Tendinopathieën van pols en onderarm: diagnostiek

Michiele Vanaenrode, UGent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, UGent

Co-promotoren: Dr. Tom Poelman, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2016-2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave

Abstract ..... p. 1

Inleiding ..... p. 2

- Tendinopathieën van hand en pols ..... p. 2
- Duodecim en EBMPracticeNet ..... p. 2
- Doel van dit onderzoek ..... p. 3

Methodologie ..... p. 4

1. Screeningsfase ..... p. 4
   - 1.1. Opstellen van klinische vragen ..... p. 4
   - 1.2. Zoektocht naar relevante richtlijnen ..... p. 5
   - 1.3. Zoektocht naar Belgische EBM ..... p. 6
   - 1.4. Screening van de gevonden richtlijnen ..... p. 6
   - 1.5. Waardering van de gevonden richtlijnen ..... p. 7
     - 1.5.1. AGREE-II ..... p. 7
     - 1.5.2. Inventariseren van de informatie in de richtlijnen ..... p. 7
     - 1.5.3. Beoordelen van de courantheid, samenhang en toepasbaarheid ..... p. 9
   - 1.6. Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie ..... p. 10
     - 1.6.1. Klinische vraag 1 ..... p. 10
     - 1.6.2. Klinische vraag 2 ..... p. 11
     - 1.6.3. Klinische vraag 3 ..... p. 12
     - 1.6.4. Klinische vraag 4 ..... p. 12
   - 1.7. Feedback van de leescommissie ..... p. 13
2. Adaptatiefase ..... p. 14
3. Implementatiefase ..... p. 16
   - 3.1. Dossieronderzoek ..... p. 16
     - 3.1.1. Resultaten dossieronderzoek ..... p. 17
     - 3.1.2. Feedback praktijk op dossieronderzoek ..... p. 19
     - 3.1.3. Besluit dossieronderzoek ..... p. 20
   - 3.2. Peer review – Opleidingspraktijk ..... p. 21
   - 3.3. Peer review – Seminarie ..... p. 21
     - 3.3.1. Vragenlijst ..... p. 21
     - 3.3.2. Discussie over geadapteerde aanbevelingen ..... p. 22

3.4. Besluit implementatiefase ..... p. 23
Resultaten ..... p. 24
1. Geadapteerde richtlijn ..... p. 24
1.1. Achtergrond ..... p. 24
1.2. Doelstellingen en doelgroep ..... p. 24
1.3. Patiëntenpopulatie ..... p. 24
1.4. Klinische vragen ..... p. 24
1.5. Kernboodschappen ..... p. 25
1.6. Peer review ..... p. 26
1.7. Planning voor update ..... p. 26
1.8. Referenties ..... p. 26
1.9. Auteurs en belangen ..... p. 26
2. Flowchart ..... p. 27
Discussie p.28
Besluit ..... p. 29
Referenties ..... p. 30
Lijst van gebruikte afkortingen ..... p. 32
Bijlagen
- Bijlage 1: AGREE-tabellen I
- Bijlage 2: GRADE-tabel III
- Bijlage 3: Tabellen dossieronderzoek V
- Bijlage 4: Vragenlijst HAIO's VII
- Bijlage 5: Aanmelding masterproef XIV
- Bijlage 6: Protocol Ethische Commissie XV
- Bijlage 7: Erkenning Ethische Commissie XXIII

Abstract

Achtergrond: Pijn in de hand- en polsregio is een frequente aanmeldingsklacht in de huisartsenpraktijk. Door de presentatie die soms vaag is, is het niet altijd eenvoudig om een juiste diagnose te stellen. Daarnaast is de anatomie in deze regio complex, en kunnen er verschillende oorzaken zijn voor de pijnklachten. De tendinitiden vormen een belangrijk aandeel in de aandoeningen van deze regio. Zij kunnen op verschillende plaatsen optreden, en het is voor de arts niet altijd duidelijk of het effectief om een tendinitis gaat en welke pezen er dan bij betrokken zijn. In deze scriptie wordt een richtlijn opgesteld op basis van de Finse Duodecimrichtlijn "*De Quervain's disease and other tendinitides of the hand and wrist*". Deze geadapteerde richtlijn beschrijft de anamnestische en klinische elementen die belangrijk zijn voor de diagnostiek van tendinitiden van hand en pols, de noodzaak aan technische onderzoeken, de indeling in graden en de risicofactoren die aanleiding kunnen geven tot het ontstaan of verergeren van de aandoening.

Methode: Er werd aan de hand van 4 klinische vragen een systematische literatuurzoektocht gedaan naar internationale richtlijnen en Belgische *evidence based* informatie. De gevonden richtlijnen werden getoetst aan de in- en exclusiecriteria en de weerhouden artikels werden gescreend op methodologische kwaliteit, courantheid, samenhang en toepasbaarheid. De informatie in de richtlijnen werd genoteerd in een matrix, en aan de hand daarvan werden de geadapteerde richtlijnen geformuleerd. Deze werden voorgelegd voor peer-review aan een groep HAIO's (seminarie) en de opleidingspraktijk. Er werd ook een dossieronderzoek gedaan om de actuele en vroegere manier van diagnostiek op te sporen.

Resultaten: De literatuursearch leverde 4 internationale richtlijnen op, waarvan er 3 werden weerhouden op basis van de in- en exclusiecriteria. De richtlijnen werden alle 3 van matig tot goede kwaliteit beoordeeld aan de hand van de AGREE-II-tool. De Duodecimrichtlijnen werden mineur geadapteerd op basis van de gevonden informatie. Deze richtlijnen kregen GRADE-scores 1-2B, 2C, 2C en 1-2C. Uit de peer-review bleek dat de nieuwe richtlijn nuttig, duidelijk en eenvoudig toepasbaar was in de eerste lijn. Er zijn geen materiële of organisatorische barrières voor het gebruik. De resultaten van het dossieronderzoek lagen in de lijn van de opgestelde richtlijnen.

Conclusie: Het diagnostische gedeelte van de Duodecimrichtlijn "*De Quervain's disease and orther tendinitids of the hand and wrist"* werd mineur geadapteerd. De geadapteerde richtlijnen zijn gemakkelijk toepasbaar in de Belgische eerste lijn, maar ze hebben een lage GRADE. Verder wetenschappelijk onderzoek is zeker nog nodig voor sterke aanbevelingen van hoge kwaliteit.

Inleiding

Deze scriptie handelt over de diagnostiek van hand- en polsklachten in de huisartsenpraktijk, meer bepaald over de diagnostiek van tendinitiden en tenosynovitiden van hand en pols, met een focus op De Quervain tendinitis. Ze is gebaseerd op de Duodecim richtlijn met het gelijknamige onderwerp.

Tendinitiden van hand en pols

Hand- en polsklachten zijn een vaak voorkomend probleem in de huisartsenpraktijk. Ongeveer 125 per 1000 mensen worden per jaar geconfronteerd met klachten in de hand of de pols[(1)]. Er is een duidelijk verband met herhaalde belasting en bewegingen, de klachten zijn bijgevolg vaak beroepsgebonden. Daarnaast is de prevalentie bij vrouwen merkelijk hoger dan bij mannen. Hand- en polsklachten kunnen verschillende oorzaken hebben. Naast peesaandoeningen zijn er onder andere carpal tunnel syndroom, artrose, springvingers en de contractuur van Dupuytren. Deze aandoeningen vallen buiten het bestek van deze scriptie.

Bij een peesaandoening ter hoogte van het hand- en polsgebied ontstaat er pijn ter hoogte van de getroffen pees, die toeneemt bij belasting. Er treedt vochtopstapeling op rond de pees, waardoor lokale drukpijn, zwelling en soms crepitaties op deze plaats ontstaan. De diagnose kan meestal klinisch gesteld worden op basis van een grondige anamnese en klinisch onderzoek. Bij anamnese zijn lokale pijn, pijn bij belasting, en bewegingen van hand en pols in de dagelijkse activiteiten belangrijk. Klinisch zijn drukpijn, zwelling, oedeem en crepitaties belangrijke indicatoren, naast pijn bij geresisteerde bewegingen en specifieke testen zoals de test van Finkelstein, waarbij beide polsen passief ulnair gedevieerd en in milde dorsiflexie gebracht worden, met de duimen in de vuisten geklemd.

Indien de kliniek niet overtuigend is, kan beeldvorming in de vorm van echografie of MRI meer richting geven aan de diagnose. Technisch onderzoek zal vooral verduidelijken welke pezen betrokken zijn en hoe ernstig de tendinitis is.

De aandoening is meestal zelflimiterend en de belangrijkste behandeling is rust en pijnstilling. Belangrijk bij de diagnostiek is dus om een onderscheid te maken tussen ernstige tendinitiden die behandeling vragen en milde tendinitiden die spontaan opklaren, waarbij enkel symptoombehandeling nodig is. In de ernstige gevallen of indien geen spontane verbetering optreedt, kan er worden overgegaan tot injecties met een corticoïd, kinesietherapie, spalken of een chirurgische ingreep. Het therapeutische luik zal belicht worden in de scriptie van Teun Fransen.

Duodecim en EBMPracticeNet

Duodecim is een Finse wetenschappelijke associatie die Evidence Based Medicine (EBM) richtlijnen opstelt voor medische besliskunde in de eerstelijnszorg[(2)]. Deze richtlijnen zijn beschikbaar in een online EBM-database. Het gaat om een duizendtal *clinical guidelines* en nog 4 keer zoveel referenties en samenvattingen. Deze worden opgesteld door een grote groep van Finse medische experten. De richtlijnen worden vertaald naar verschillende talen, waaronder Engels en Nederlands. De database

wordt constant aangepast en de richtlijnen worden zo ontworpen, dat ze beslissingen in de eerstelijnsgeneeskunde vergemakkelijken. De Duodecimrichtlijnen zijn internationaal geaccrediteerd.

EBMPracticeNet is een Belgische organisatie die zich sinds 2010 bezighoudt met Evidence Based Medicine in België. Ze proberen EBM-guidelines op een eenvoudige manier beschikbaar te stellen voor de eerstelijnshulpverleners in België. Ook de guidelines van Duodecim zijn beschikbaar in België. Sommigen zijn echter niet aangepast aan de Belgische context op vlak van inhoud, consistentie en toepasbaarheid. Deze krijgen een negatief advies. Sinds 2012 wordt er stapsgewijs geprobeerd de aanbevelingen met negatief advies te adapteren aan de Belgische eerstelijnscontext.

Doel van dit onderzoek

De opzet van deze Master na Master-thesis is om de Duodecim richtlijn "*De Quervain's disease and other tendinitides of the wrist and forearm"* aan te passen aan de Belgische eerste lijn op basis van Belgische Evidence Based Medicine informatie. Deze thesis is tot stand gekomen in samenwerking met Teun Fransen, waarbij ikzelf me heb ontfermd over het diagnostische luik en Teun het therapeutische luik voor zijn rekening heeft genomen.

Methodologie

Het onderzoek bestond uit 3 grote fases: de screeningsfase, de adaptatiefase en de implementatiefase. De eerste 2 stappen werden uitvoerig genoteerd in een Excel-matrix om een goed overzicht te krijgen over de gevonden informatie en eenvoudig met de verschillende elementen te kunnen werken.

1. Screeningsfase

Tijdens de screeningsfase werden er klinische vragen opgesteld over de diagnostiek van tendinitiden van hand en pols op basis van de Duodecimrichtlijn. De klinische vragen werden vervolgens in een PIPOH-model gegoten. PIPOH staat voor *Patient/Population, Intervention/interest, Professionals targeted by guideline, Outcomes* en *Healthcare setting*[3]. De vraag werd dus al het ware opgedeeld in afgebakende elementen, om de zoektocht te vereenvoudigen. De klinische vragen vormden een leidraad voor de zoektocht naar (Belgische) EBM-informatie en andere internationale guidelines die de basis zouden vormen voor de adaptatie van de Duodecim richtlijn. De gevonden richtijnen en artikels werden gescreend op relevantie door ze, na het lezen van het abstract, te toetsen aan de in- en exclusiecriteria. Nadien werd de kwaliteit van de aanbeveling door beide HAIO's individueel beoordeeld aan de hand van de AGREE-II tool en de resultaten werden met elkaar vergeleken. Dit alles werd geïnventariseerd in een matrix om een overzicht te krijgen over de gevonden informatie. Tenslotte werden de gevonden richtlijnen gewaardeerd op samenhang, courantheid en toepasbaarheid.

1.1. Opstellen van klinische vragen

Er werden een viertal klinische vragen weerhouden:

1. Wat zijn anamnestische of klinische tekens (vb. de test van Finkelstein[1]) die de diagnose van tendinitiden van hand en pols kunnen aantonen bij patiënten met hand- en polsklachten in de Belgische huisartsensetting?
2. Is er een meerwaarde van gebruik van echo en MRI bij diagnose van tendinitiden van de voorarm bij patiënten met hand- en polsklachten in de Belgische 1e lijn?
3. Wat is het verschil in behandeling, duur van klachten en recidiefkans bij de verschillende graden van tendinitiden van de voorarm bij patiënten met hand- en polsklachten in de Belgische huisartsenpraktijken?
4. Wat is de invloed van het opsporen en vermijden van risicofactoren op de ziekteduur en de agressiviteit van behandeling van tendinopathieën van hand en pols in de Belgische huisartsenpraktijken?

[1] Test van Finkelstein: dit is een klinische test om de aanwezigheid van De Quervain tendinitis aan te tonen. De test is positief als er pijn kan uitgelokt worden, die verschilt van de niet-aangedane kant, bij passieve ulnaire deviatie en milde extensie van de pols met de duim in de vuist gedrukt. (Harrington 1998[4]; Walker-Bone 1995[5]; Moore 1997[6]; Winkel 1995[7]).

De focus ligt vooral op klinische vragen 1 en 4, vraag 2 en 3 werden mee onderzocht, maar zullen waarschijnlijk minder belangrijke informatie opleveren voor de adaptatie van de Duodecim-richtlijn en de toepassing ervan in de dagelijkse praktijk.

De klinische vragen werden omgezet in een PIPOH om efficiënter te kunnen zoeken naar wetenschappelijk onderbouwde informatie. In onderstaande tabel worden de PIPOH-elementen weergegeven.

Tabel 1: PIPOH-elementen

PIPOH-elementen	**P** **Patient/population**	**I** **Interventions**	**P** **Professionals**	**O** **Outcomes**	**H** **Healthcare settings**
Klinische vraag 1	Volwassenen met polsklachten	Anamnese en klinisch onderzoek (met o.a. test van Finkelstein)	Huisartsen	Diagnose van een specifieke tendinopathie	Huisartsensetting (indien mogelijk Belgisch)
Klinische vraag 2	Volwassenen met polsklachten	Echo en MRI	Huisartsen	Diagnose van een specifieke tendinopathie	Huisartensetting (indien mogelijk Belgisch)
Klinische vraag 3	Volwassenen met polsklachten	Indeling in graden	Huisartsen	Duur van de klachten, begandeling en recidiefkans	Huisartsensetting (indien mogelijk Belgisch)
Klinische vraag 4	Volwassenen met polsklachten	Opsporen en vermijden van risicofactoren	Huisartsen	Kortere ziekteduur, minder agressieve behandeling	Huisartsensetting (indien mogelijk Belgisch)

Exclusecriteria waren onder andere leeftijd onder de 18 jaar, patiënten met andere gewrichtsaandoeningen zoals reuma, traumatische letsels en aandoeningen anders dan tendinopathie. Ook artikels of richtlijnen voor 2e of 3e lijn of louter voor specialisten werden geëxcludeerd. Alle in- en exclusiecriteria werden genoteerd in de matrix om een overzichtelijk beeld te krijgen over de gewenste informatie, vòòr aanvang van de zoektocht.

1.2. Zoektocht naar internationale richtlijnen.

Voor de zoektocht naar internationale richtlijnen, werd er gebruik gemaakt van verschillende online databases. Pubmed, Web of Science, Cebam, Nice, NHS, Guideline.gov, Trip database, NHG en G-I-N werden gebruikt. Zoeken gebeurde aan de hand van elementen uit de PIPOH's. Deze elementen konden gecombineerd worden doormiddel van *advanced searches* in bovenstaande databases. Daarnaast werd er gebruik gemaakt van MeSH-termen. MeSH staat voor *Medical Subject Heading*, dit is een verzameling van medische terminologie die hiërarchisch gestructureerd is. De termen worden gekoppeld aan artikels en richtlijnen om ze zo eenvoudiger te kunnen opzoeken in een database. Met de hiërarchie wordt bedoeld dat wanneer er gezocht wordt op een overkoepelende MeSH-term, automatisch ook de artikels zullen worden weergegeven die gekoppeld zijn aan de individuele onderdelen. Bijvoorbeeld als de MeSH-term 'arm' wordt gebruikt, worden automatisch ook alle artikels weergegeven die gekoppeld zijn aan de onderdelen van de arm zoals 'elleboog', 'pols', 'hand',… Dit systeem wordt onder andere gebruikt in de database van PubMed.

Door de combinaties van elementen uit de PIPOH's en het werken met MeSH-termen werden er een viertal internationale richtlijnen over de diagnose en het verloop van hand- en polsklachten gevonden.

- NHG-standaard hand- en polsklachten[1]
- Upper limb disorders: Occupational aspects of management, A national guideline[9]
- Consensus on al multidisciplinary treatment guideline for De Quervain disease: Results from the European Handguide study[10]
- ACR Appropriateness criteria: Chronic wrist pain[11]

1.3. Zoektocht naar Belgische EBM

Op een gelijkaardige manier als de zoektocht naar internationale richtlijnen, werd er ook gezocht naar Belgische EBM-informatie. Dit werd vooral gedaan via het KCE, Farmaka, Minerva, Cebam en BCFI. Ook hier werd gezocht aan de hand van de PIPOH-elementen zoals hierboven beschreven. Deze zoektocht leverde geen enkel bruikbaar resultaat op.

1.4. Screening van de gevonden richtlijnen

De 3 gevonden richtlijnen werden vervolgens gescreend op relevante informatie. Met andere woorden werd er gekeken of de inhoud van de richtlijnen een antwoord kon vormen op de klinische vragen. Initieel gebeurde de screening door het lezen van het abstract, indien dit veelbelovend was, werd de hele richtlijn grondig nagekeken. Dit nazicht was op inhoudelijk vlak, maar ook op kwalitatief vlak. Er werd met name gekeken naar de recentheid van de informatie waarop de richtlijnen gebaseerd waren en de periode waarin deze informatie werd verzameld. Hoe langer geleden de informatie werd verzameld, hoe meer nieuwe informatie er in tussentijd kan gepubliceerd zijn die mogelijks een invloed kan hebben op de richtlijn. De informatie die werd gebruikt in de 3 richlijnen is ongeveer in dezelfde periode verzameld, namelijk tussen januari 2007 en augustus 2009. Bij de zoektocht vonden we helaas geen recentere informatie, waardoor we de 3 richtlijnen toch hebben weerhouden voor de adaptatie, met een grote kanttekening naar kwaliteit van bewijs toe op vlak van courantheid. De ACR richtlijn werd geschrapt omdat hij geschreven is voor de 2e en 3e lijn.

Tabel 2: in- en exclusie van de gevonden richtlijnen

	Titel	Organisatie	Land	Publicatiejaar	Periode van literatuurresearch	Inclusie	Exclusie	Opmeking
1	NHG-standaard Hand- en polsklachten	NHG	Nederland	2010	1/2008 – 6/2009	X		
2	Upper limb disorders: Occupational aspects of management, A national guideline	Royal college of physicians	UK	2009	3/2007 – 8/2008	X		
3	Consensus on a multidisciplinary treatment guideline for De Quervain disease: Results from the European HANDGUIDE study	Handguide group	Europa	2014	tot 2/2009	X		Consensus richtlijn, niet volledig EBM
4	ACR Appropriateness Criteria: chronic wrist pain	ACR	USA	2012 (revisie)	Niet bekend		X	Richtlijn voor 2e en 3e lijn

1.5. Waardering van de gevonden richtlijnen

De waardering van de gevonden richtlijnen gebeurde in 3 grote stappen. Eerst werden de 3 weerhouden richtlijnen onderworpen aan de AGREE-II tool voor beoordeling van de kwaliteit. Daarna werden de artikels grondig gelezen en de informatie samengevat in de matrix. Tenslotte werden de gevonden richtlijnen gewaardeerd op samenhang, courantheid en toepasbaarheid.

1.5.1. AGREE-II

AGREE-II, of AGREE Next Steps Consortium, staat voor *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Next Steps Consortium*[12]. Het werd ontwikkeld door een grote groep artsen om op een gestructureerde manier de kwaliteit van gevonden richtlijnen te beoordelen. Met de AGREE-tool wordt er gekeken naar de methodologie en transparantie van de ontwikkeling van de richtlijn doormiddel van een vragenlijst die onderverdeeld is in verschillende thema's. AGREE-II is de herwerkte versie van de originele AGREE-tool (die in 2003 werd gepubliceerd).

De richtlijnen werden initieel door de 2 HAIO's individueel beoordeeld, en nadien werden de bevindingen besproken om zo tot een consensus te komen[2].

NHG-standaard hand- en polsklachten werd over het algemeen matig tot slecht gescoord (67,5/161). De richtlijn is duidelijk omschreven voor een duidelijk afgebakend doelpubliek, maar over de kwaliteit van het bewijs waarop de richtlijn gebaseerd is en de procedure van ontwikkeling van de richtlijn, wordt niets geschreven. Er is met andere woorden geen transparantie over de methodologie en de evidentie. Deze richtlijn werd door de onderzoekers voorzichtig aanbevolen voor verder gebruik, rekening houdend met het niet bekend zijn van de kwaliteit van de evidence.

Upper Limb Disorders: Occupational aspects of management werd door beide onderzoekers voorzichtig positief beoordeeld (119,5/161). Het is een goede richtlijn die duidelijk het verband aangeeft met de bestaande literatuur en de kwaliteit ervan. Ze baseren zich zoveel mogelijk op evidence van hoge kwaliteit en de zoek- en ontwikkelingsstrategie wordt duidelijk weergegeven. Deze richtlijn werd door beide HAIO's sterk aanbevolen voor verder gebruik.

Consensus on a multidisciplinary treatment guideline for De Quervain disease: Results from the European HANDGUIDE study kreeg een matig tot goede beoordeling op vlak van bruikbaarheid (75,5/161). Het is een goede, redelijk duidelijke richtlijn, maar hij heeft een lage kwaliteit van bewijskracht omdat hij gebaseerd is op *expert opinions* in plaats van hooggradige evidentie. Deze richtlijn werd matig aanbevolen omwille van afwezigheid van ondersteunende EBM-informatie.

1.5.2. Inventariseren van de informatie in de richtlijnen

De informatie die verzameld werd uit de richtlijnen werd per klinische vraag in de matrix geschreven. Dit diende om een overzicht te krijgen van de informatie die van belang kon zijn voor de adaptatie van de Duodecim-richtlijn.

[2] Resultaten van AGREE in bijlage 1

Duodecim: De Quervain's disease and other tendinitides of the wrist and forearm geeft een goede beschrijving van de anamnestische en klinische factoren die nodig zijn voor de diagnose van tendinitiden van hand en pols, er worden ook enkele risicofactoren en hun invloed op het beloop en ontstaan van de klachten beschreven. Er wordt niets vermeld over de noodzaak tot technisch onderzoek en de indeling in graden.

NHG-standaard hand- en polsklachten: In deze richtlijn wordt duidelijk beschreven op basis van welke anamnestische, klinische en risicofactoren de diagnose van tendinitis van hand en pols waarschijnlijker wordt. Dit is echter een heel klein onderdeel van de richtlijn. Er wordt kort vermeld dat aanvullend onderzoek meestal niet nodig is. De indeling in graden komt in deze richtlijn niet aan bod.

Upper Limb Disorders: Occupational aspects of management beschrijft ook de anamnestische en klinische kenmerken van tendinitiden van hand en pols, ze wijden ook uit over risicofactoren die een negatief beloop kunnen voorspellen en hoe deze aan te pakken. Dit is echter zeer specifiek bekeken vanuit werkplaatsaanpassingen bij werknemers die met de computer werken. Er wordt niets beschreven over technisch onderzoek of indeling in graden.

Consensus on a multidisciplinary treatment guideline for De Quervain disease: Results from the European HANDGUIDE study geeft een duidelijke samenvatting van de anamnestische en klinische factoren die nodig zijn voor de diagnose van tendinitiden van hand en pols. Ook de risicofactoren en de aanpak ervan worden zeer duidelijk omschreven. Dit is de enige richtlijn die iets schrijft over de indeling van tendinitiden van hand en pols en de invloed ervan op de behandeling en het beloop van de aandoening. Er wordt niets vermeld over technische onderzoeken.

1.5.3. Beoordeling van de richtlijn op courantheid, samenhang en toepasbaarheid

Na de inventarisatie van de informatie werden de gevonden richtlijnen nogmaals beoordeeld, dit gebeurde in 3 stappen. Voor beoordeling van de courantheid werd er gezocht of er mogelijk al updates van de richtlijn zouden bestaan, die de informatie in de richtlijn minder betrouwbaar maakten. Daarna werd de samenhang beoordeeld. Hierbij werd de zoekstrategie geëvalueeld, de interpretatie en samenvatting van de evidentie werd beoordeeld alsook de samenhang tussen de evidentie en de aanbeveling. In de laatste stap werd er gekeken of de richtlijn zonder aanpassingen (en zonder culturele conflicten) kan toegepast worden in de Belgische zorgcontext.

De **Duodecim**-richtlijn geeft geen informatie over de procedure van gegevensverzameling. Het is bijgevolg niet duidelijk wanneer en waar de informatie werd verzameld. Ook de manier waarop er van de gevonden informatie naar aanbevelingen wordt gegaan, is niet beschreven. Er is een update van de richtlijn gebeurd tijdens het maken van deze scriptie, namelijk in mei 2017, maar hierbij gebeurde er slechts een mineure aanpassing. Er wordt in de Duodecimrichtlijn niets beschreven over de mogelijke doelpopulatie, dus het niet niet duidelijk of deze richtlijn rechtstreeks geëxtrapoleerd kan worden naar de Belgische eerstelijnscontext.

Besluit: courantheid: zeer goed – samenhang: onbekend – toepasbaarheid: onbekend.

De **NHG-standaard hand- en polsklachten** beschrijft geen zoekstrategie. In de voetnoten worden wel artikels geciteerd en wordt er weergegeven welke informatie ze uit deze artikels afleiden. Enkel over

de periode waarin naar informatie werd gezocht, is geen duidelijkheid. Vermoedelijk kan de richtlijn wel geëxtrapoleerd worden naar de Belgische context, omdat deze is gemaakt voor de Nederlands huisarts en gebaseerd zijn op de Nederlandse populatie, die in grote mate overeenkomt met de Belgische. De richtlijn dateert uit 2010, de informatie werd gezocht tussen 2007 en 2009, dus de richtlijn scoort slechts matig op courantheid.

Besluit: courantheid: matig – samenhang: onbekend – toepasbaarheid: goed.

In **Upper Limb Disorders: Occupational aspects of management** van de *Royal College of Physicians* is er een goede samenhang tussen evidentie en de informatie in de richtlijn. Er is echter weinig evidentie gevonden die een antwoord geeft op de klinische vragen van deze thesis omdat de richtlijn zich vooral toespitst op het therapeutische. Er worden wel definities gegeven van de aandoeningen en informatie over de diagnose, maar hiervoor worden de samenhang tussen de evidentie en de informatie niet gegeven. De evidentie waarop de studie gebaseerd is, dateert uit 2007 en is dus niet helemaal courant. De richtlijn is wel toepasbaar in de Belgische context. Hij is opgesteld voor het helpen van mensen die computer- of ander werk doen met repetitieve houdingen of bewegingen. Dit komt ook voor in de Belgische bedrijven, er worden geen andere culturele elementen besproken.

Besluit: courantheid: matig-slecht – samenhang: onbekend voor de definities – toepasbaarheid: goed.

Consensus on a multidisciplinary treatment guideline for De Quervain disease: Results from the European HANDGUIDE study baseert zich niet op EBM-literatuur en richtlijnen voor het opstellen van de Guidelines, maar op de consensus van *expert opinions.* De richtlijn dateert van 2014. Er wordt duidelijk beschreven hoe er van een mening naar een consensus wordt gegaan. Dit gebeurt aan de hand van gestructureerde vragenlijsten volgens het 'Delphi-consensus model'[3]. Er is een cutoff-waarde van 70%, dit wil zeggen dat indien minder dan 70% van de experts dezelfde mening hebben, de informatie niet als richtlijn zal gebruikt worden. De enige evidence die geciteerd wordt in de guideline, is de originele paper van Finkelstein uit 1930[(13)].

In de consensus-guideline worden weinig populatiespecifieke in- en exclusiecriteria vermeld, waardoor de richtlijnen breed extrapoleerbaar zijn.

Besluit: courantheid: goed – samenhang: goede uitleg van procedure voor ontwikkeling, geen evidence – toepasbaarheid: goed.

[3] De Delphi consensus methode werd grotendeels ontwikkeld door Dalkey & Helmer. Het is een methode die wordt gebruikt om van *expert opinions* naar een consensus te gaan. Dit gebeurt aan de hand van vragenlijsten. Er zijn verschillende rondes waarbij anonieme vragenlijsten worden voorgelegd aan experts binnen een vakgebied. De antwoorden worden geanalyseerd door de onderzoeker en deze geeft feedback en deelt de verschillende meningen met de experts in volgende vragenlijsten. Door het doorlopen van de verschillende rondes kunnen meningen aangepast worden aan die van de andere experts en wordt er geprobeerd om over te gaan tot een consensus. [(14)]

1.6. Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie

Op basis van de screening van de gevonden richtlijnen, werden volgende Duodecim-richtlijnen uitgekozen voor adaptatie:

- *"The diagnosis is based on symptoms and clinical examination. Periodic pain or ache in the tendon areas of the wrist or forearm and provocation of symptoms in forced muscle movements in the area, and the affected tendon is tender on palpation or a crepitation is felt on palpation, or there is oedema on the extensor side of the wrist-forearm area."*(2)
- *"Symptoms are pain around the tendon, especially on movement of the wrist and thumb. The symptoms are most severe in the morning and alleviate with daily activities. The hand may feel weak, especially when gripping."* (2)
- *"In the intersection syndrome, pain and oedema localize more proximally and dorsally, 4-8cm from the radial styloid process at the point where the tendons of the short extensor and the long abductor of the thumb intersect with the radial extensor tendons of the wrist"* (2)
- *"De Quervain's disease: Stenosing tenosynovitis of the common tendon sheath of the m. abductor pollicis longus and m. extensor pollicis brevis. Pain provocation test: Finkelstein's test is positive when pain is provoked around the radial styloid process as the wrist is deviated in the ulnar direction and the thumb is flexed within the closed fist. The test is performed simultaneously in both hands and differences are registered. Tenderness on palpation at the radial styloid process (may be fairly minor). Sometimes (at the acute phase), crepitation and oedema may be found."* (2)
- *"Tendinitides of the wrist region are common in occupations that include repetitive straining of the hands e.g. in food industry. Risk factors include high amount of repetitive movements at work, use of great force, and wrist positions that deviate from the neutral mid-position. Tendinitides are more common in women than in men. People with rheumatoid arthritis frequently have tenosynovitides; these may also be associated with other rheumatic diseases."* (2)

In deze 5 onderdelen van de Duodecim-richtlijn komen klinische vraag 1 en 4 aan bod. Over klinische vraag 2 en 3 was er geen informatie terug te vinden in de Duodecim-richtlijn, maar wel in de andere gevonden richtlijnen. Er werd dus een toevoeging gedaan aan de oorspronkelijke Duodecim-richtlijnen. Het proces van adaptatie werd stap voor stap genoteerd in de matrix.

1.6.1. Klinische vraag 1

Voor de eerste klinische vraag, over anamnese en klinisch onderzoek bij patiënten met hand- en polsklachten werden volgende resulaten gevonden in de richtlijnen:

Bij **NHG** zijn ze iets uitgebreider in de omschrijving van de anamnestische en klinische factoren:

- Anamnestisch: locatie van de pijn, aanleiding van de pijn, tijdstip van optreden van de klachten, dagelijkse activiteiten.
- Klinisch: kleur, doorbloeding, warmte, zwelling/atrofie, bewegingsbeperking, paresthesieën, (subjectief) verminderde sensibiliteit en spierkracht en pijn bij beweging.

- De Quervain tendinitis: pijn aan de radiale zijde van de pols, drukpijn over de peesloge en positieve test van Finkelstein. De definitie van de test van Finkelstein is: “Laat de patiënt een vuist maken waarbij de vingers de duim omvatten, en waarbij de duimnagel zo ver mogelijk naar de basis van de pink wordt gebracht. Vervolgens wordt de vuist door de arts naar ulnair gedevieerd, waarbij de vuist in lichte extensie wordt gehouden.”[(1)]

In de **OAM**-richtlijn wordt een iets algemenere bescrhijving gegeven:

- Anamnestisch: pijn bij beweging ter hoogte van de getroffen peesloge
- Klinisch: gevoeligheid, zwelling, roodheid en crepitaties ter hoogte van de getroffen zone en de pijn is uitlokbaar door geresisteerde actieve bewegingen.

De **HANDGUIDE study** geeft enkel een richtlijn over de diagnose van De Quervain tendinitis:

- Pijn en zwelling ter hoogte van de duimbasis
- Kan plots of geleidelijk opkomen
- De pijn is uitlokbaar door beweging van de duim
- Positieve test van Finkelstein is suggestief voor de diagnose. De test van Finkelstein wordt in de HANDGUIDE study als volgt beschreven: “*In his original paper, Finkelstein described grasping the patients thumb and quickly abducting the hand ulnaward, which elicits an excruciating pain over the styloid tip. A disadvantage of this method is that the test is somewhat crude and can elicit pain in healthy individuals. In practice less crudely performed variants of this test are often used, sometimes in comparison with the healthy hand.*”[(10)]

De informatie uit de 4 richtlijnen komt dus grotendeels overeen, er werd enkel een toevoeging gedaan aan de originele Duodecim-richtlijn, deze is gebaseerd op een samenvoeging van de informatie uit de 3 gevonden richtlijnen met deze van de originele Duodecim-richtlijn.

1.6.2. Klinische vraag 2

Over de tweede klinische vraag in verband met de noodzaak aan technisch onderzoek, wordt er niets geschreven in de Duodecimrichtlijn. Ook in de **OAM**-richtlijn en **HANDGUIDE study** komt er niets aan bod over beeldvorming. De **NHG**-richtlijn vermeldt kort dat technisch onderzoek meestal niet nodig is.

Een de novo literatuurresearch leverde enkele EBM-artikels op in verband met beeldvorming bij tendinitiden van hand en pols. Huellner et al.[(15)] beschreven de bijdrage van CT, SPECT, MRI, botscan en RX aan de diagnose van niet-specifieke hand- en polsklachten. Hieruit bleek dat MRI en SPECT van deze vormen de meest zinvolle zijn voor het bevestigen van een diagnose van tendinitis in het hand-polsgebied. Sofka[(16)] analyseerde de bijdrage en vooruitgang van echografische technieken aan het onderzoek van de pols. Hieruit bleek dat er een grote vooruitgang is qua resolutie van echografie en dat dit qua kosten-batenverhouding de eerste keuze blijft bij verder onderzoek in het hand-polsgebied. Bij nazicht van de ACR appropriateness criteria[(11)] bleek dat het eerste keuze onderzoek bij chronische pols pijn een RX is, maar dat peesproblemen het best kunnen gediagnosticeerd worden met echo of MRI. De gevonden artikels zijn helaas bestemd voor de 2^{e} en 3^{e} lijn waardoor ze niet gebruikt kunnen worden voor de adaptatie van de richtlijn.

Er wordt een richtlijn met lage kwaliteit van evidence toegevoegd bij de adaptatie, namelijk dat beeldvorming meestal niet geïndiceerd is.

In tweede lijn kan mogelijks over worden gegaan tot beeldvorming met echo of MRI. Bij een onzekere diagnose is de eerste keuze een RX, gevolgd door een MRI. Dit werd niet in de aanbeveling vermeld omwille van de beperkte toepasbaarheid en evidence in eerste lijn.

1.6.3. Klinische vraag 3

Over de indeling van tendinitiden in graden, wordt er niets geschreven in de originele **Duodecim**-richtlijn. Ook in de **NHG**-standaard hand- en polsklachten en de **OAM**-richtlijn komt dit niet aan bod. Enkel in de **HANDGUIDE study** wordt er iets vermeld over indeling in graden afhankelijk van de duur en de ernst van de klachten, en hoe deze indeling een effect zal hebben op de keuze van behandeling.

- Indeling op basis van ernst: zeer mild – mild – matig – ernstig – zeer ernstig. Deze indeling is vooral gebaseerd op de ernst van de pijn, en in mindere mate op de ernst van functionele hinder. Er wordt echter geen verdere invulling gegeven aan de pijnschaling.
- Indeling op basis van duur: acuut (< 1 maand) – subacuut (1-2 maanden) – subacuut 2 (2-3 maanden) – Chronisch (3-6 maanden) – chronisch 2 (> 6 maanden). Het is niet duidelijk waarom de subacute en chronische fase in 2 delen verdeeld worden.

1.6.4. Klinische vraag 4

De laatste klinische vraag gaat over de risicofactoren voor hand- en polsklachten. In de **Duodecim**richtlijn worden de volgende risicofactoren beschreven:

- Werk met herhaalde bewegingen van hand en pols
- Gebruik van grote krachten
- Polshoudingen die afwijken van de neutrale mid-positie
- Vrouwelijk geslacht
- Reumatoïde artritis of andere reumatische aandoeningen

In de **NHG**-richtlijn worden ongunstige prognostische factoren beschreven die van toepassing zijn op hand- en polsklachten in het algemeen:

- Hogere leeftijd
- Vrouwelijk geslacht
- Klachten die langer dan 3 maanden bestaan bij het eerste consult
- Neiging tot somatiseren
- Gevoel van weinig controle te hebben over de pijnklachten en de gevolgen van de aandoening in het dagelijks functioneren

Daarnaast worden er enkele risicofactoren vermeld die specifiek van toepassing zijn op De Quervain tendinitis:

- Vooral bij vrouwen en meer tijdens de zwangerschap
- Komt vaak samen voor met chronische degeneratieve aandoeningen zoals artrose van het carpo-metacarpaal-1-gewricht.

De **Occupational Aspects of Management**-richtlijn draait volledig rond de preventie en behandeling van klachten van bovenste ledematen die uitgelokt worden door bewegingen en houdingen op de werkplaats. Er wordt geen duidelijke omschrijving gegeven van de risicofactoren op tendinitiden van hand en pols, enkel voorstellen tot aanpassen van de werkstations.

De **HANDGUIDE study** beschrijft instructies om te geven aan patiënten met De Quervain tendinitis om klachten te verminderen en dus risicofactoren te vermijden. Ze geven adviezen op 3 vlakken:

- Activiteiten: specifieke informatie over bepaalde activiteiten die de klachten kunnen verergeren voor een specifieke patiënt.
- Functie (kracht, range of motion, herhaalde bewegingen): focus op het vermijden van bepaalde types van belasting.
- Pijn: optreden van pijn moet werken als een 'noodrem' op de activiteiten.

De aanbevelingen in de andere richtlijnen komen in grote mate overeen met de Duodecimrichtlijn, er kan een kleine toevoeging worden gedaan op basis van de NHG-richtlijn.

1.7. Feedback van de leescommissie

Na het opsporen van de richtlijnen voor adaptatie en het vormen van de vernieuwde richtlijnen, werd de matrix voorgelegd aan de leescommissie van EBMPracticeNet ter nazicht. Op basis van deze beoordeling moesten nog enkele stappen aangevuld en verduidelijkt worden in de matrix, om beter weer te geven welke invloed de adaptatie zou hebben op het klinisch handelen. Er werd goedkeuring gegeven voor een mineure adaptatie van de Duodecim-richtlijnen.

2. Adaptatiefase

In de adaptatiefase werden de richtlijnen die in de screeningsfase gekozen werden voor adaptatie, aangepast op basis van de gevonden informatie. In deze scriptie ging het om een mineure adaptatie. De kwaliteit van evidence en sterkte van de nieuwe aanbevelingen werden vervolgens beoordeeld volgens de GRADE-methode[4]. Via deze methode kon er een uniforme codering worden toegekend aan de evidence en het niveau van aanbeveling van richtlijnen. Er werd een letter van A tot C toegekend die staat voor de kwaliteit van de evidence waarop de richtlijn gebaseerd is, en een cijfer van 1 tot 2 voor de graad van aanbeveling. Hieronder worden achtereenvolgens de geadapteerde aanbevelingen weergegeven met hun GRADE-score en de toelichting bij deze score.

Klinische vraag 1: GRADE 1-2C

Anamnestische criteria voor de diagnose van tendinitiden van de hand en pols zijn: periodieke pijn, gelokaliseerd op 1 specifieke plaats (meestal ter hoogte van de processus styloïdeus radii), uitgelokt door beweging. Bevragen van herhaalde hand- en polsbewegingen in de dagelijkse activiteiten is ook een belangrijk deel van de anamnese. Factoren bij klinisch onderzoek zijn: gelokaliseerde roodheid, zwelling of oedeem, crepitaties, drukpijn over de betrokken peesschede en pijn bij geresisteerde beweging.

Voor de diagnose van De Quervain tendinitis moeten 3 criteria voldaan zijn: 1. Pijn aan de radiaire zijde van de pols, 2. Drukpijn, oedeem en crepitaties ter hoogte van de processus styloïdeus radii en 3. Positieve test van Finkelstein (pijn uitgelokt door passieve ulnaire deviatie en lichte dorsiflexie van de pols met de duim in de vuist, waarbij de aangedane kant meer pijn doet in vergelijking met de gezonde kant).

De aanbevelingen die een antwoord vormen op de eerste klinische vraag, worden bevestigd in de 3 gevonden richtlijnen. Ze zouden bijgevolg beoordeeld kunnen worden als sterke aanbevelingen. Toch moet de opmerking gemaakt worden dat de kwaliteit van de richtlijnen waarop ze gebaseerd zijn, laag is, en dat er voor geen enkel van de richtlijnen is aangegeven welke GRADE of *level of evidence* ervoor is. Daarom wordt dit weergegeven als '1-2'. De evidence die deze richtlijn ondersteunt is niet van hoge kwaliteit en niet 100% courant, waardoor de letter B werd toegekend.

Klinische vraag 2: GRADE 2C

Beeldvorming is meestal niet geïndiceerd in eerste lijn.

Het is een zwakke aanbeveling die enkel ondersteund wordt door de NHG-richtlijn, waarbij er geen samenhang tussen evidence en richtlijn is beschreven. De studies die gevonden zijn over technisch onderzoek bij tendinitiden van de pols, zijn voor de 2e en 3e lijn geschreven en dus minder van toepassing voor de huisartsencontext.

[4] GRADE-tabel(17) in bijlage 2

Klinische vraag 3: GRADE 2C

Indeling van de klachten naar ernst en duur kan richting geven aan de behandeling van hand- en polsklachten. Hoe lager de ernst en duur, hoe conservatiever de behandeling, hoe hoger de ernst en duur, hoe sneller zal worden overgegaan tot heelkunde en corticoïdinfiltraties.

- De indeling naar ernst gaat van zeer mild tot zeer ernstig en is afhankelijk van de pijn en de ondervonden functionele hinder.
- Indeling van duur: acuut (< 1 maand), subacuut (1-3 maanden) en chronisch (>3 maanden).

De aanbeveling is enkel gebaseerd op de consensus van de HANDGUIDE study. Er worden ook geen concrete criteria gegeven voor de indeling in graden van ernst, dit is een subjectieve inschatting. Er is geen link naar evidence gevonden die deze indeling ondersteunt. Het is dus een zwakke aanbeveling met een laag niveau van bewijskracht (2C).

Klinische vraag 4: GRADE 1-2C

Risicofactoren zijn repititieve bewegingen op het werk, gebruik van grote krachten en polshoudingen die verschillen van de neutrale stand. Tendinitiden van hand en pols komen meer voor bij vrouwen en patiënten met reumatoïde artritis of degeneratieve aandoeningen van hand of pols. Daarnaast spelen ook hoge leeftijd en psychosociale factoren zoals coping en gevoel van controle een rol in het beloop van de aandoening.

Men zou weer kunnen besluiten dat het een sterke aanbeveling is omdat hij voorkomt in de Duodecimrichtlijn en in de NHG en HANDGUIDE study. Er is echter geen duidelijk verband tussen de aanbevelingen en de evidence weergegeven in de bronrichtlijnen en van geen enkele van de bronrichtlijnen wordt een GRADE of *level of evidence* aangegeven. Daarom besluiten we, zoals bij de aanbeveling voor klinische vraag 1, dat er niet kan besloten worden over de kracht van de aanbeveling en dat het niveau van bewijskracht laag is.

3. Implementatiefase

De laatste, en misschien wel de belangrijkste fase voor de klinische relevantie van de nieuwe richtlijnen, was de implementatiefase. Hierin werd een dossieronderzoek gedaan naar de actuele manier van diagnosestelling en behandeling van hand- en polsklachten in de eigen opleidingspraktijk om de huidige kennis en toepassing van de richtlijnen te testen. De resultaten van dit onderzoek werden besproken in een discussie met de collega's van de opleidingspraktijk.

Daarnaast werden de aangepaste richtlijnen voorgelegd aan een groep peers voor nazicht. Enerzijds werd de richtlijn gepresenteerd aan de collega's van de opleidingspraktijk (samen met de resultaten van het dossieronderzoek), en anderijds werd hij gepresenteerd aan collega HAIO's en in een gesprek werd bij hen gepolst naar de huidige manier van diagnostiek en codering en naar mogelijke valkuilen bij het gebruik van de geadapteerde richtlijn.

3.1. Dossieronderzoek

Voor het dossieronderzoek werd er een systematische zoektocht gedaan in de patiëntendossiers van de eigen opleidingspraktijk. Dit is een groepspraktijk gelegen in verstedelijkt gebied waarin 4 artsen en 1 HAIO werken. In de huidige praktijk wordt er gewerkt met Careconnect als medisch softwarepakket. Er bestaat een module "statistiek", waarbij patiëntenlijsten kunnen geëxporteerd worden op basis van bepaalde elementen in het EMD (elektronisch medisch dossier) van de patiënt. De zoekrobot is als volgt opgebouwd: je kan zoeken op elementen die voorkomen in de volgende categorieën: "Contact", "Evaluatie", "Export", "GMD", "Handeling", "Labouitslag", "Medicatie", "Medicatie intolerantie", "Parameter", "Patiëntenadministratie", "Planning", "Reden", "Vaccinatie", "Zorgaanpak" en "Zorgelement". Aan deze categorieën kan een waarde toegekend worden die wel of niet aanwezig moet zijn. Er kunnen verschillende categorieën met elkaar gecombineerd worden op 2 manieren: door een nieuwe lijn te maken in de zoekrobot wordt een "EN"-voorwaarde aan de zoektocht gekoppeld, door een nieuw element toe te voegen in éénzelfde categorie wordt een "OF"-voorwaarde aan de zoektocht gekoppeld.

Er werden 3 zoekformules ingegeven:

- Selectie op categorie "Patiëntenadministratie" met status "actief" EN categorie "Evaluatie" bevat "tendinitis" OF "overbelasting" EN categorie "Evaluatie" bevat "hand" OF "pols".
- Selectie op categorie "Patiëntgegevens" met status "actief" EN categorie "Evaluatie" bevat "de quervain".
- Selectie op categorie "Patiëntgegevens" met status "actief" EN categorie "Evaluatie" bevat "Finkelstein".

Deze zoekacties leverden respectievelijk 104, 45 en 0 patiënten op. Van deze patiënten kon een lijst worden gemaakt in Excel met elementen naar keuze. Ik koos voor de weergave van "patiëntgegevens", "subjectief", "objectief" en "evaluatie". Helaas was het via Careconnect niet mogelijk om enkel de "subjectief", "objectief" en "evaluatie" van de consulten die de elementen van de zoektocht bevatten, weer te geven. Via Excel filterde ik de resultaten op het voorkomen van "overbelasting", "tendinose", "tendinitis", "de quervain",… Dit leverde een lijst op van alle diagnoses. De consulten moesten

manueel nagekeken worden in het dossier om te kijken welke aanmeldingsklachten, klinisch onderzoek en behandeling bij de diagnose hoorden.

3.1.1. Resultaten dossieronderzoek

In bijlage 3 worden de resultaten in de vorm van tabellen weergegeven.

De **eerste zoekvraag** leverde 104 patiënten op die ooit (sinds het gebruik van het EMD) een diagnose kregen die de termen “tendinitis” of “overbelasting” en “hand” of “pols” bevatten. Dit bedraagt 1,74% van de totale actieve populatie (5970 patiënten). Na de selectie via Excel op dezelfde criteria (dus na het uitzuiveren van de consulten die niets te maken hadden met de zoektermen) bleven er van deze lijst 75 patiënten over, waarvan er nog 2 konden geschrapt worden bij manueel nazicht van de dossiers omdat er bij hen sprake was van tendinitis van de heup.

De teruggevonden resultaten dateerden van januari 1999 tot en met maart 2018. Er werden geen vroegere resultaten teruggevonden in de elektronische dossiers. Er zijn dus 4,5 diagnoses van tendinitis/tendinose/overbelasting per jaar voor de praktijk.

Van de 73 patiënten met tendinitis of overbelasting van hand of pols, waren er 44 vrouwen en 31 mannen. Er werden bij deze 73 patiënten in totaal 86 diagnoses gesteld van tendinitiden/tendinose/overbelasting (enkele bilaterale diagnoses op verschillende tijdstippen en 2 recidieven). De gemiddelde leeftijd waarop de klachten optraden, was 33,17 jaar. Bij de vrouwen lag de gemiddelde leeftijd net iets hoger dan bij de mannen, namelijk 33,71 jaar ten opzichte van 31,36 jaar. De oudste patiënt die gediagnosticeerd werd met tendinitis of overbelasting van hand of pols was 70 jaar en de jongste 14 jaar. Er waren in de praktijk 2 patiënten waarbij een recidief werd vastgesteld. Verder werd er uit dit kleinschalig dossieronderzoek weinig duidelijk over het beloop. Er werd maar af en toe aangegeven hoe vaak een patiënt terugkeerde voor dezelfde klacht en wanneer de patiënt genezen was, hieruit konden dus geen relevante conclusies getrokken worden.

Bij de zoektocht naar de codering van de diagnose, kwam de term “tendinitis van de pols” het meeste voor, namelijk 36 maal op een totaal van 86 diagnoses (73 patiënten, 2 recidieven en 11 patiënten met meerdere diagnoses aan 1 of beide kanten). Dit was goed voor 41,7% van de diagnoses. De tweede meest voorkomende term was “overbelastingstendinitis van de pols”, deze kwam 28 keer voor, wat overeenkomt met 32,6%. De derde meest voorkomende diagnose was “De Quervain tendinitis”, deze diagnose werd gesteld bij 15 patiënten, wat goed is voor 17,4%. Overige benamingen waren “tendinose” en meer specifieke tendinitiden, zoals “tendinitis van ulnaire polsextensoren”, “peritendinitis van de flexor carpi ulnarispees”,… Deze kwamen slechts in enkele gevallen voor.

Niet voor alle diagnoses werden de klachten ingevuld in het dossier, slechts voor 43% (37 van de 86 diagnoses) werd er een klacht aangegeven in het EMD. De meest voorkomende klacht was “pijn in de pols”, deze was goed voor 35,1% van de aangegeven klachten, “blijvende pijn” was goed voor 13,5% van de klachten en “pijn” in combinatie met werkfactoren was goed voor 10,8% van de aanmeldingsklachten. Slechts in 2 gevallen werd er geen pijn aangegeven als aanmeldingsklacht.

Het klinisch onderzoek werd nog schaarser beschreven in het EMD. Slechts bij 13 van de 86 diagnoses (15,1%) werden klinische factoren genoteerd. De klinische tekens die voorkwamen waren “zwelling”

bij 5 patiënten, “drukpijn” bij 5 patiënten, “pijn bij beweging” bij 3 patiënten en “crepitaties” bij 2 patiënten. Ook over technische onderzoeken is de informatie schaars, de vraag moet gesteld worden of dit komt omdat er weinig bijkomende onderzoeken gedaan worden of omdat het niet of onvoldoende genoteerd is in het dossier. Wat er kan besloten worden uit de beperkte resultaten (bij 12 van de 86 diagnoses werd iets vermeld over technisch onderzoek), is dat het eerste keuze onderzoek in de praktijk echografie is, dit werd elke keer uitgevoerd als er beeldvorming werd gedaan. In 3 van de 12 gevallen, werd een RX én een echografie gedaan.

Bij 37 van de 86 diagnoses (43%) werd een behandeling vermeld in het EMD. De meest voorkomende behandelingen zijn NSAID’s, goed voor 83,8% van de diagnoses waarbij behandeling vermeld werd. In 54,1% van de gevallen werd er enkel NSAID gegeven (topisch, systemisch of gecombineerd), in de overige gevallen werd dit geassocieerd met een andere behandeling, bijvoorbeeld een (gips)spalk, verwijzing naar een orthopedist of kinesist, of een infiltratie met corticoïden. De tweede meest voorkomende behandeling was immobilisatie doormiddel van een gips of spalk, dit gebeurde als solo therapie bij 16,2% van de casussen waarbij behandeling vermeld werd en in combinatie met een andere behandeling bij 5,9%. Gipsen was dus in totaal goed voor 22,1% van de behandelingen die genoteerd werden in het EMD. De populairste combinatie van behandeling, was (gips)spalk in combinatie met NSAID’s, dit kwam voor in 18,9% van de casussen. Verwijzing naar een orthopedist, infiltratie en kine gebeurden in alle gevallen pas na initiële behandeling met NSAID en/of spalk.

De **tweede zoekvraag** (“actief” en “De Quervain”) leverde een lijst met 45 patiënten op. Dit komt overeen met 0,75% van de actieve populatie die ooit de diagnose van De Quervain tendinitis kreeg. Dit aantal bleef bewaard na opkuisen van de Excel lijst en manueel nazicht van de dossiers. Bij nazicht waren er bij deze 45 patiënten 48 episodes van De Quervain tendinitis, er waren 2 patiënten met een recidief en 1 patiënt had op een verschillend tijdstip aan beide kanten een De Quervain tendinitis. De gegevens dateerden van januari 2000 tot en met maart 2018. Dit komt dus overeen met de 2,5 diagnoses van De Quervain tendinitis per jaar voor de hele praktijk.

Bij de 48 diagnoses van De Quervain tendinitis waren er 25 vrouwen en 20 mannen. De oudste was 70 jaar bij diagnose, de jongste 21 jaar. De gemiddelde leeftijd bij diagnose was 39,31 jaar, en bij vrouwen lag deze merkelijk hoger dan bij mannen, namelijk 43,20 jaar ten opzichte van 34,45 jaar. Het is niet duidelijk van waar dit verschil komt. De duur van de klachten kon enkel worden afgeleid uit het aantal en de data van de consulten die er voor deze klacht geweest zijn, concrete data hierover werd niet teruggevonden, dus de resultaten van dit onderdeel zijn met grote voorzichtigheid te interpreteren. Bij 12 van de 48 casussen werden er meerdere consulten voor de klacht gezien in het dossier, bij 4 ervan waren deze consulten binnen de duur van 1 maand, bij 4 ervan liepen ze over een periode van 1 tot 3 maanden, en bij de overige 4 liepen de consulten over meer dan 3 maanden. Dit is uiterst voorzichtig te interpreteren.

De meest voorkomende diagnostische term was “De Quervain tendinitis” zelf, dit was goed voor 33 van de 48 diagnoses (68,8%). Deze term werd gevolgd door “De Quervain tenosynovitis” bij 18,8% van de diagnoses. Bij 5 casussen (10,4%) was er onzekerheid over de diagnose en werd “De Quervain?” genoteerd in het dossier.

De meest voorkomende klacht was wederom pijn. Klachten werden in het dossier vermeld bij 25 van de 48 casussen (52,1%). “Pijn” kwam bij 19 van deze 25 casussen (76%) voor in het EMD, “werk” bij 4 casussen (16%), “overbelasting” bij 3 casussen (12%) en in 1 geval kwam “trauma” voor (4%).

Klinisch onderzoek werd slechts genoteerd bij 6 van de 48 diagnoses. De voornaamste klinische factor die vermeld werd, was drukpijn (bij 3 van de 6 casussen). Andere factoren die vermeld werden: pijn bij beweging, positief teken van Tinel[5] en positieve Finkelsteintest, allemaal 1 maal op de 6 casussen waarbij klinische factoren vermeld werden. Het is heel moeilijk om hieruit conclusies te trekken over klinische tekens bij De Quervain tendinitis, aangezien het om zo een laag aantal casussen gaat, waarbij er nota werd genomen van de klinische factoren (6 van de 48 casussen; m.a.w. 12,5%). In 8 gevallen van de 48 (16,7%) werd er in het dossier iets genoteerd over technisch onderzoek. Echo bleek weer in 100% van de gevallen te gebeuren, RX werd 4 van de 8 keer vermeld en een keer werd zelfs een keer een MRI gedaan. Deze cijfers zijn ook weer niet betrouwbaar te interpreteren omwille van de onzekerheid of er in alle andere gevallen geen verder onderzoek is gebeurd, dan wel dat het niet genoteerd werd in het dossier.

Bij 25 van de 48 casussen werd er een behandeling vermeld (52,1%). De meest voorkomende keuze was wederom NSAID: bij 16 van de 25 (64%) casussen waar behandeling beschreven werd, werden NSAID’s gegeven. In de helft van deze gevallen werden enkel NSAID’s gegeven, in de andere gevallen werden ze gecombineerd met een (gips)spalk, kine, verwijzing of infiltratie. Bij 40% van de patiënten werd een gips aangelegd, dit werd weliswaar slechts bij 1 patiënt als solo behandeling gebruikt (4%), in de andere gevallen werd dit gecombineerd met NSAID’s of kine achteraf.

De **derde zoekvraag**, naar “actieve” patiënten met “Finkelstein” in de evaluatie, leverde 0 resultaten op.

3.1.2. Feedback praktijk op dossieronderzoek

De resultaten van het dossieronderzoek werden besproken met de collega’s van de opleidingspraktijk. De resultaten lagen in de lijn van de verwachtingen op vlak van klachten, diagnostiek en behandeling. De frequentie van de diagnose zoals ze teruggevonden werd in het dossieronderzoek (4,5 diagnose van tendinitis/tendinose per jaar en 2,5 diagnose van De Quervain tendinitis per jaar) was wel duidelijk verschillend van het aanvoelen van de collega’s. De vermoedelijke oorzaak hiervan is het slecht noteren in de dossiers. Daarnaast is er in de periode van 1999-2018 twee maal van EMD veranderd. Bij die verandering is er telkens een stuk van de genoteerde informatie op de verkeerde plaats terechtgekomen. Er is ook wel een duidelijke tendens van beter ingevulde dossiers sinds het overschakelen naar het laatste nieuwe medische softwarepakket.

Bij navraag bleek de kennis over de diagnostische criteria van tendinitiden van hand en pols in de praktijk behoorlijk te zijn. Moeilijkheden waren het correct en volledig noteren van klachten, klinisch

[5] [5] Het teken van Tinel is een klinische test om de aanwezigheid van Carpal Tunnel Syndroom aan te tonen. De test kan op verschillende manieren uitgevoerd worden, maar de meest gekende manier is het tikken met de wijsvinger ter hoogte van de carpale tunnel. Indien dit tintelingen uitlokt in het distale nervus medianusgebied, is een neurogene compressie door Carpal Tunnel Syndroom aannemelijk.(18)

onderzoek en gecodeerde diagnose. Bij het coderen is de grootste barrière de onvolledigheid van de thesaurus van ICD-10 en de klinische differentiatie tussen de pezen.

Er werden in de praktijk niet zo vaak richtlijnen geraadpleegd, vooral de jongere collega's deden dit wel (bijvoorbeeld via EBMPracticeNet), maar vaker werd er gegrepen naar beeldvorming (echo met of zonder RX) om de diagnose te bevestigen of weerleggen.

De collega's waren het erover eens dat de diagnose en codering van tendinitiden van hand en pols vereenvoudigd kon worden door betere kennis, een eenvoudigere thesaurus voor codering met praktisch werkbare termen en met een duidelijke richtlijn voor huisartsen die gemakkelijk beschikbaar is, bijvoorbeeld gekoppeld aan de zoekterm "gewrichtspijn pols" in het medische softwarepakket.

3.1.3. Besluit dossieronderzoek

Omwille van de kleinschaligheid van het onderzoek en de beperking van de statistiekmodule in Careconnect, is het niet evident om goede conclusies uit het dossieronderzoek te trekken. Daarenboven zijn de dossiers in het verleden niet altijd volledig ingevuld, laat staan gecodeerd. In meer dan de helft van de gevallen ontbreken anamnestische en klinische gegevens, en ook over technisch onderzoek en behandeling is er niet altijd duidelijkheid. Er kon dus geen causaliteit uit de resultaten worden afgeleid, en een verband tussen de klachten en de codering kon bijvoorbeeld niet aangetoond of verworpen worden voor de opleidingspraktijk. Er werden wel wat tendensen duidelijk, die ik hier kort even zal toelichten.

In de meeste gevallen werd de codering eerder vaag gehouden. De meest voorkomende diagnostische term was "tendinitis van de pols". Dit zegt niks over de aangetaste pezen en de locatie van de pijn. In de eerste lijn is dit onderscheid echter minder belangrijk dat hen onderscheid tussen mild en zelflimiterend, en ernstig of blijvend.

De meest voorkomende klacht was pijn in de pols, onderarm of duim. In enkele gevallen werd er iets gezegd over de belasting van de handen of polsen en over het werk van de patiënt. De informatie die terug te vinden was over het klinisch onderzoek, bleef eerder vaag. Drukpijn was de meest voorkomende term, enkele keren werden ook zwelling en/of crepitaties vermeld, en slechts in 1 casus van beide searches werd de test van Finkelstein genoemd. Er werd maar af en toe iets vermeld over het technisch onderzoek, het is onduidelijk, mede door het slecht ingevuld zijn van de dossiers, of er enkel in deze gevallen werd overgegaan tot beeldvorming. Het meest voorkomende onderzoek was echo, dit werd soms gecombineerd met een RX en in 1 geval met MRI.

Bij de behandeling viel vooral op dat in de opleidingspraktijk NSAID's de eerste keuze zijn, gevolgd door gipsimmobilisatie of de combinatie van gips met NSAID.

Over de duur en het beloop van de ziekte-episodes vielen heel moeilijk conclusies te trekken omdat de informatie schaars en zeer vaag was.

3.2. Peer review – Opleidingspraktijk

In de opleidingspraktijk werd er een kransje georganiseerd waarop ik de resultaten van mijn dossieronderzoek en de geadapteerde richtlijn mocht presenteren met als doel een discussie op gang te brengen. De bespreking van het dossieronderzoek werd hierboven reeds besproken, de resultaten van de discussie over de nieuwe richtlijnen, volgen hier onder. Na het voorstellen van de richtlijnen werden er 4 vragen gesteld om de discussie op gang te brengen.

- Zijn de richtlijnen nuttig in eerste lijn?

De algemene consensus was dat de richtlijn zeker nuttig is in de eerste lijn, voor het beter opsporen, correct diagnosticeren en coderen van tendinitiden van hand en pols door de huisarts. Er werd tot nu toe soms te snel gegrepen naar technische onderzoeken omwille van onzekerheid over de diagnose. Dit kan vermeden worden door systematische toepassing van de richtlijn.

- Zijn de richtlijnen duidelijk en gemakkelijk toe te passen?

De richtlijn was voor iedereen duidelijk en zeer sterk gericht op anamnese en klinisch onderzoek. Buiten de kennis van de richtlijn is er dus niets nodig om hem te kunnen gebruiken.

- Welke moeilijkheden of barrières zijn er om de richtlijn te gebruiken?

De enige barrière die naar voor kwam uit de discussie was het moeilijk beschikbaar zijn van de richtlijn. Indien deze aan de klacht “gewrichtspijn pols” gekoppeld kan worden in de bibliotheek van het medisch softwarepakket, zou dit probleem kunnen opgelost worden in de opleidingspraktijk.

- Wat zou het gebruik kunnen vergemakkelijken?

Het koppelen van de richtlijn aan de klacht “gewrichtspijn pols” of de richtlijn beschikbaar stellen via EBMPracticeNet, zodat deze via de link in het dossier kan geraadpleegd worden. Ook een eenvoudig stappenplan zou de diagnostiek kunnen vergemakkelijken.

3.3. Peer review – Seminarie

Het tweede element van de peer review was een bespreking met de HAIO’s uit de seminariegroep Hasselt. Er werd eerst getoetst naar de voorkennis door middel van een online vragenlijst. Daarna werden de geadapteerde richtlijnen besproken op een seminarie.

3.3.1. Vragenlijst

De vragenlijst werd online aan de leden van de seminariegroep toegestuurd en ingevuld. De vragenlijst bevatte vragen rond 5 thema’s: demografie van de praktijk en diagnose, prevalentie, beloop en behandeling van tendinitiden van hand en pols in de huisartsenpraktijk. Het doel van de vragenlijst was om te polsen hoe de diagnose en behandeling nu gebeurt, welke richtlijnen er gebruikt worden en welke valkuilen zijn bij de diagnose en behandeling van tendinitiden van hand en pols. De vragen zijn terug te vinden in bijlage 4. Er was een goede voorkennis over tendinitiden van hand en pols bij de

HAIO's en de resultaten vielen, net zoals in de praktijk, grotendeels te rijmen met de geadapteerde richtlijn.

Een korte analyse van de antwoorden op de vragenlijst leverde volgende resultaten op:

- Alle HAIO's gaven aan wekelijks tot maandelijks patiënten met hand- en polslkachten te zien.
- De diagnose van een tendinitis wordt minder vaak gesteld, namelijk ongeveer 1 keer per maand, die van een specifieke tendinitis, zoals De Quervain, eerder in de grootte-orde van 1 keer per jaar.
- Belangrijke anamnestische factoren zijn pijn die uitgelokt of verergerd wordt door beweging, een belastende job/hobby en nachtelijke pijn.
- Klinisch onderzoek omvat inspectie, palpatie, actief, passief en geresisteerd bewegingsonderzoek en vaak ook onderzoek en specifieke testen vb. teken van Tinel of de test van Finkelstein (afhankelijk van de klachten).
- Het is onzeker welke argumenten aanleiding geven tot technisch onderzoek, maar het is wel duidelijk dat echo het voorkeursonderzoek is, gevolgd door RX en CT. MRI komt pas op de vierde plaats voor de HAIO's.
- Tweederde van de HAIO's ziet frequent een verband met activiteiten van de patiënt, een derde slechts soms.
- Codering is moeilijk, de meerderheid probeert de diagnose zo concreet mogelijk en via de ICD-10 codering te noteren in het dossier. Moeilijkheden zijn vage klachten, beperkte kennis over structuren en verschil tussen overbelasting (tendinose) en ontsteking (tendinitis), combinatie van aangedane structuren en beperktheid van de thesaurus.
- Tweederde maakt gebruik van richtlijnen voor de diagnose, deze zoeken ze via EBMPracticeNet, NHG, domus medica, cursus orthopedie, orthopedische websites of via Google.
- De voorkeursbehandelingen van de HAIO's zijn rust, NSAID's en infiltratie met corticoïden, in enkele gevallen wordt geopteerd voor een spalk, analgetica, verwijzijng of een ingreep.
- Moeilijkheden bij de behandeling zijn de beperkte kennis over beloop, beperkte ervaring met infiltraties, beperkte therapietrouw bij rust.

3.3.2. Discussie over geadapteerde aanbevelingen

Het tweede deel van de peer review in de seminariegroep, was het presenteren van de geadapteerde richtlijn in het seminarie met nadien een discussie over deze richtlijn aan de hand van 4 vragen (dezelfde vragen als bij de peer review in de opleidingspraktijk).

- Zijn de richtlijnen nuttig in eerste lijn?

De richtlijn werd door de HAIO's nuttig bevonden, vooral bij onzekerheid over de diagnose of onzekerheid over de eigen klinische inschatting zou de richtlijn van pas komen als houvast.

- Zijn de richtlijnen duidelijk en gemakkelijk toe te passen?

De richtlijn was voor iedereen zeer duidelijk, hij bevatte geen elementen die voor de HAIO's onbekend waren. Hij werd ook beoordeeld als gemakkelijk toepasbaar, omdat er enkel klinisch onderzoek en kennis voor nodig is om de richtlijn te volgen. Er is geen nood aan extra materiaal of onderzoeken.

- Welke moeilijkheden of barrières zijn er om de richtlijn te gebruiken?

De enige mogelijke barrière die uit de discussie naar voor kwam, was de beschikbaarheid. Indien de richtlijnen moeilijk te vinden zijn, wordt het al eens achterwege gelaten om ze op te zoeken tijdens de consultatie. Sommige richtlijnen zijn ook onoverzichtelijk, en daardoor onpraktisch in gebruik.

- Wat zou het gebruik ervan kunnen vergemakkelijken?

Het eenvoudig en beknopt weergeven van de kernboodschappen en het eenvoudig en duidelijk beschikbaar stellen van de richtlijnen, bijvoorbeeld op basis van de zoekterm "gewrichtspijn pols" in plaats van specifieke termen zoals: "tendinitis polsflexoren" of "De Quervain tendinitis".

3.4. Besluit implementatiefase

Uit de onderzoeken en gesprekken tijdens de implementatie is gebleken dat de kennis over tendinitiden van hand en pols bij de ondervraagde collega's op een goed niveau zit. De praktijk komt voor beide groepen grotendeels overeen met de geadapteerde richtlijnen.

Een belangrijk probleem dat in beide groepen naar voor kwam is dat de kennis van anatomie van de hand- en polsregio soms onvoldoende is om de aangedane structuur aan te duiden. Dit is echter van beperkt belang in de initiële behandeling van de klachten. Een tweede groot probleem is het gecodeerd noteren, dit hangt deels samen met het vorige, maar ook met de beperktheid en tegelijk de complexheid van de ICD-10-codering.

De nieuwe richtlijn kan ondersteuning bieden om met meer zekerheid de juiste diagnose te stellen en om minder technische onderzoeken uit te voeren om tot een zekerheidsdiagnose te komen.

Een eenvoudige flowchart of tabel voor diagnostiek van peesaandoeningen zou ook een zeer praktische ondersteuning kunnen bieden voor de klinische diagnose.

Om de codering te verbeteren zou de thesaurus van de ICD-10 codering moeten aangepast worden, dit valt helaas buiten het bestek van deze manamathesis.

Resultaten

1. Geadapteerde richtlijn

De therapeutische richtlijnen werden geadapteerd in de scriptie van collega HAIO Teun Fransen en de resultaten zijn terug te vinden in zijn scriptie. De aanbevelingen over prevalentie, epidemiologie en etiologie werden niet geadapteerd in deze thesis omdat ze buiten het bestek van de klinische vragen vielen.

1.1. Achtergrond

Pijnklachten in de hand en pols komen relatief vaak voor in de huisartsenpraktijk. Er zijn veel mogelijke oorzaken voor pijn in deze regio. Deze scriptie focust zich op het diagnosticeren van peesproblemen in deze regio. Uit het onderzoek is gebleken dat het niet altijd evident is om de diagnose van een specifieke tendinitis te stellen of om er de term “tendinitis” op te plakken door de vage klachten en de complexe anatomie van deze zone. Met de geadapteerde richtlijn willen we hier proberen duidelijkheid in te scheppen.

1.2. Doelstellingen en doelgroep

Het doel van deze richtlijn is om wetenschappelijk onderbouwde informatie te voorzien die Belgische huisartsen kan helpen bij het diagnosticeren van tendinitiden van hand en pols.

1.3. Patiëntenpopulatie

De aanbevelingen zijn gebaseerd op de volwassen Belgische eerstelijnspopulatie.

1.4. Klinische vragen

In deze richtlijn proberen we een antwoord te formuleren op volgende vragen:

- Wat zijn anamnestische of klinische tekens (vb. de test van Finkelstein) die de diagnose van tendinitiden van hand en pols kunnen aantonen bij patiënten met hand- en polsklachten in de Belgische huisartsensetting?
- Is er een meerwaarde van gebruik van echo en MRI bij diagnose van tendinitiden van de voorarm bij patiënten met hand- en polsklachten in de Belgische 1e lijn?
- Wat is het verschil in behandeling, duur van klachten en recidiefkans bij de verschillende graden van tendinitiden van de voorarm bij patiënten met hand- en polsklachten in de Belgische huisartsenpraktijken?
- Wat is de invloed van het opsporen en vermijden van risicofactoren op de ziekteduur en de agressiviteit van behandeling van tendinopathieën van hand en pols in de Belgische huisartsenpraktijken?

1.5. Kernboodschappen

Anamnese: GRADE 1-2B

- periodieke pijn
- pijn gelokaliseerd op 1 specifieke plaats (meestal ter hoogte van de processus styloïdeus radii)
- pijn uitgelokt door beweging
- frequente belasting van hand en pols in dagelijkse activiteiten

Klinisch onderzoek: GRADE 1-2B

- lokale zwelling, oedeem of roodheid
- crepitaties en/of drukpijn over de betrokken peesschede
- pijn bij geresisteerde beweging.

De Quervain tendinitis: GRADE 1-2B

3 criteria:

- Pijn aan de radiare zijde van de pols,
- Drukpijn, oedeem en crepitaties ter hoogte van de processus styloïdeus radii
- Positieve test van Finkelstein (pijn uitgelokt door ulnaire deviatie + lichte dorsiflexie van de pols met de duim in de vuist, waarbij de aangedane kant meer pijn doet in vergelijking met de gezonde kant).

Technisch onderzoek: GRADE 2C

- Aanvullend onderzoek is meestal niet geïndiceerd in eerste lijn

Indeling: GRADE 2C

- Ernst: zeer mild, mild, matig, ernstig of zeer ersntig afhankelijk van pijn en functionele hinder
- Duur: acuut (<1 maand), subacuut (1-3 maanden) en chronisch (>3 maanden)
- Indeling kan richting geven aan invasiviteit van behandeling

Risicofactoren: GRADE 1-2C

- repititieve bewegingen op het werk
- gebruik van grote krachten
- polshoudingen die verschillen van de neutrale stand
- vrouwelijk geslacht
- hogere leeftijd
- psychosociale factoren (coping, gevoel van controle,…)
- reumatoïde artritis of degeneratieve aandoeningen van hand of pols.

1.6. Peer review

De richtlijn werd voorgelegd aan een groep HAIO's tijdens het seminarie en werd besproken op een wetenschappelijk kransje binnen de eigen opleidingspraktijk.

1.7. Planning voor update

Een update van de richtlijn dient elke 5 jaar te gebeuren.

1.8. Referenties

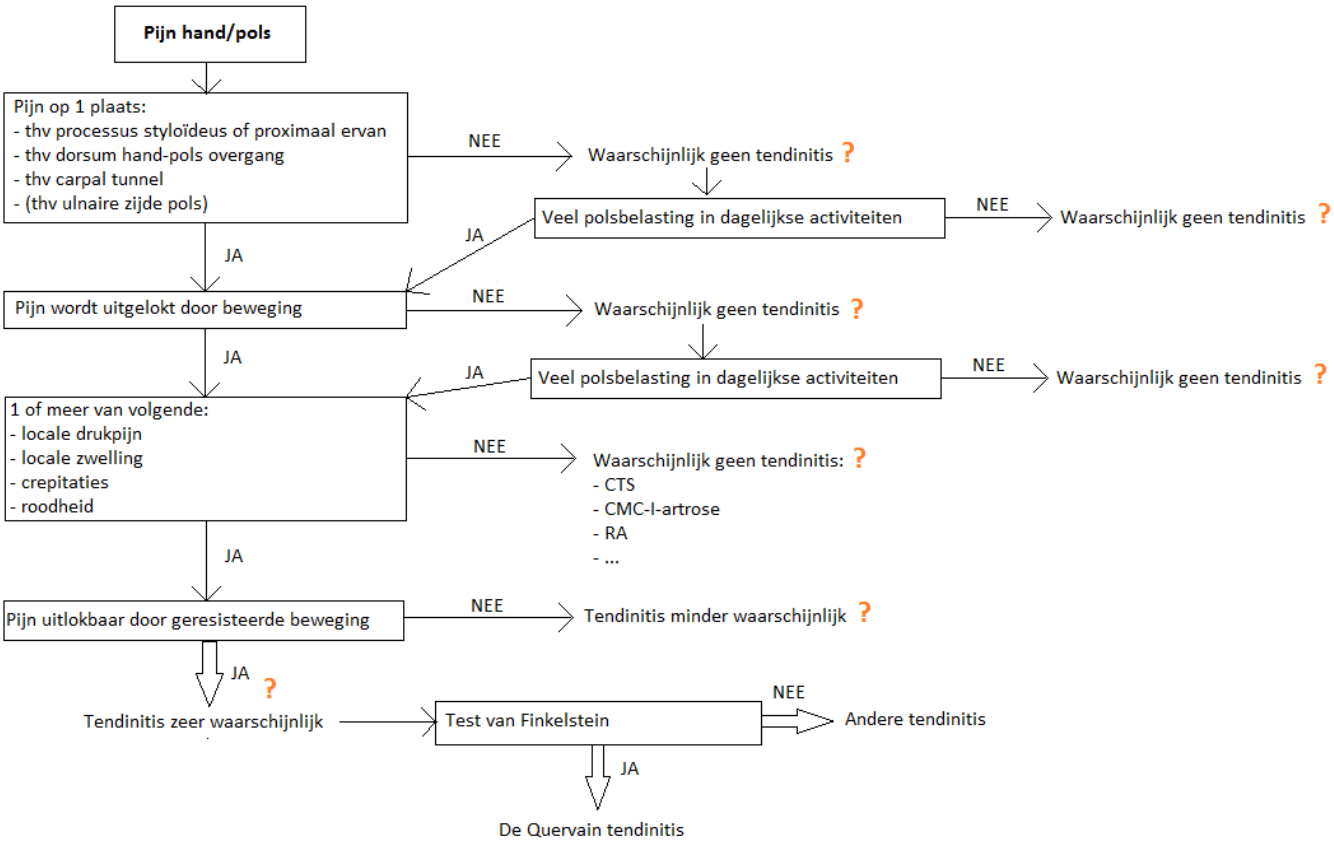
Zie referenties achteraan de scriptie.

1.9. Auteurs en belangen

Dr. Teun Fransen en Dr. Michiele Vanaenrode, huisartsen in opleiding, ingeschreven aan de Ugent, onder toezicht van Prof. Dr. Dirk Avonts en Dr. Tom Poelman (beiden lid van de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Ugent). Er is geen sprake van belangenvermenging.

2. Flowchart

Een eenvoudige flowchart zal mogelijks de diagnostiek van tendinitiden van hand pols kunnen vereenvoudigen. Op basis van de geadapteerde richtlijnen, deed ik een poging om een flowchart voor de klinische diagnose van tendinitiden van hand en pols op te stellen. Het voorstel is hieronder terug te vinden. Een probleem is echter dat er op basis van deze flowchart niet met zekerheid kan gezegd worden of een patiënt wel of geen tendinitis heeft omwille van afwezige informatie over de sensitiviteit en specificiteit van de klinische elementen. De vraagtekens in de flowchart geven de onduidelijkheden weer. Daarnaast is het ook niet duidelijk waar technisch onderzoek geïndiceerd is. Er is nood aan verder onderzoek naar de sensitiviteit en specificiteit van de anamnestische en klinische tekens en naar de plaats van technisch onderzoek om deze flowchart betrouwbaarder te maken.



Discussie

Het doel van deze scriptie was om het diagnostisch deel van de Duodecimrichtlijn over tendinitiden van hand en pols te adapteren aan de Belgische eerstelijnscontext. Dit gebeurde aan de hand van een systematische literatuurzoektocht naar internationale richtlijnen en Belgische EBM. De gevonden informatie werd stap voor stap geanalyseerd en genoteerd in een matrix. Zo werd de inhoud geïnventariseerd, de kwaliteit beoordeeld en de samenhang, de courantheid en de toepasbaarheid in de Belgische eerstelijnscontext nagekeken. Deze uitvoerige analyse was van groot belang voor een sterke methodologische ondersteuning van de geadapteerde richtlijnen. Dit werd doorheen het proces duidelijk. In de meeste van de teruggevonden bronrichtlijnen werd deze methodologie niet of nauwelijks beschreven, waardoor er maar een lage kwaliteit aan de aanbevelingen kan toegekend worden.

Er werden in de zoektocht slechts weinig internationale richtlijnen teruggevonden. We vonden er 3, die dateerden van tussen 2009 en 2014. Deze richtlijnen handelden over hand- en polsklachten in het algemeen, of tendinitiden van het bovenste lidmaat, of juist enkel over De Quervaintendinitis. Er werd geen richtlijn teruggevonden die het hele onderwerp dekte. Hierdoor was het moeilijk om goede, eenvoudige richtlijnen te formuleren. De geadapteerde richtlijnen zijn mede daarom voornamelijk gebaseerd op de Duodecimrichtlijn, met een mineure adaptatie.

De geadapteerde richtlijnen zijn zwakke aanbevelingen met matig tot lage kwaliteit van *evidence*. Over de sterkte van sommige aanbeveligen kan echter gediscussieërd worden, aangezien 3 van de 4 bronrichtlijnen grotendeels dezelfde aanbevelingen geven voor klinische vragen 1 en 4. De courantheid is middelmatig en de samenhang kan niet als goed beoordeeld worden, aangezien de richtlijnen gebaseerd zijn op bronrichtlijnen met matige tot slechte methodologische transparantie. Ze krijgen dus een GRADE van 1-2B voor klinische vraag 1, 2C voor klinische vragen 2 en 3 en 1-2C voor klinische vraag 4.

De geadapteerde aanbevelingen voor de 4 klinishe vragen in deze thesis werden door 2 afzonderlijke peergroepen als nuttig en eenvoudig toepasbaar beoordeeld in de Belgische eerste lijn. Er is niets nodig voor het toepassen van de richtlijn buiten kennis van de pathologie en het klinische beeld en het ter beschikking hebben van de richtlijn. Een duidelijke flowchart die de diagnostiek kan vergemakkelijken zou een handige tool kunnen zijn in de praktijk. Er werd een aanzet gegeven tot een dergelijke flowchart in de resultaten, deze is echter nog niet betrouwbaar in de praktijk omdat gegevens over sensitiviteit en specificiteit van anamnestische en klinische factoren ontbreken. Er is dus verder onderzoek nodig naar deze gegevens.

De geadapteerde aanbevelingen worden nog voorgelegd aan de leescommissie voor een finale beoordeling, alvorens ze hopelijk zullen beschikbaar gesteld worden via EBMPracticeNet voor gebruik in de Belgische huisartsenpraktijken. Er is zeker nood aan een update van deze richtlijn binnen 5 jaar. Hopelijk is er tegen dan beter *evidence based* informatie beschikbaar, met onderzoeken van hoge kwaliteit naar onder andere de sensitiviteit en specificiteit van de anamnestische en klinische factoren bij de diagnose van tendinitiden van hand en pols en de plaats van beeldvorming in het bevestigen of uitsluiten van tendinitiden..

Besluit

De Duodecimrichtlijnen zijn na grondige literatuurresearch- en analyse slechts mineur geadapteerd op basis van de NHG-richtlijn, de OAM-richtlijn en de HANDGUIDE study. Er is maar beperkte informatie beschikbaar rond dit onderwerp en de informatie die we hebben gevonden is van lage methodologische kwaliteit. De toetsing in de praktijk toont wel duidelijk gelijkenis met de aanbevelingen. Er is nood aan verder onderzoek om de kwaliteit van de richtlijnen te verbeteren, hoewel ze in de praktijk gemakkelijk en breed toepasbaar lijken.

Het schrijven van deze thesis was een leerrijke ervaring, die me kennis heeft doen maken met het frustrerende van wetenschappelijk onderzoek. Soms zijn er geen bewijzen en kunnen we ons enkel baseren op 'aangenomen richtlijnen'. Dit strookt niet met de kritische ingesteldheid die ze ons mee proberen geven vanuit de opleiding. Deze hele scriptie lijkt op die manier weinig zinvol te zijn omdat de aanbevelingen maar beperkt geadapteerd zijn kunnen worden, maar anderzijds betekent dit ook dat we de aanbevelingen kunnen aannemen zoals ze zijn, en dat er maar weinig informatie aan toe te voegen valt. Het is aan wetenschappelijk georiënteerde collega's om meer onderzoek te doen in deze vakgebieden om betere kwaliteit te kunnen garanderen.

Voor nu zijn de richtlijnen goed bruikbaar in eerste lijn, zolang we in ons achterhoofd houden dat nieuw onderzoek de richtlijnen mogelijks kan veranderen.

Referenties

(1) Peters-Veluthamaningal C, Willems W, Smeets JGE, Van der Windt DAWM, Spies MN, Strackee SD, Vos K, Wind LA, Geraets JJXR. NHG-standaard hand- en polsklachten. HUISARTS WET 2010;53(1):22-39.

(2) Viikari-Juntura E. De Quervain's disease and other tendinitides of the wrist and forearm. DUODECIM 2013, update 5/2017. Opgehaald op 17 januari 2017, van http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ebmg/home

(3) The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. 2009. Opgehaald op 23 maart 2017, van http://www.g-i-n.net

(4) Harrington JM, Carter JT, Birrell L, Gompertz D. Surveillance case definitions for work related upper limb pain syndromes. OCCUP ENVIRON MED. 1998;55:264-271.

(5) Walker-Bone K, Palmer KT, Reading I, CoggonD, Cooper C. Prevalence and impact of musculoskeletal disorders of the upper limb in the general population. ARTHRITIS RHEUM. 2004;51:642-651.

(6) Moore JS. De Quervain's tenosynovitis. Stenosing tenosynovitis of the first dorsal compartment. J OCCUP ENVIRON MED. 1997;39:990-1002.

(7) Winkel D, Martens M, Wyffels P. Orthopedische geneeskunde. Onderzoek, diagnose en behandeling van de extremiteiten. Bohn Stafleu van Longhum, Houten, 1995.

(8) MeSH: Medical Subject Headings. PubMed. Beschikbaar via: https://www.pubmed.be/library/old/MeSH.htm

(9) NHS Plus, Royal College of Physicians, Faculty of Occupational Medicine: Upper limb disorders: occupational aspects of management: A national guideline. RCP. London. 2009.

(10) Huisstede BMA, Coert JH, Fridén J, Hoogvliet P; for the European HANDGUIDE Group. Consensus on a multidisciplinary treatment guideline for de Quervain disease: Results From the European HANDGUIDE study. PHYS THER. 2014;94:1095-1110.

(11) Rubin DA, Roberts CC, Bencardino JT, Bell AM, Cassidy CR, Chang EY, Gyftopoulos S, Metter DF, Morrison WB, Subhas N, Tambar S, Towers JD, Yu JS, Kransdorf MJ; for the Americal College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria® Chronic Wrist Pain. 2000, revisie in 2017. Opgehaald op 4 april 2017, van https://www.guidelinecentral.com/summaries/acr-appropriateness-criteria-chronic-wrist-pain/

(12) Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna S, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L for the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. CAN MED ASSOC J. *2010.* Online beschikbaar op 5 juli 2010. doi:10.1503/cmaj.090449. Opgehaald op 8 april 2017, van https://www.agreetrust.org/agree-ii/

(13) Finkelstein H. Stenosing tenosynovitis at the radial styloid process. J BONE JOINT SURG. 1930;12:509-540.

(14) Hsu CC, Sandford BA. The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus. PRACTICAL ASSESSMENT, RESEARCH & EVALUATION. 2007;12(10).

(15) Huellner MW, Bürkert A, Strobel K, Pérez Lago Mdel S, Werner L, Hug U, von Wartburg U, B, Veit-Hailbach P. Imaging non-specific wrist pain: interobserver agreement and diagnostic accuracy of SPECT/CT, MRI, CT, bone scan and plain radiographs. PLOS ONE. 2013;8(12):e85359.
(16) Sofka CM. Ultrasound of the hand and wrist. ULTRASOUND Q. 2014;30(3):184-192.
(17) Van Royen P. GRADE: Een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling aan te geven. HUISARTS NU. 2008;37(9):505-509.
(18) De Rijk MC. De diagnostische waarde van het teken van Tinel. TIJDSCHR NEUROL NEUROCHIR. 2011;112(6):297-299.

Lijst van gebruikte afkortingen

Afkorting	Betekenis
ACR	American College of Radiologists
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
BCFI	Belgisch Centrum voor Farmaceutische Informatie
CEBAM	Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine
EBM	Evidence Based Medicine
EMD	Elektronisch medisch dossier
G-I-N	Guidelines International Network
HAIO	Huisarts in opleiding
ICD-10	De tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
MeSH	Medical Subject Headings
MRI	Magnetic Resonance Imaging
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
OAM	Upper Limb Disorders: Occupational Aspects of Management: A National Guideline
PIPOH	Patient/Population, Intervention/interest, Professionals targeted by guideline, Outcomes en Healthcare setting
RCP	Royal College of Physicians

Bijlagen

Bijlage 1: AGREE-tabellen

NHG-standaard Hand- en pols klachten	Item	Evaluator 1	Evaluator 2	major remarks
Scope and purpose	1	3	5	Doel niet letterlijk beschreven
	2	5	2	De vragen zijn beschreven als stellingen
	3	6	6	Nederlandse bevolking (niet Belgische)
TOTAAL /21		14	13	
Stakeholder involvement	4	6	5	Naast huisartsen nog andere zorggroepen
	5	2	1	Niet specifiek beschreven
	6	7	4	Huisartsen
TOTAAL /21		15	10	
Rigour of development	7	1	1	Niet beschreven
	8	1	1	Niet beschreven
	9	1	1	Niet beschreven
	10	1	1	Niet beschreven
	11	2	3	Vaag beschreven
	12	1	5	Niet beschreven
	13	5	3	Nagekeken door 2 experts
	14	1	1	Niet beschreven
TOTAAL /56		13	16	
Clarity and presentation	15	6	4	Per klacht beschreven
	16	6	4	Vaste indeling: advies, conservatieve behandeling en verwijzing
	17	5	6	Redelijk duidelijk, per stukje, geen tabel
TOTAAL /21		17	14	
Applicability	18	2	1	Niet beschreven
	19	6	4	
	20	3	1	Niet beschreven, minder belangrijk
	21	1	1	Niet beschreven
TOTAAL /28		12	7	
Editorial independence	22	1	1	Niet beschreven
	23	1	3	Niet beschreven
TOTAAL /14		2	4	
OVERALL ASSESSMENT	67,5/161			**REMARKS**
Strongly recommend				
Recommend (with provisos / alterations)		X	X	Duidelijk geformuleerde richtlijn, voor een welomschreven doelpubliek, MAAR kwaliteit van evidence en hoe ze hieruit richtlijnen opgesteld hebben, wordt niet besproken.
Would not recommend				
Unsure				

Upper limb disorders: Occupational aspects of management	Item	Evaluator 1	Evaluator 2	major remarks
Scope and purpose	1	6	5	Letterlijk beschreven
	2	7	6	Letterlijk beschreven, per onderdeel
	3	5	5	Niet letterlijk, maar komt wel aan bod
TOTAAL /21		18	16	
Stakeholder involvement	4	5	7	Voornamelijk arbeidsgeneeskunde, minder huisarts
	5	5	5	Patiënten en werkgevers
	6	7	7	Letterlijk beschreven
TOTAAL /21		17	19	
Rigour of development	7	7	7	In appendix beschreven
	8	7	6	Voor alle searches beschreven
	9	6	5	Voor alle geselecteerde artikels beschreven
	10	6	4	Volledig hoofdstuk
	11	5	4	Letterlijk beschreven in 'Developement'
	12	6	6	Voor elke studie zijn besluit en conclusies van de onderzoekers beschreven
	13	5	2	Proefperiode bij een groep betrokkenen vóór publicatie
	14	5	4	Termijn is voorzien, methode niet beschreven
TOTAAL /56		47	38	
Clarity and presentation	15	5	5	Geen invulling bij het type van interventie, verschilt in de verschillende studies
	16	6	4	Per onderdeel en samenvattende tabel
	17	7	6	In samenvattende tabellen
TOTAAL /21		18	15	
Applicability	18	5	2	Beschreven, maar gaat eerder over de toepasbaarheid van de resultaten van de RCT's
	19	5	4	Folders voor patiënten en werkgevers
	20	2	2	Komt minder aan bod
	21	6	2	Criteria zijn weergegeven, wel afhankelijk van documentatie
TOTAAL /28		18	10	
Editorial independence	22	4	5	De chief of science van de financierende instelling zit in de ontwikkelingsgroep
	23	7	7	Besproken en indien nodig aangepast bij elke meeting
TOTAAL /14		11	12	
OVERALL ASSESSMENT	119,5/161			**REMARKS**
Strongly recommend		X	X	**Goede richtlijn die duidelijk het verband aangeeft met bestaande literatuur en de kwaliteit daarvan, zich zoveel mogelijk probeert te baseren op evidence van hoge kwaliteit en die de zoek- en ontwikkelingsstrategie duidelijk weergeven.**
Recommend (with provisos / alterations)		X	X	
Would not recommend				
Unsure				

Consensus on a multidisciplinary treatment guideline for De Quervain disease: Results from the European HANDGUIDE study;	Item	Evaluator 1	Evaluator 2	major remarks
Scope and purpose	1	5	4	Beschreven, later uitgediept (niet in abstract)
	2	4	2	Vragen worden duidelijk, maar zijn niet specifiek beschreven
	3	5	2	Niet verder omschreven dan 'De Quervain tendinitis'
TOTAAL /21		14	8	
Stakeholder involvement	4	3	2	Handchirurgen, handkinesisten en fysische gnk, geen huisartsen
	5	1	1	Niet beschreven
	6	6	4	Iedereen die ermee in aanraking komt, maar methode niet beschreven
TOTAAL /21		10	7	
Rigour of development	7	6	6	Methode in de appendix
	8	6	3	Gezocht naar RCT's en high quality evidence en deze gescoord op levels of evidence volgens criteria in de appendix
	9	4	2	Beschrijven dat er weinig/gee RCT's zijn, maar zijn niet specifiek over de voor- en nadelen van expert consensus.
	10	6	5	Er wordt beschreven hoe er in rondes tot een consensus gekomen wordt voor elk onderdeel van diagnose en behandeling.
	11	3	2	Minder aandacht voor outcome, geen beschrijving van kortere duur v. symptomen/symptoomverlichting/werkhervatting.
	12	1	2	Niet direct gebaseerd op wetenschappelijke evidence, maar op expert opinions.
	13	1	1	Niet beschreven
	14	5	2	Indicaties voor wanneer update nodig zal zijn en voor verdere research, geen methode.
TOTAAL /56		32	23	
Clarity and presentation	15	6	3	Schematisch per soort, ernst en duur, niet heel duidelijk.
	16	7	4	Soms weergegeven in een tabel.
	17	6	3	Geen samenvatting, maar de aanbevelingen worden wel per deel weergegeven in tabellen.
TOTAAL /21		19	10	
Applicability	18	4	4	Niet specifiek, maar geeft wel aan wie de aanbeveling kan gebruiken op welke manier en met welk doel.
	19	1	3	Verdoken beschreven op het einde.
	20	1	1	Niet beschreven
	21	1	1	Niet beschreven
TOTAAL /28		7	9	
Editorial independence	22	6	4	Fundering gebeurt door een instantie die losstaat van de experts die de richtlijn opstellen.
	23	1	1	Niet beschreven
TOTAAL /14		7	5	
OVERALL ASSESSMENT	**75,5/161**			**REMARKS**
Strongly recommend				
Recommend (with provisos / alterations)		X		Goede, redelijk duidelijke richtlijn, maar lage quality of evidence omdat hij niet rechtstreeks gebaseerd is op high quality evidence, maar op expert opinions.
Would not recommend				
Unsure				

Bijlage 2: GRADE-tabel[16]

Graden van aanbeveling		Voordelen versus nadelen en risico's	Methodologische kwaliteit van de studies	Implicaties
1 A	Sterke aanbeveling, hoge graad van evidentie	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's.	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies.	Sterke aanbeveling, kan worden toegepast bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden.
1 B	Sterke aanbeveling, matige graad van evidentie	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's.	RCT's met beperkingen of sterke evidentie vanuit observationele studies.	Sterke aanbeveling, kan worden toegepast bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden.
1 C	Sterke aanbeveling, lage of zeer lage graad van evidentie	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's.	Observationele studies of casestudies.	Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er hogere evidentie beschikbaar komt.
2 A	Zwakke aanbeveling, hoge graad van evidentie	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's.	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies.	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen naargelang de omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden.
2 B	Zwakke aanbeveling, matige graad van evidentie	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's.	RCT's met beperkingen of sterke evidentie vanuit observationele studies.	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen naargelang de omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden.
2 C	Zwakke aanbeveling, lage of zeer lage graad van evidentie	Onzekerheid over voor- of nadelen – evenwicht tussen beide is mogelijk.	Observationele studies of casestudies of RCT's met majeure beperkingen.	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn.

Bijlage 3: Tabellen dossieronderzoek

	Zoekvraag 1 (n=86)		Zoekvraag 2 (n=48)	
DIAGNOSE	**Aantal**	**Percentage**	**Aantal**	**Percentage**
Tendinitis pols	36	41,7%	0	0,0%
Overbelastingstendinitis pols	18	32,6%	0	0,0%
De Quervain tendinitis	16	17,4%	33	68,8%
De Quervain?	0	0,0%	5	10,4%
De Quervain tenosynovitis	0	0,0%	9	18,8%
Tendinitis	3	3,5%	0	0,0%
Tendinitis polsflexoren	2	2,3%	0	0,0%
Tendinitis vingerflexoren	2	2,3%	0	0,0%
Tendinitis polsextensoren (ulnair)	2	2,3%	0	0,0%
Tendinitis hand	1	1,2%	0	0,0%
Paratendinitis ulnaire zijde pols	1	1,2%	0	0,0%
Tendinose en peritendinitis flexor carpi ulnarispees	1	1,2%	0	0,0%
Tendinose pols	1	1,2%	0	0,0%
Tendinose radiale zijde pols	1	1,2%	0	0,0%
Tendinopathie	1	1,2%	0	0,0%

Tabel 3: Gecodeerde diagnoses in de dossiers per zoekvraag.

	Zoekvraag 1 (n=37)		Zoekvraag 2 (n=25)	
KLACHTEN	**Aantal**	**Percentage**	**Aantal**	**Percentage**
Pijn	31	83,8%	19	76,0%
- Pijn pols	13	35,1%	11	44,0%
- Blijvende pijn	5	13,5%	3	12,0%
- Pijn onderarm	3	8,1%	0	0,0%
- Pijn + activiteit	4	10,8%	2	8,0%
- Pijn duim	2	5,4%	1	4,0%
- Pijn + zwelling	2	5,4%	1	4,0%
- Pijn hand	1	2,7%	0	0,0%
- Pijn re wijsvinger	1	2,7%	0	0,0%
- Bewegingsgebonden pijn	0	0,0%	1	4,0%
Trauma	2	5,4%	1	4,0%
Werk/activiteit	4	10,8%	3	12,0%
RSI (repetitive strain injury)	2	5,4%	1	4,0%
Overbelasting pols	0	0,0%	2	8,0%
Paresthesieën	0	0,0%	1	4,0%

Tabel 4: Klachten genoteerd in de dossiers per zoekvraag.

	Zoekvraag 1 (n=13)		Zoekvraag 2 (n=6)	
KLINISCH ONDERZOEK	**Aantal**	**Percentage**	**Aantal**	**Percentage**
Zwelling	5	38,5%	0	0,0%
Drukpijn	5	38,5%	3	50%
Pijn bij bewegingsonderzoek	3	23,1%	1	16,7%
Crepitaties	2	15,4%	0	0,0%
Positieve test van Finkelstein	0	0,0%	1	16,7%
Positief teken van Tinel	0	0,0%	1	16,7%

Tabel 5: Klinisch onderzoek genoteerd in de dossiers per onderzoeksvraag.

	Zoekvraag 1 (n=12)		Zoekvraag 2 (n=8)	
TECHNISCH ONDERZOEK	**Aantal**	**Percentage**	**Aantal**	**Percentage**
Echo	12	100,0%	8	100,0%
- **Alleen echo**	9	75,0%	4	50,0%
- **Echo + RX**	3	25,0%	4	50,0%
- **Echo + RX + MRI**	0	0,0%	1	12,5%
RX	3	25,0%	4	50,0%
- **Alleen RX**	0	0,0%	0	0,0%
- **RX + echo**	3	25,0%	4	50,0%
- **RX + echo + MRI**	0	0,0%	1	12,5%
MRI	0	0,0%	1	12,5%
- **Alleen MRI**	0	0,0%	0	0,0%
- **MRI + echo + RX**	0	0,0%	1	12,5%

Tabel 6: Technisch onderzoek genoteerd in de dossiers per onderzoeksvraag.

	Zoekvraag 1 (n=37)		Zoekvraag 2 (n=25)	
BEHANDELING	**Aantal**	**Percentage**	**Aantal**	**Percentage**
Rust	2	5,4%	4	16,0%
- **Alleen rust**	0	0,0%	1	4,0%
- **Rust + NSAID**	0	0,0%	1	4,0%
- **Rust + spalk/gips**	0	0,0%	1	4,0%
- **Rust + cortico**	0	0,0%	1	4,0%
NSAID	31	83,8%	16	64,0%
- **Alleen NSAID**	20	54,1%	8	32,0%
- **NSAID + spalk**	7	18,9%	5	20,0%
- **NSAID + kine**	2	5,4%	0	0,0%
- **NSAID + verwijzing**	2	5,4%	1	4,0%
Spalk/gips	19	22,1%	10	40,0%
- **Alleen spalk/gips**	6	16,2%	1	4,0%
- **Spalk/gips + NSAID**	7	18,9%	5	20,0%
- **Spalk/gips + kine**	3	8,1%	2	8,0%
- **Spalk/gips + corticoïdinfiltratie**	0	0,0%	4	16,0%
- **Spalk/gips + verwijzing**	3	8,1%	2	8,0%
Corticoïdinfiltratie	3	8,1%	5	20,0%
- **Alleen corticoïdinfiltratie**	0	0,0%	0	0,0%
- **Corticoïdinfiltratie + spalk/gips**	0	0,0%	4	16,0%
- **Corticoïdinfiltratie + verwijzing**	3	8,1%	3	12,0%
- **Corticoïdinfiltratie + kine**	0	0,0%	1	4,0%
Verwijzing orthopedie	3	8,1%	6	24,0%
- **Alleen verwijzing**	0	0,0%	2	8,0%
- **Verwijzing + corticoïdinfiltratie**	3	8,1%	3	12,0%
- **Verwijzing + spalk/gips**	3	8,1%	2	8,0%
- **Verwijzing + NSAID**	2	5,4%	0	0,0%
- **Verwijzing + kine**	1	2,7%	1	4,0%
Kine	5	13,5%	2	8,0%
- **Alleen kine**	0	0,0%	0	0,0%
- **Kine + NSAID**	2	5,4%	0	0,0%
- **Kine + spalk/gips**	4	10,8%	2	8,0%
- **Kine + corticoïden**	0	0,0%	1	4,0%
- **Kine + verwijzing**	1	2,7%	1	4,0%

Tabel 7: Behandeling genoteerd in de dossiers per onderzoeksvraag.

Bijlage 4: Vragenlijst HAIO's

Diagnostiek en behandeling van hand- en polsklachten.

Dit is een korte vragenlijst over de diagnostiek en behandeling van hand- en polsklachten in de huisartsenpraktijk. Het invullen ervan zal ongeveer 10 minuten in beslag nemen. Het doel van deze vragenlijst is om in te schatten hoe de diagnostiek en behandeling van tendinitiden van hand en pols vandaag in de huisartsenpraktijken gebeurt. Dit onderzoek kadert in mijn manamathesis over de diagnostiek van hand- en polsklachten in de Belgische huisartsenpraktijken. Het doel is om de bestaande richtlijnen aan te passen aan de huidige Belgische EBM en de Belgische huisartsensetting en concrete knelpunten in de actuele werking op te sporen en aan te pakken. Er zullen vragen worden gesteld rond 5 thema's: eerst stel ik enkele vragen over de praktijk waarin u actief bent, nadien volgen er vragen over prevalentie, beloop, diagnostiek en behandeling van hand- en polsklachten bij u in de praktijk. Alvast bedankt voor uw medewerking!

1. **Bent u klaar om te beginnen?**
   Mark only one oval.
   - ◯ Ja
   - ◯ Nee

Demografie

2. **Wat is uw leeftijd?**
   Mark only one oval.
   - ◯ < 25 jaar
   - ◯ 25- 35 jaar
   - ◯ 35-45 jaar
   - ◯ 45-55 jaar
   - ◯ 55-65 jaar
   - ◯ > 65 jaar

3. **Hoeveel jaar ervaring heeft u als huisarts?**
   Mark only one oval.
   - ◯ Ik ben HAIO
   - ◯ 1-5 jaar
   - ◯ 5-10 jaar
   - ◯ 10-20 jaar
   - ◯ > 20 jaar

4. **In welk type praktijk werkt u?**
   Mark only one oval.
   - ◯ Solo
   - ◯ Duo
   - ◯ Groep
   - ◯ Netwerkpraktijk

5. **Wat is de ligging van uw praktijk?**
Mark only one oval.

- ◯ Landelijk
- ◯ Tussenin
- ◯ Stedelijk

6. **Beschikt u over een diploma sportgeneeskunde?**
Mark only one oval.

- ◯ Ja
- ◯ Nee

Prevalentie

7. **Hoe vaak ziet u patiënten met hand- en polsklachten?**
Mark only one oval.

- ◯ Dagelijks
- ◯ Wekelijks
- ◯ Maandelijks
- ◯ Jaarlijks
- ◯ Minder dan 1x per jaar

8. **Hoe vaak stelt u de diagnose van peesklachten (tendinitis, tenosynovitis, tendinose,...) van hand of pols?**
Mark only one oval.

- ◯ Dagelijks
- ◯ Wekelijks
- ◯ Maandelijks
- ◯ Jaarlijks
- ◯ Minder dan 1x per jaar

9. **Hoe vaak stelt u de diagnose van De Quervain tendinitis?**
Mark only one oval.

- ◯ Dagelijks
- ◯ Wekelijks
- ◯ Maandelijks
- ◯ Jaarlijks
- ◯ Minder dan 1x per jaar

Beloop

10. **Hoeveel consultaties zijn er gemiddeld per klacht van hand of pols?**
Mark only one oval.

- 1
- 1-2
- 2-4
- > 4

11. **Is dit aantal hoger bij een gediagnosticeerde peesaandoening?**
Mark only one oval.

- Ja
- Nee
- Misschien

Diagnostiek

12. **Welke anamnestische factoren bevraagt u bij een patiënt die zich presenteert met hand- en polsklachten?**

13. **Welke elementen omvat uw klinisch onderzoek bij een patiënt die zich presenteert met hand- en polsklachten?**

14. **Verwijst u een patiënt die zich presenteert met hand- en polsklachten voor technisch onderzoek?**
Mark only one oval.

- Ja
- Nee
- Misschien

15. **Indien u de patiënt verwijst voor technisch onderzoek, welk(e) onderzoek(en) verkiest u?**
Tick all that apply.

- [ ] Echografie
- [ ] RX
- [ ] CT-scan
- [ ] MRI
- [ ] SPECT-CT
- [ ] Other: _____

16. **Zijn tendinitiden/tendinosen van hand en pols volgens u gerelateerd aan de dagelijkse activiteiten van de patiënt?**
Mark only one oval.

- ◯ Nooit
- ◯ Zelden
- ◯ Soms
- ◯ Regelmatig
- ◯ Vaak
- ◯ Altijd

17. **Hoe noteert u de diagnose in het dossier?**
Mark only one oval.

- ◯ Zo specifiek mogelijk: aard van de aandoening (tendinitis, artritis,..) + aangedane anatomische structuur: vb. artritis CMC-I-gewricht
- ◯ Aard van de aandoening (tendinitis, artritis,..) + uitwendige localisatie van de pijn: vb. artritis van de duim
- ◯ Eerder vaag: vb. overbelasting handextensoren
- ◯ Symptoomdiagnose: vb. pijn aan de pols
- ◯ Volgens de ICD-10 codering, zo specifiek mogelijk
- ◯ Volgens de ICD-10 codering, eerder algemeen
- ◯ Other: _____

18. **Wat zijn voor u moeilijkheden bij het diagnosticeren van hand- en polsklachten?**

_____

_____

_____

_____

_____

X

19. **Wat zijn voor u moeilijkheden bij het noteren/coderen van de diagnose van hand- en polsklachten?**

20. **Hoe zouden deze moeilijkheden kunnen vermeden/voorkomen worden?**

21. **Gebruikt u richtlijnen of bronnen voor de diagnose van hand- en polsklachten?**
Mark only one oval.

- ◯ Ja
- ◯ Nee
- ◯ Soms

22. **Zo ja, welke bronnen gebruikt u?**

Therapie

23. **Hoe behandelt u tendinitiden/tenosynovitiden/tendinosen/.. van hand en pols?**
Tick all that apply.

- ☐ Ik doe niets
- ☐ Rust
- ☐ Analgetica
- ☐ NSAID's
- ☐ Spalk
- ☐ Infiltratie met corticoïden
- ☐ Verwijzen
- ☐ Ingreep
- ☐ Other: _____

24. **Op basis van welke argumenten zou u een infiltratie doen?**

25. **Welke argumenten houden u tegen om te infiltreren?**

26. **Op basis van welke argumenten verwijst u de patiënt?**

27. **Naar welk specialisme zou u verwijzen?**

28. **Wat zijn voor u moeilijkheden bij de behandeling van tendinitiden van hand en pols?**

29. **Hoe zouden deze moeilijkheden vermeden/voorkomen kunnen worden?**

Opmerkingen

30. **Heeft u opmerkingen over deze vragenlijst?**

Powered by
Google Forms

Bijlage 5: Aanmelding masterproef

Masterproef Vanaenrode & Fransen
1 bericht

An Stockmans <an.stockmans@icho.be> 18 januari 2017 om 11:27
Aan: "michiele.vanaenrode@gmail.com" <michiele.vanaenrode@gmail.com>, "teun.fransen@hotmail.com" <teun.fransen@hotmail.com>
Cc: "Dirk Avonts (dirk.avonts@ugent.be)" <dirk.avonts@ugent.be>

Beste,

Hierbij bevestig ik u goede ontvangst van de aanmelding van uw masterproef:

FamilieNaam	VoorNaam	Onderwerp	Type	Promotor
VANAENRODE	Michiele	Tendinopathieën van pols en onderarm: diagnostiek	DUO	AVONTS Dirk
FRANSEN	Teun	Tendinopathieën van pols en onderarm: behandeling	DUO	AVONTS Dirk

De keuze voor een type onderzoek is bindend en bepaalt met welke blik naar jouw masterproef zal gekeken worden door je beoordelaars. Indien deze hier niet correct vermeld staat, gelieve dit dan onmiddellijk te melden.

Legende type:

- KWALVERB: kwaliteitsverbeterproject
- KWAL KWAN OND: kwalitatief onderzoek of kwantitatieve research
- SYS LIT: systematisch literatuuronderzoek
- DUO: duodecim-project

Als bijlage vindt u de laatste versie van de instructiebundel masterproef. Lees deze aandachtig door.

Let op! De eerstvolgende formele afspraak is de indiening van uw verzoek aan het Ethisch Comité op uiterlijk 01/03/2017 (zie formulier als bijlage). Ingeval van een systematische literatuurstudie wordt geen verzoek EC ingediend en maakt de haio een tussentijdse stand van zaken op die door de promotor beoordeeld wordt.

In opdracht van de Interuniversitaire Overleggroep Masterproef,

Prof. Dr. Dirk Avonts (UG)

Prof. Dr. Jo Goedhuys (KU Leuven)

Prof. Dr. Lieve Peremans (UA)

Mevr. An Stockmans (ICHO*vzw*)

Prof. Dr. Jan Vandevoorde (VUB)

An Stockmans

Bijlage 6: Protocol Ethische Commissie

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS

IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

TENDINOPATHIEËN VAN POLS EN ONDERARM: DIAGNOSTIEK.

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PROF. DR. AVONTS DIRK
- FUNCTIE: GASTPROFESSOR AAN DE FACULTEIT GENEESKUNDE
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN, DEPARTEMENT HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 36 12
- FAX: VAKGROEP: 09 332 49 67
- E-MAIL: DIRK.AVONTS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: AN DE SUTTER

CO-PROMOTOR

- NAAM: DR. POELMAN TOM
- FUNCTIE: HUISARTS EN ADMINISTRATIEF EN TECHNISCH MEDEWERKER VAN DE VAKGROEP
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN, DEPARTEMENT HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 87 79
- FAX: VAKGROEP: 09 332 49 67
- E-MAIL: T.POELMAN@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): …
-

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: MICHIELE VANAENRODE
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UGENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0473/68 13 11
- E-MAIL: MICHIELE.VANAENRODE@UGENT.BE, MICHIELE.VANAENRODE@GMAIL.COM

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. GERMEAUX JACQUES
- ADRES: BUITENLAAN 11/1 – 3600 GENK
- TELEFOONNUMMER: 089/ 35 15 76
- E-MAIL: INFO@MEDI-MINE.BE
- TYPE-PRAKTIJK : GROEPSPRAKTIJK

VORIGE OPLEIDINGSPLAATS (2016-2017): ORTHOPEDIE + SPOED AZ ST. LUCAS GENT

PO: DR. VAN LERBEIRGHE JOHAN EN DR. DEVRIESE DIETER

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 1/1/2018
- EINDE ONDERZOEK: 31/3/2018

7. SOORT ONDERZOEK

- ✓ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
  - ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
  - ❑ VRAGENLIJSTEN
  - ✓ INTERVIEW
- ✓ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
  - ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
  - ✓ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
    - ❑ WELKE PERIODE: 1/9/17 – 31/8/18
- ❑ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
  - ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
    - ❑ FASE I
    - ❑ FASE II
    - ❑ FASE III
    - ❑ FASE IV
    - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
    - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
    - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
  - ❑ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE**,** BLOEDAFNAME, RX,…)
    - ❑ MEDICAL DEVICE
    - ❑ BLOEDAFNAME, RX,…

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

Vanaf het ingaan van de goedkeuring van het ethisch cominté wordt rond de masterproeven van Michiele Vanaenrode en Teun Fransen, met als respectievelijke onderwerpen: Diagnostiek en therapie bij De Quervain tendinopathie de implementatiefase gestart. Deze zal bestaan uit drie delen en zal lopen over een periode van 3 maanden.

Het project omvat een retrospectief dossieronderzoek, een kwalitatieve bevraging bij collega's en een bespreking en analyse in een focusgroep van HAIO's.

Bij het dossieronderzoek zal gekeken worden in de medische dossiers van de eigen opleidingspraktijk hoe in het verleden de diagnose van tendinitiden van hand en pols gesteld en genoteerd/gecodeerd werd. Er zal gezocht worden aan de hand van symptomen, diagnose en behandeling, om zo niet correct gecodeerde patiënten ook te includeren. Hierbij zal niet alleen de frequentie van de klacht, maar ook de correctheid van de dossiers en de gebruikte codering belangrijk zijn. Op deze manier ontstaat er een beeld van hoe er tot nu toe werd omgegaan met hand- en polsklachten. Door analyses willen we sterktes en zwaktes opsporen in het diagnosticeren van tendinopathieën van hand en pols.

Voor het prospectieve luik zullen we eerst met de collega's van de eigen praktijk samen zitten om in de diepte na te gaan waarom de dingen op de huidige manier gebeuren, wat moeilijkheden of drempels zijn bij het stellen van de diagnose en bij het noteren in de dossiers. Het interview zal ook peilen naar hulpmiddelen om de diagnose en codering te vergemakkelijken. Uiteindelijk zal de analyse van de interviews leiden tot een SWOT-analyse van de diagnose van tendinopathieën van hand en pols.

Daarnaast wordt een focusgroep samengeroepen met enkele bevriende HAIO's om de huidige aanpak in hun opleidingspraktijken te bespreken en te analyseren.

De overkoepelende analyse van het dossieronderzoek, de interviews en de focusgroep zal zich toespitsen op de 'opportunities', om zo een concrete verbetering van de diagnostiek te kunnen initiëren in de praktijkvoering.

Thema's waarrond vragen voor collegae worden geformuleerd:

- Op basis van welke klachten wordt de diagnose gesteld
- Frequentie van de klachten
- Hoe kunnen deze moeilijkheden opgevangen worden
- Hoe wordt er gecodeerd
- Welk verloop/evolutie van de aandoening wordt er gezien
- Hoeveel consulten per klacht
- Welke problemen worden er ervaren? Wat kan er beter?
- Op basis van de gevonden moeilijkheden: welke strategie, welk concreet hulpmiddel zou deze moeilijkheden kunnen oplossen/verhinderen?
- Hoe gaan we controleren of de oplossingen echt werken?

9. IS HET ONDERZOEK

- ✓ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ✓ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ❑ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

INDIEN JA

- ❑ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
  - NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE UGENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?
   - ✓ JA
   - ❑ NEEN

   PATIËNTEN LIJDEND AAN: COLLEGA'S HUISARTSEN EN HUISARTSEN IN OPLEIDING

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?
   - ❑ JA
   - ✓ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 10-15

D. LEEFTIJD : 25-65 JAAR

E. GESLACHT : MAN EN VROUW

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? COLLEGA'S UIT DE OPLEIDINGSPRAKTIJK EN BEVRIENDE HAIO'S

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

- ✓ JA
- ❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

- ✓ JA
- ❑ NEEN

MONDELING :

- ✓ JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : COLLEGA'S EN BEVRIENDE HAIO'S

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

- ❑ JA
- ✓ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

- ✓ JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ?

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

- ✓ JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ?

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.

WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

- ✓ JA
- ❑ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG

VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?
- ✓ JA
- ❑ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?
- ❑ JA
- ✓ NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:
- ✓ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
- ❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.
  WELK RISICO EN DE FREQUENTIE :
- ❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.
  WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

- ❑ JA
- ✓ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? ...

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?
- ❑ JA
- ❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?
- ❑ JA
- ❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? ...

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO JA: ...

A. LANGS WELKE WEG ? ...

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : …

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? …

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ JA
  WELKE ? …
- ❑ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : …

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN :.....

E. WEEFSELAFNAME: .....

F. ANDERE : .....

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

- ✓ NIET VAN TOEPASSING
- ☐ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:
  - ☐ ERELOON:
  - ☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 21/12/17
NAAM : Michiele Vanaenrode
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 21/12/17
NAAM :
HANDTEKENING :

Dr. J. GERMEAUX
1.71754.33.004
Buitenlaan 11/1 - 3600 Genk
Tel. 089/35 15 76

PROMOTOR

DATUM :
NAAM : Dirk Avonts
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM : 8/12/17
NAAM : Poelman Tom
HANDTEKENING :

VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
UNIVERSITEIT GENT
PROF. DR. A. DE SUTTER
CAMPUS UZ GENT (6K3)
DE PINTELAAN 185
B-9000 GENT
TEL. +32(0)9 332 33 12

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM : 8/12/17
NAAM :
HANDTEKENING :

Bijlage 7: Erkenning Ethische Commissie

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be

UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2018/0076	05-mrt-18	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
Tendinopathieën van pols en onderarm: diagnostiek. (MaNaMa Michiele Vanaenrode)

Belgisch Registratienummer: B670201835054

* Antwoord onderzoekers dd. 21/02/2018 op opmerkingen EC dd. 26/01/2018
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 18/02/2018
* Informatie- en toestemmingsformulier voor de patiënt (versie 2) dd. 17/02/2018
* Informatie- en toestemmingsformulier
  voor de collega's uit de opleidingspraktijk (versie 2) dd. 20/02/2018 + bijlage: Thema's die aan bod zullen komen in de focusgroep
* Informatie- en toestemmingsformulier
  voor de HAIO's die deelnemen aan de focusgroep (versie 2) dd. 20/02/2018 + bijlage: Thema's die aan bod zullen komen in de focusgroep

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 27/02/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 27/02/2019, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 27/02/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 27/02/2019, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 20/03/2018
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/03/2018

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2018/0076	05-mrt-18	Zie "CC"

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be