intra articulaire vocht in de recessus subscapularis</i></p> <p><i>Proc. coracoïdeus toont een veranderde anatomie en is verplaatst naar caudaal, passend bij fractuur</i></p>		
4	<p><i>Normaal aspect van de supraspinatuspees</i></p> <p><i>De supraspinatuspees is verdikt/inhomogeen/loopt over tub. maj. passend bij tendinose/tendinopathie</i></p> <p><i>De supraspinatuspees toont een partiële ruptuur aan bursale/artrogene zijde</i></p> <p><i>De supraspinatuspees toont een totale ruptuur met retractie</i></p> <p><i>De supraspinatuspees toont een totale ruptuur van meest distale deel van pees, crescenttype</i></p> <p><i>FTR SSP Snyder C-I</i></p> <p><i>FTR SSP Snyder C-II</i></p> <p><i>FTR SSP Snyder C-III</i></p> <p><i>FTR SSP Snyder C-IV</i></p> <p><i>Calcificatie in de supraspinatuspees, type Farin A</i></p>		

	<p><i>Calcificatie in de supraspinatuspees, type Farin B</i></p> <p><i>Calcificatie in de supraspinatuspees, type Farin C</i></p> <p><i>Calcificatie in de supraspinatuspees welke in resorptiefase is met pos Doppler en doorbraak bursa</i></p> <p><i>Deze calcificatie is bursaal gelegen en heeft pos Doppler; grote kans op doorbraak</i></p> <p><i>Deze calcificatie is niet bursaal gelegen en heeft geen pos Doppler; geen grote kans op doorbraak</i></p> <p><i>Tijdens abductie in scaptie treedt er buckling van het kalkdepot op, waardoor bew. bep. GH</i></p> <p><i>Normaal aspect van de infraspinatuspees</i></p> <p><i>De infraspinatuspees is verdikt/inhomogeen, loopt door over tub. maj.; tendinose/tendinopathie</i></p> <p><i>De infraspinatus toont een partiële ruptuur aan bursale/artrogene zijde</i></p> <p><i>De infraspinatuspees toont een totale ruptuur met retractie</i></p> <p><i>De supra- en infraspinatuspees tonen een partiele ruptuur</i></p> <p><i>De supra- en infraspinatuspees tonen een totale ruptuur met retractie</i></p> <p><i>De overgang van de supra- en infraspinatuspees toont verdikt/homogeen, passend bij tendinose</i></p> <p><i>Calcificatie in de infraspinatuspees, type Farm A</i></p> <p><i>Calcificatie in de infraspinatuspees, type Farm B</i></p> <p><i>Calcificatie in de infraspinatuspees, type Farm C</i></p> <p><i>Calcificatie in de infraspinatuspees welke in resorptiefase is met pos Doppler en doorbraak bursa</i></p> <p><i>Calcificatie in de overgang van de supra- en infraspinatuspees</i></p> <p><i>Deze calcificatie is bursaal gelegen en heeft pos Doppler; grote kans op doorbraak</i></p> <p><i>Deze calcificatie is niet bursaal gelegen en heeft geen pos Doppler; geen grote kans op doorbraak</i></p> <p><i>Tijdens abductie in scaptie treedt er buckling van het kalkdepot op, waardoor bew. bep. GH</i></p> <p><i>Normaal aspect van bursa SASD, geen overvulling/bursitis</i></p> <p><i>De bursa SASD toont een overvulling</i></p> <p><i>De bursa SASD toont een overvulling, samen met intra-articulair vocht in sulcus; 95% kans op ruptuur</i></p> <p><i>De bursa SASD toont een overvulling met debris, i.c.m. calcificatie duidend op resorptie</i></p>		
5	<p><i>De supraspinatuspees toont een partiële ruptuur aan bursale/artrogene zijde</i></p> <p><i>De supraspinatuspees toont een totale ruptuur met retractie</i></p> <p><i>De supraspinatuspees toont een totale ruptuur van meest distale deel van pees, crescenttype</i></p> <p><i>FTR SSP Snyder C-I</i></p> <p><i>FTR SSP Snyder C-II</i></p> <p><i>FTR SSP Snyder C-III</i></p> <p><i>FTR SSP Snyder C-IV</i></p> <p><i>De infraspinatus toont een partiële ruptuur aan bursale/artrogene zijde</i></p>		

	<p><i>De infraspinatuspees toont een totale ruptuur met retractie</i></p> <p><i>De supra- en infraspinatuspees tonen een partiële ruptuur</i></p> <p><i>De supra- en infraspinatuspees tonen een totale ruptuur met retractie</i></p> <p><i>Het hg CHL is verdikt met positieve Doppler: passend bij beginstadium Frozen Shoulder</i></p> <p><i>Rotator Interval is betrokken, CHL is verdikt en inhomogeen</i></p> <p><i>Rotator Interval is betrokken, CHL toont een ruptuur</i></p> <p><i>Rotator Interval is betrokken, SGHL is verdikt en inhomogeen</i></p> <p><i>Rotator Interval is betrokken, SGHL toont een ruptuur</i></p> <p><i>Rotator Interval is betrokken, CHL en SGHL tonen een ruptuur</i></p>		
6	<p><i>Normaal aspect van de infraspinatus</i></p> <p><i>De infraspinatus toont een partiële ruptuur aan bursale/artrogene zijde</i></p> <p><i>De infraspinatuspees toont een totale ruptuur met retractie</i></p> <p><i>Verdiept/verbreed collum anatomicum</i></p> <p><i>Inhomogeen dorsaal labrum met fraying</i></p> <p><i>Fraying van supra-/infraspinatuspees</i></p> <p><i>Impingement van supra-/infraspinatus tijdens ABER (ABductie/ExoRotatie)</i></p> <p><i>Deze items duiden samen op PosteriorSuperior Impingement (PSI)</i></p> <p><i>Geen aanwijzingen voor PosteriorSuperior Impingement</i></p> <p><i>Er is vocht zichtbaar in recessus posterior</i></p> <p><i>Dorsale labrum toont een vergrote afstand tot glenoid; duidend op laesie</i></p> <p><i>Er is labrale cyste zichtbaar mediaal van dorsaal labrum, mogelijk druk op de n. suprascapularis</i></p> <p><i>Het kraakbeen in 2 richtingen beoordeeld; normaal aspect</i></p> <p><i>Het kraakbeen toont onregelmatige begrenzingen ossale irregulariteit, passend bij GH-artrose</i></p> <p><i>Het kraakbeen toont kristalafzettingen, passend bij CPPD</i></p>		
7	<p><i>Normale passage caput humeri tijdens abductie in scaptie; normale mobiliteit GH-gewricht</i></p> <p><i>Verminderde passage caput humeri tijdens abductie in scaptie; beperking mobiliteit GH-gewricht</i></p> <p><i>Totaalruptuur SSP/ISP + migratie kop craniaal + artrose + bep. mob GH: cuffartropathie</i></p> <p><i>Er is sprake van een os acromiale</i></p>		
8	<p><i>AC-gewricht toont normaal en stabiel</i></p> <p><i>AC-gewricht is verbreed met overvulling en is instabiel</i></p> <p><i>AC-gewricht is versmald en toont degeneratief</i></p> <p><i>Beeld past bij Tossy I</i></p> <p><i>Beeld past bij Tossy II</i></p>		

	<p><i>Beeld past bij Tossy III</i></p> <p><i>AC-gewricht is fors overvuld, Geyser sign, passend bij forse ruptuur van RC</i></p> <p><i>Het AC-gewricht is zeer fors verbreed en instabiel; passend na Mumford-operatie</i></p>		
9	<p><i>Geen vocht in anteriore recessus bij ventrale labrum. Tijdens EXO/ENDO labrum stabiel</i></p> <p><i>Vocht zichtbaar in anteriore recessus bij ventrale labrum. Tijdens EXO/ENDO labrum instabiel</i></p>		
10	<p><i>De okselopname toont normale dikte van gewrichtskapsel i.v.m. niet-aangedane zijde, geen aanwijzingen voor Frozen Shoulder</i></p> <p><i>De okselopname toont toegenomen dikte van het gewrichtskapsel i.v.m. niet-aangedane zijde, passend bij Frozen Shoulder</i></p> <p><i>Er is vocht zichtbaar in de recessus inferior</i></p> <p><i>Er is sprake van hyperostotische veranderingen aan inferieure zijde van humeruskop</i></p>		
11 functie/ neuromusculair	<p><i>Er is sprake van een sulcus sign bij tractie van het GH-gewricht</i></p> <p><i>Normaal aspect van m. supraspinatus in fossa scapulae</i></p> <p><i>De m. supraspinatus is hyperechogeen/afname in volume/verlies van architectuur; vette degeneratie</i></p> <p><i>Normaal aspect van de m. infraspinatus</i></p> <p><i>De m. infraspinatus is hyperechogeen/afname in volume/verlies van architectuur; vette degeneratie</i></p> <p><i>De m. teres minor toont een normaal aspect, geen tekenen van vette degeneratie</i></p> <p><i>De m. teres minor toont hyperechogeen/afname in volume/verlies van architectuur; vette degeneratie</i></p> <p><i>Vette degeneratie niet aanwezig; spierbuik toont normaal, zelfde echopatroon als trapezius</i></p> <p><i>Vette degeneratie is mild, echopatroon iets meer hyperechogeen i.r.t. trapezius</i></p> <p><i>Vette degeneratie is gemiddeld, echopatroon is duidelijk meer hyperechogeen i.r.t. trapezius</i></p> <p><i>Vette degeneratie is ernstig, overduidelijke hyperechogene spierbuik i.r.t. trapezius</i></p> <p><i>De Quadrilateral Space toont normaal, geen compressie van PHCA of n. axillaris</i></p> <p><i>De Quadrilateral Space toont abnormaal, er is geen of verminderde flow zichtbaar</i></p>		