Adaptatie van Duodecim richtlijn "Pijn in de bil en in de heup"

Haccuria Tess, Universiteit Antwerpen

Promotor: Philips Hilde, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Van de Velde Stijn, Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract: Adaptatie Duodecim richtlijn "Pijn in de bil en in de heup"

Huisarts-in-opleiding: Dr. Haccuria Tess , Universiteit Antwerpen
Promotor: Dr. Philips Hilde, Universiteit Antwerpen
Co-promotor: Dr. Van de Velde Stijn, Katholieke Universiteit Leuven
Praktijkopleider: Dr. Plettinx Marleen, Hove

Context: De heupregio is een complexe anatomische zone waar uiteenlopende musculoskeletale en neurovasculaire aandoeningen gelijkaardige klachten kunnen veroorzaken. Aanbevelingen voor differentiële diagnostiek zijn slechts beperkt terug te vinden en versnipperd over richtlijnen van specifieke ziektebeelden. Daarnaast is er een belangrijke toename van de kennis over heuppathologie bij jonge volwassenen en atleten sinds de vooruitgang van arthroscopie en beeldvorming van de heup. De evidentie voor recentere diagnoses werd echter nog niet geïntegreerd in de richtlijnen voor huisartsen.
Onderzoeksvraag: 1) Welke diagnoses dient de huisarts te overwegen bij volwassenen met niet-traumatische bil- of heuppijn?
2) Wat is de waarde van klinische tekens en symptomen bij het onderzoek van een volwassene met niet-traumatische pijn in de bil en heup?
Methode: In verschillende databanken werd een systematische zoektocht verricht naar richtlijnen met relevante informatie om antwoord te bieden op bovenstaande klinische vragen. De richtlijnen werden door de 2 onderzoekers afzonderlijk beoordeeld a.d.h.v. het AGREE II instrument, en zij beslisten samen over de te weerhouden richtlijnen. Daarnaast werden ook Belgische EBM-informatie en inzichten uit recente systematische reviews verzameld om de geadapteerde aanbevelingen te formuleren. De geadapteerde aanbevelingen werden voor peer review beoordeeld door een seminariegroep met 12 HAIO's (Mechelen), en een groep van 4 huisartsen binnen eenzelfde wachtkring (HRM). Daarna werden de aanbevelingen geoptimaliseerd volgens de verkregen feedback. Tenslotte worden de geadapteerde aanbevelingen nog beoordeeld door de leescommissie van EBMpracticenet.be.
Resultaten:
Er werden nieuwe aanbevelingen voor differentiële diagnostiek geformuleerd. Hierbij worden verschillende diagnostische landschappen geadviseerd bij liespijn (anterieure heup), laterale heuppijn en posterieure heuppijn. [GRADE 1C] Voor de klinische oppuntstelling van pijn in de bil en in de heup wordt aanbevolen een inspectie van de gang uit te voeren en een eventueel beenlengteverschil te evalueren. [GRADE 1C] Het verdient de aanbeveling om passieve interne rotatie en passieve flexie van de heup uit te voeren om de diagnose coxartrose te stellen. [GRADE 1A] Bij vermoeden van lumbosacraal radiculair syndroom wordt aanbevolen de actieve Range of Motion van de lumbale wervelkolom te onderzoeken en de test van Lasègue uit te voeren. [GRADE 1C] Het verdient de aanbeveling om de Trendelenburg test en abductie van de heup tegen weerstand uit te voeren om het Trochanter Major Pijnsyndroom en M. gluteus insufficientie te diagnosticeren. [GRADE 1B] Voor de diagnostiek van adductorentendinitis wordt aanbevolen adductie van de heup tegen weerstand uit te voeren, passieve abductie van de heup (rektest adductoren) en palpatie van de heupadductoren. [GRADE 1C]
Conclusies: 1) Er werden nieuwe aanbevelingen voor differentiële diagnostiek geformuleerd. Hierbij worden verschillende diagnostische landschappen geadviseerd bij liespijn (anterieure heup), laterale heuppijn en posterieure heuppijn.
2) Er werden nieuwe aanbevelingen geadviseerd voor het klinisch onderzoek van de heup. De aanbevelingen voor heupartose en het Trochanter Majorpijnsyndroom hadden de sterkste bewijskracht .
ICPC-2 codes: L 13 "heup symptomen/klachten", L18 "spierpijn", L86 "lage rugpijn met uitstraling"

Contact: thaccuria@gmail.com

Dankwoord

Ten eerste wil ik onze promotors Hilde Philips en Stijn Van de Velde bedanken voor alle dingen waarmee ze ons steunden: de begeleiding, de positieve bemoediging, de hulp bij vragen en de nauwkeurige feedback. Bedankt voor de tijd die jullie hiervoor vrijmaakten.

Ook mijn collega Imke Bytebier bedank ik graag voor de aangename samenwerking gedurende de afgelopen twee jaren.

Kinesist Frank Crets ben ik erg dankbaar voor zijn sympathieke deelname aan de revisie van ons protocol voor onderzoek van de heup en voor de gouden tips die hij ons daarbij gaf.

Verder wil ik graag mijn ouders, mijn zussen, mijn huisgenoot, mijn familie en vrienden bedanken om in mij te geloven en er steeds voor mij te staan op moeilijke momenten. Jullie geven me altijd de kracht om door te zetten…. Bedankt!

Inhoudsopgave

1. Inleiding....5
   1.1. Onderwerpkeuze....5
   1.2. Stand van literatuur....5
   1.3. Kernproblemen....5
   1.4. Doelstellingen....6
2. Methodiek....7
   2.1. Screeningsfase....7
      .1 Definiering van de klinische vragen....7
      .2 Literatuuronderzoek....9
      .3 Waardering van de richtlijnen en aanbevelingen....9
      .4 Selectie van aanvullende wetenschappelijke literatuur....10
   2.2. Adaptatiefase....10
   2.3. Implementatiefase....11
      .1 Peer review....11
      .2 Praktijktoetsing....11
3. Resultaten....12
   3.1. Richtlijnen....12
   3.2. Aanbevelingen (diagnostiek)....12
      .1 Aanbevelingen m.b.t. klinische vraag 1....12
      .2 Aanbevelingen m.b.t. klinische vraag 2....15
   3.3. Peer Reviews....19
   3.4. Praktijktoetsing....19
4. Discussie....20
5. Besluiten....21
6. Referenties....23
7. Bijlagen....26
   7.1. Bijlage 1....26
   7.2 Bijlage 2....38
   7.2. Bijlage 3....46

Inleiding

1.1. Onderwerpkeuze

Ik vond het interessant om deel te nemen aan het proces van richtlijnontwikkeling, gezien deze voor huisartsen de meest toegankelijke tools voor bijscholing vormen. Tijdens het ADAPTE-proces kreeg ik een beter overzicht van de beschikbare bronnen met richtlijnen en van hoe richtlijnen beoordeeld kunnen worden. Daarnaast kon ik als huisarts hiaten tussen de richtlijnen signaleren en hierop een antwoord bieden.
Het uitdagend karakter van de klacht “pijn in de bil en in de heup” en het feit dat dit een veelvoorkomende klacht is in de huisartsenpraktijk, waren belangrijke items die mij overtuigenden om voor het onderwerp te kiezen. In mijn scriptie wordt dieper ingegaan op de differentiaal diagnostiek en het klinisch onderzoek bij patiënten met “pijn in de bil en in de heup”.

1.2. Stand van literatuur

Over de klinische diagnostiek van de globale klacht “pijn in de bil en in de heup” werden weinig richtlijnen gepubliceerd. Slechts één richtijn uit de Occupational Medicine Guidelines (ACOEM) is gericht op het bredere onderwerp van “Hip and Groin Disorders”.[1] Er werden wel meerdere richtlijnen opgesteld over de diagnostiek en behandeling van een aantal specifieke ziektebeelden. Zo maakte NICE Clinical Knowledge Summaries de richtlijnen“Greater Trochanteric Pain Syndrome”[2] en “Osteoarthritis”.[3] De American Physical Therapy Association publiceerde 1 richtlijn over de diagnostiek en behandeling van heuparthrose.[4] Voor het beeldvormend onderzoek bij aandoeningen van de heup en het bekken werd 1 Amerikaanse en 1 Belgische richtlijn gevonden.[5,6]

1.3. Kernproblemen

De heupregio is een complexe anatomische zone waar uiteenlopende musculoskeletale en neurovasculaire aandoeningen gelijkaardige klachten kunnen veroorzaken. Als huisarts weet men niet altijd waar deze klacht zijn oorsprong heeft. Aanbevelingen voor differentiële diagnostiek zijn slechts beperkt terug te vinden en versnipperd over richtlijnen van specifieke ziektebeelden.
Daarnaast is er een belangrijke toename van de kennis over heuppathologie bij jonge volwassenen en atleten sinds de vooruitgang van arthroscopie en beeldvorming van de heup. De evidentie voor recentere diagnoses werd echter nog niet geïntegreerd in de richtlijnen voor huisartsen.

1.4. Doelstellingen

De huidige Duodecim richtlijn “Pijn in de heup en in de bil” kan volgens ons verbeterd worden door :

- de toevoeging van een duidelijk gestructureerd differentiaal diagnostich landschap voor patienten met pijn in de bil en in de heup
- de toevoeging van aanbevelingen voor een systematische anamnese bij patienten met pijn in de bil en in de heup
- de toevoeging van aanbevelingen over de meest efficiente klinische testen die uitgevoerd dienen te worden bij patienten met pijn in de bil en in de heup
- de toevoeging van aanbevelingen voor de aanvraag van medische beeldvorming van de heup en de sacro-iliacale gewrichten bij patienten met pijn in bil en heup.

Methodiek

Het proces voor de adaptatie van de Duodecim-richtlijn werd gevolgd zoals beschreven in het "Handboek voor Haio's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen op EBMPracticeNet.be". Dit handboek is gebaseerd op de principes uit de "Adapte Manual and Resource Kit".[7]

Gedurende het eerste jaar werden de screeningsfase en adaptatiefase uitgevoerd.
Tijdens de screeningsfase trachtten we via diverse richtlijnbronnen de meest relevante aanbevelingen te verzamelen. Dit werd aangevuld met een zoektocht naar Belgische EBM-informatie en recente wetenschappelijke studies (< 5 jaar oud).

1.5. Screeningsfase

. 1 Definiering van de klinische vragen

De huidige Duodecim-richtlijn "Pijn in de bil en in de heup"[8] opende met een lijst van differentiaal diagnosen, waarbij een correct onderscheid werd gemaakt tussen kinderen en volwassenen.
Bij kinderen werden volgende differentiaal diagnoses vermeld: synovitiden, artritiden, trauma's, aangeboren heupluxatie en epifysiolyse van verschillende oorsprong.
Bij volwassenen bestond het differentiaal diagnostisch landschap uit: aandoeningen van tussenwervelschijven (gerefereerde pijn, zelfs van de lagere thoracale wervelkolom), artrose van de heup, bursitiden in de heup/bil regio, sacroiliitis, laxiteit van de bekken-ligamenten tijdens de zwangerschap, reumatische aandoeningen, aseptische botnecrose van de femurkop, piriformis syndroom, en maligniteiten (kleine bekken, prostaat).
Deze differentiaal diagnostische lijsten leken ons onvolledig en voor kinderen ook onvoldoende specifiek. Wij besloten om onze zoektocht naar richtlijnen toe te spitsen op de differentieel diagnosen voor heuppijn bij volwassenen, die geen heuptrauma hebben gehad.

Eerste klinische vraag

Welke diagnoses dient de huisarts te overwegen bij volwassenen met niet-traumatische bil- of heuppijn?

P (patient/population): Volwassenen (≥18 jaar) met niet-traumatische pijn in bil en/of heup
I (intervention): Differentiaal diagnostisch landschap opstellen
P (professionals): Huisarts
O (outcome): Oriënterend differentiaal diagnostisch landschap opstellen voor pijn in bil en/of heup waarin zowel lokale pathologie als gerefereerde pijn aan bod komt, en zowel de binnencirkel -als de voornaamste buitencirkeldiagnoses aan bod komen
H (healthcare setting): Eerste lijn

Vervolgens wordt er in de richtlijn een korte beschrijving gegeven van een aantal ziektbeelden, achtereenvolgens:
wervelkolom-gerelateerde pijn, artritis of artrose van de heup, gerefereerde pijn t.g.v. zenuwwortelcompressie en t.g.v. spinale stenose, piriformis syndroom, sacro-iliitis, bekkenbodeminstabiliteit tijdens de zwangerschap, stressfractuur van het schaambeen, tendinitis, claudicatio (vasculaire of spinale), trochanter major bursitis, bursitis ischiadica en maligne aandoeningen (klein bekken, prostaatkanker).[8]

De testen die beschreven worden voor het klinisch onderzoek zijn anteflexie van de rug, passieve Range Of Motion van de heup (interne rotatie, exorotatie, extensie, adductie en abductie), palpatie (lies, trochanter major), de actieve Piriformis stretch, de Trendlenburg test en de passieve Straight Leg Raise.[8]

Naar onze mening waren de belangrijkste aandachtspunten van anamnese en klinisch onderzoek voor de diagnostiek van de klacht “pijn in de bil en in de heup” niet duidelijk omschreven. Nochtans is een systematische aanpak van anamnese en klinisch onderzoek belangrijk bij deze klacht gezien het brede differentiaal diagnostisch landschap. De 2de en 3de klinische vraag die we formuleerden, hebben dus betrekking op de anamnese en het klinisch onderzoek bij patiënten met pijn in de bil en in de heup.

Tweede klinische vraag

Wat is de waarde van symptomen en tekenen in het klinisch onderzoek bij volwassenen met niet-traumatische bil- of heuppijn?

P: Volwassenen (≥ 18 jaar) met niet-traumatische pijn in bil en/of heup
I: Klinische tests van het bewegingsstelsel
P: Huisarts
O: Algoritme voor klinisch onderzoek bij pijn in bil en heup, bestaande uit de sterkst aanbevolen tests om te differentiëren tussen de verschillende mogelijke pathologieën die klachten veroorzaken in deze regio (heup, rug,...)
H: Eerste lijn

Derde klinische vraag

Wat vraagt de huisarts tijdens de anamnese na bij volwassenen met niet-traumatische heuppijn?

Tenslotte werden er in de richtlijn geen technische onderzoeken besproken om een tentatieve diagnose te bevestigen, behalve de bepaling van sedimentatie bij sacroiliitis. Gezien voor de klacht van 'pijn in de heup en in de bil' frequent beeldvorming wordt aangevraagd in de praktijk, besloten wij de aanbevelingen op te zoeken m.b.t. beeldvorming van de heupregio.

Vierde klinische vraag

Welke beeldvorming is aangewezen bij volwassenen met niet-traumatische bil- of heuppijn?

Alle klinische vragen werden geregistreerd in “Stap 1” van onze matrix. De 3de en 4de klinische vraag worden door mijn collega, Dr. Imke Bytebier, besproken in haar thesis.

. 2 Literatuuronderzoek

Voor het verzamelen van de reeds bestaande richtlijnen over “Pijn in bil en heup” werd een systematische zoektocht uitgevoerd naar internationale richtlijnen en Belgische EBM-informatie. Beide onderzoekers zochten met de trefwoorden “hip” en “buttocks” naar publicaties in de medische databanken van Guidelines International Network, Trip Database, Cochrane reviews, National Guideline Clearinghouse (USA) en NICE Clinical Knowledge Summaries (UK) naar relevante richtlijnen. Met de trefwoorden “heup” en “bil” werd in de Nederlandstalige databanken van Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (B), Hoge Gezondheidsraad (B), RIVIZ (B), Minerva (B), Domus Medica (B), NHG (N) en Kwaliteitskoepel (N) gezocht naar richtlijnen.[a] [stap 2 in de matrix]

Daarnaast werd ook een systematische zoektocht uitgevoerd in de medische databank Pubmed naar recente (overzichts)artikelen over klinische diagnostiek bij patiënten heuppijn. Zo konden de resultaten uit de gevonden richtlijnen aan de inzichten van deze artikels getoetst worden. Voor deze zoektocht werd in de medische databank Pubmed gezocht met de termen 'hip', 'buttocks', 'clinical test', 'examination', 'anterior hip', 'lateral hip', 'posterior hip', 'differential diagnosis'. Literatuur werd geselecteerd vanaf 2009.
Reviews, systematische reviews en randomised clinical trials met relevante informatie over de klinische oppuntstelling van patiënten met niet-traumatische pijn in de heup en in de bil werden weerhouden. Enkel Nederlandse en Engelse artikels werden geselecteerd.
De literatuur zoektocht werd elke twee maanden herhaald t.e.m. 1 april 2015 en nieuwe artikels werden geïntegreerd.

. 3 Waardering van de richtlijnen en aanbevelingen

Beide onderzoekers lazen individueel de titels en abstracts van alle richtlijnen bekomen via de systematische zoektocht. Elk van hen weerhield alleen de relevante richtlijnen die informatie bevatten over anamnese, klinisch onderzoek, differentiaal diagnose en medische beeldvorming bij volwassen patiënten met niet-traumatische heuppijn. Daarna legden de onderzoekers hun richtlijnenselecties samen om hierover tot een consensus te komen. [stap 3 in matrix]

[a] USA: Amerikaanse databank; UK: richtlijn van het Verenigd Koninkrijk; B: Belgische bron; N: Nederlandse richtlijn.

Vervolgens werden de geselecteerde richtlijnen door elke onderzoeker apart beoordeeld aan de hand van het AGREE II instrument.[9] Met dit instrument wordt een richtlijn beoordeeld op volgende 6 domeinen: “onderwerp en doel”, “betrokkenheid van de belanghebbenden”, “methodologie”, “helderheid en presentatie”, “toepassing”, “onafhankelijkheid van de opstellers”. Op deze manier krijgt men een goed inzicht van de globale validiteit van de richtlijn. De onderzoekers legden hun scores voor elke richtlijn naast elkaar. Bij grote verschillen (> 2 punten) tussen de scores toegekend door beide onderzoekers voor een domein van een richtlijn, werden de scores geherevalueerd tot een compromis bereikt werd. De richtlijnen die als globale beoordeling minstens 5 punten op 10 scoorden bij beide onderzoekers werden weerhouden. [stap 4.1 in matrix]

Voor elke klinische vraag werden de aanbevelingen uit de verschillende richtlijnen opgelijst in een matrix. Voor elke aanbeveling werd de graad van aanbeveling nagekeken. Het vermelde niveau van bewijskracht werd getoetst door de abstracts van de referentieartikels op te zoeken en dit zelf te beoordelen volgens het GRADE-systeem.[10]
De cijfers 1, 2 en 3 geven de sterkte van aanbeveling weer, de letters A,B en C geven de kracht van de onderliggende evidentie voor de aanbeveling weer. Naast het toekennen van een GRADE, werd de aanbeveling ook beoordeeld op courantheid, op de samenhang van de aanbeveling met de onderliggende evidentie, en op de toepasbaarheid in de Belgische zorgcontext [stap 4.2-4.5]

. 4 Selectie van aanvullende wetenschappelijke literatuur

Vanuit de zoektocht naar relevante wetenschappelijke artikels via Pubmed, werden door beide onderzoekers systematische reviews en overzichtsartikelen weerhouden met informatie over klinische diagnostiek en de differentiële diagnoses bij pijn in de bil en in de heup. Dit werd als extra stap ondernomen om inzichten uit de richtlijnen te toetsen aan recente wetenschappelijk evoluties. [stap 4.3 in matrix]

1.6. Adaptatiefase

Op het einde van het eerste jaar werden eigen aanbevelingen geformuleerd op basis van de informatie uit de weerhouden richtlijnen, bijkomende Belgische EBM-richtlijnen en recente wetenschappelijke artikels, die een belangrijke nieuw inzicht konden leveren (systematische reviews en RCT).

Vanuit de eigen klinische ervaring en rekening houdende met de onderliggende bewijskracht voor de nieuwe aanbevelingen, werd door elke onderzoeker beslist of zijn 2 aanbevelingen in de Duodecim richtlijn geadapteerd moesten worden. De resultaten worden beschreven in stap 5 van de ADAPTE-matrix.

1.7. Implementatiefase

. 1 Peer review

De geadapteerde aanbevelingen werden op 2 april 2015 voorgesteld aan een huisartsengroep van de wachtkring HRM (Huisartsen Regio Mortsel) aan de hand van een power point voorstelling. Er waren 4 huisartsen aanwezig en 1 student 3de jaars studente Geneeskunde.
Er gebeurde een tweede presentatie op 7 april 2015 in 1 seminariegroep in Mechelen. Daar waren 14 personen aanwezig (12 HAIO's en 2 STACO's).
De aanwezigen gaven na beide presentaties een schriftelijke beoordeling over de inhoud en de toepasbaarheid van de geadapteerde aanbevelingen

. 2 Praktijktoetsing

Binnen het luik van de praktische implementatie ontwierpen wij een protocol voor de uitvoering van de aanbevolen klinische testen.
De opsomming van de klinische testen wordt als protocol, oproepbaar via een sneltoetsfunctie, opgeslagen in de praktijkcomputer m.b.v. een programma zoals “Speedtyping”. Op deze manier kan het protocol door alle collega's in de praktijk ingevuld worden in het EMD wanneer er zich een patient met pijn in de bil of in de heup presenteert.

Er wordt ook een document opgesteld waarin de uitvoering en de interpretatie (inclusief sensitiviteit en specificiteit) van de klinische testen verduidelijkt wordt. Dit werd voor beoordeling doorgestuurd naar kinesist Frank Crets. Het geoptimaliseerd document kan als bijlage opgeladen worden bij de Duodecim-richtlijn, zodat alle huisartsen hier toegang toe hebben.

In het tweede deel van de praktische implementatie stelden wij een flowchart op voor de aanvraag van medische beeldvorming. De aanbevelingen geformuleerd uit het literatuuronderzoek worden hierin visueel verduidelijkt, wat de toepassing ervan vergemakkelijkt. Deze figuur kan opgenomen worden in de Duodecim-richtlijn, zodat alle huisartsen hiermee kunnen werken. Dit deel van de implementatie wordt besproken door mijn collega Dr. Imke Bytebier.

Resultaten

1.8. Richtlijnen

Via de systematische zoektocht werden door beide onderzoekers 157 richtlijnen gevonden. Daaruit werden 6 relevante richtlijnen geselecteerd, waarvan 1 Belgische over medische beeldvorming. Na de beoordeling van de 6 richtlijnen a.d.h.v. het AGREE II-instrument, werden 5 richtlijnen weerhouden:

- NICE Clinical Knowledge Summaries. Greater Trochanteric Pain Syndrome. 2010.[2]
- NICE Clinical Knowledge Summaries. Osteoarthritis. 2013.[3]
- Hip pain and mobility deficits – hip osteoarthritis: clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability, and health from the orthopaedic section of the American Physical Therapy Association. 2009.[4]
- Belgische Vereniging voor Radiologie. Richtlijnen voor het goed gebruik van medische beeldvorming. 2010.[5]
- ACR Appropriateness Criteria® chronic hip pain. Reston (VA): American College of Radiology; 1998. (update 2011)[6]

1.9. Aanbevelingen (diagnostiek)

. 1 Aanbevelingen m.b.t. klinische vraag 1

"Welke diagnoses dient de huisarts te overwegen bij volwassenen met niet-traumatische bil- of heuppijn?"

De bijkomende systematische zoektocht naar wetenschappelijke literatuur in Pubmed leverde 10 overzichtsartikels (reviews) op betreffende de oppuntstelling van niet-traumatische heuppijn bij volwassenen.[11-19,35] M.b.t. differentiaal diagnose werd door 8 reviews een onderverdeling gesuggereerd naar pijnlokalisatie in de anterieure heup (lies), laterale heup of posterieure heup.[11-16,19,35] Op basis daarvan formuleerden we onderstaande aanbevelingen.

Aanbeveling 1

Bij een patient die zich presenteert met pijn t.h.v. de lies of de anterieure heupregio, is het aangewezen dat de huisarts symptomen en tekens onderzoekt die wijzen op intra-articulaire heuppathologie, L1-L4 radiculopathie (spinaalkanaalstenose), iliopsoas- of adductorentendinitis, pubalgie, een hernia inguinalis en pelviene pathologie. [GRADE 1C]

I. Toelichting bij de aanbeveling

Alle types van intra-articulaire heuppathologie presenteren zich het frequentst met pijn t.h.v. de lies of anterieure heupregio.
Coxartrose wordt gekenmerkt door pijn bij belasting t.h.v. de anterieure of laterale heup. Een bijkomende karakteristiek is ochtendstijfheid < 30 min. De aandoening komt voor bij volwassenen vanaf 50 jaar.[4]
Femoro-acetabulaire impingement en een labrumscheur geven voornamelijk pijn t.h.v. de lies of de laterale heup. De pijn wordt uitgelokt door endorotatiebeweging van de heup (auto in- of uitstappen, kousen aandoen), door langdurig zitten, of door sportbeoefening. De aandoening komt voor bij jongvolwassenen.[20, 21]
Klinische differentiatie van pijn t.g.v. pathologie van het heupgewricht of L1-L4 radiculopathie is moeilijk, gezien beide pijn kunnen geven t.h.v. lies, dij, knie, laterale en posterieure heup. Bovendien komen heup- en rugklachten frequent samen voor bij de oudere populatie, gekend als het "hip-spine syndroom". De beste predictoren om klachten t.g.v. heuppathologie te differentieren van spinaalkanaalstenose blijken een mankende gang en beperkte interne rotatie van de heup.[22,23]

II. Basis voor de aanbeveling

Voor aanbeveling 1 leverde de richtlijn "Hip pain and mobility deficits – hip osteoarthritis" van de American Physical Therapy Association (2009) evidence met hoge bewijskracht over de klinische presentatie van coxartose. (niveau A).[4] De aanbeveling werd verder onderbouwd met 2 systematische reviews over FAI en acetabulaire labrumscheuren[20,21] en 2 systematische reviews en 1 RCT. [21,22] De overige differentiaal diagnosen werden geselecteerd uit de 3 andere richtlijnen[2-4] en 8 overzichtsartikels over de oppuntstelling van niet-traumatische heuppijn, indien zij 3 keer vernoemd werden (met evidence niveau C).[11-19,35]

Aanbeveling 2

Bij een patiënt die zich presenteert met pijn t.h.v. de laterale heupregio, is het aanbevolen dat de huisarts symptomen en tekens onderzoekt die wijzen op intra-articulaire heuppathologie, Trochanter Major Pijnsyndroom, L4-radiculopathie en Meralgia Paresthetica. [GRADE 1C]

I. Toelichting bij de aanbeveling

Het Trochanter Majorpijnsyndroom is de meest frequente oorzaak van pijn t.h.v. de laterale heup. De pijn kan tevens uitstralen naar de bil of de knie. Het Trochanter Majorsyndroom is een overkoepelende diagnose voor Trochanter Major Bursitis, M. Gluteus tendinopathie en het Iliotibiale Bandsyndroom, welke vaak gepaard voorkomen.[2, 19]
Zoals reeds vermeld in de toelichting bij aanbeveling 1, is de laterale heupregio ook een plaats waar frequent pijn voorkomt bij intra-articulaire heuppatologie, zoals coxartrose of FAI.[4, 20, 21]
Daarenboven geven o.a. heupartrose, beenlengteverschil, chronische lage rugpijn en RA een verhoogd risico op het ontwikkelen van het Trochanter Major Pijnsyndroom, wat het

klinische beeld kan beinvloeden wanneer meerdere pathologieen gelijktijdig aanwezig zijn.[19]
Tenslotte dient men ook de diagnose Meralgia Paresthetica te overwegen wanneer andere oorzaken uitgesloten werden. Hierbij treden meestal sensoriele veranderingen op en/of brandende, schietende pijn t.h.v. de (antero)laterale dij, uitgelokt door langdurig staan of wandelen.[2, 24]

II. Basis van de aanbeveling

De aanbeveling werd opgesteld op basis van de suggesties in de richtlijn 'Greater Trochanteric Pain Syndrome' (2010)[2] van NICE CKS. Gezien de evidence in de richtlijn gestoeld was op expert opinion, werden 2 systematische reviews over weerhouden waaraan de inzichten getoetst werden.[20, 24] Het differentiaal diagnostisch landschap werd daarbij aangevuld met L4-radiculopathie.[24] (bewijskracht niveau C)

Aanbeveling 3

Bij een patient die zich presenteert met pijn t.h.v. de bil of posterieure heupregio, is het aanbevolen dat de huisarts symptomen en tekens onderzoekt die wijzen op sacroiliitis, sacroiliacale gewrichtsdysfunctie, pathologie van de lumbale wervelkolom, M.Gluteus tendinopathie, ischiogluteale bursitis en vasculaire claudicatio. [GRADE 1C]

I. Toelichting bij de aanbeveling

In de differentiaal diagnose van pijn t.h.v. de posterieure heup wordt intra-articulaire heuppathologie niet typisch opgenomen. Pijn t.h.v. de posterieure heup en bil is meestal gerefereerde pijn uit de lage rug of pijn t.g.v. extra-articulaire heuppathologie.
Dysfunctie van het sacro-iliacale gewricht is een mogelijke bron van posterieure heuppijn. De diagnose sacroiliitis een diagnose die niet gemist mag worden (gezien mogelijk onderliggend auto-immune spondylarthritis). Het nagaan van criteria voor inflammatoire rugpijn (geleidelijke onset, nachtelijke pijn, leeftijd < 40 jaar bij onset van klachten, verbetering van klachten met fysieke activiteit, geen verbetering van klachten met rust) is daarvoor belangrijk.[24]
Gluteus tendinopathie, ruptuur van de M. Gluteus of ischiogluteale bursitis zijn frequent voorkomende oorzaken van pijn t.h.v. de bil.
In zeldzame gevallen kan de klacht voortkomen t.g.v. vasculaire claudicatio of het piriformis syndroom.
Tenslotte komen lage rugpijn en gluteus tendinopathie frequent geassocieerd voor met intra-articulaire heuppathologie, vnl. in de oudere populatie.[22,23] Dit levert een argument voor het onderzoek van het heupgewricht bij klachten t.h.v. de posterieure heup. Intra-articulaire heuppathologie wordt daarentegen op zichzelf niet als verklarend beschouwd voor geïsoleerde pijnklachten t.h.v. de posterieure heup.[11-19,35]

II. Basis van de aanbeveling

Deze aanbeveling werd opgesteld aan de hand van 7 overzichtsartikels die handelden over de klinische oppuntstelling van pijn in de heup.[11-13, 15-17,35] De referenties in deze artikels bestond uit evidence van het niveau C (expert opinion). Daarnaast werden de inzichten uit 2 systematische reviews over het hip-spine syndrome meegenomen.[22,23]

. 2 Aanbevelingen m.b.t. klinische vraag 2

"Wat is de waarde van klinische tekens en symptomen bij het onderzoek van een volwassene met niet-traumatische pijn in bil en heup?"

Aanbeveling 4

Voor de klinische oppunstelling van pijn in de bil en in de heup wordt aanbevolen een inspectie van de gang uit te voeren en een eventueel beenlengteverschil te evalueren. [GRADE 1C]

I. Toelichting bij de aanbeveling

Antalgische gang
Bij een antagische gang met onmogelijkheid om de aangedane heup te belasten moeten in de eerste plaats "red flag" diagnoses van het heupgewricht uitgesloten worden, zoals septische of rheumatische arthritis, avasculaire necrose van de femurkop en een stressfractuur. Deze gangafwijking kan echter ook (geleidelijker) ontstaan t.g.v. het trochanter major pijnsyndroom of een coxartrose opstoot.
Het beeld van coxartrose kan soms moeilijk te differentieren zijn van spinaal kanaalstenose omwille van overlappende pijnlokalisaties in bil, lies, anterieure dij en knie (gerefereerde pijn bij radiculopathie L1-L4 t.g.v. spinaalkanaalstenose). Ook kunnen iliopsoas contracturen bij beide aandoeningen voorkomen (spinaal kanaalstenose patienten zijn weinig mobiele patienten) en zijn neurologische prikkelingstesten (Lasègue, N. Femoralis rektest) vaak negatief bij chronische radiculopathie (in 70-75% afwezig).[22] Een mankende gang blijkt samen met beperkte interne rotatie van de heup de beste voorspeller voor de differentiatie van heuppathologie t.o.v. spinaalkanaalstenose.[22,23]

Trendlenburg gang
Insufficiëntie of pathologie van de M. Gluteus Medius (o.a. coxartrose, Trochanter Major Pijnsyndroom resp.) resulteert in een schommelende gang.[17, 19, 32]

Beenlengteverschil
Een beenlengteverschil is geassocieerd met het Trochanter Major pijnsyndroom (incl. Gluteus tendinopathie en Iliotibiale bandsyndroom), sacroiliacale gewrichtspijn, pathologie van de lage rug.[17, 19, 32]

II. Basis van de aanbeveling

Evaluatie van gang en beenlengteverschil werd aanbevolen in 10 overzichtsartikels die werden weerhouden en handelden over het klinisch onderzoek van de heup.[11-19, 22,23,32]

Aanbeveling 5

Het verdient de aanbeveling om passieve interne rotatie en passieve flexie van de heup uit te voeren om de diagnose coxartrose te stellen. [GRADE 1A]

I. Toelichting van de aanbeveling

Het 'American College of Rheumatology' ontwikkelde 2 clusters van klinische criteria die bij patienten met heuppijn geassocieerd zijn met de radiologische diagnose heupartrose. De eerste cluster bestaat uit de criteria: beperking van heup endorotatie (< 15°), beperking van heupflexie (< 115°) en leeftijd > 50 jaar. De tweede cluster bestaat uit de criteria: pijn bij endorotatie van de heup (heup endorotatie > 15°), ochtendstijfheid van de heup < 60 minuten, en leeftijd > 50 jaar. Deze clusers hebben een sensitiviteit van 86% en een specificiteit van 75% voor de diagnose coxartrose.[4]

II. Basis van de aanbeveling

Deze aanbeveling werd gefomuleerd op basis van de richtlijn “Hip Pain and Mobility Deficits – Hip Osteoarthritis”. [4]

Aanbeveling 6

Bij vermoeden van lumbosacraal radiculair syndroom wordt aanbevolen de actieve Range of Motion van de lumbale wervelkolom te onderzoeken en de test van Lasègue uit te voeren. [GRADE 1C]

I. Toelichting van de aanbeveling

Het actieve bewegingsonderzoek van de lumbale wervelkolom omvat anteroflexie, extensie en beiderzijdse lateroflexie van de lumbale wervelkolom.
Bij vermoeden van een lumbosacraal radiculair syndroom, kan lumbale fixatie onderzocht worden d.m.v. het meten van de vinger- vloer afstand. Hierbij staat de patient met zijn voeten tegen elkaar en buigt dan zo ver mogelijk naar voren met gestrekte knieën. Wanneer de vinger-vloer afstand > 25 cm bedraagt, is dit een onafhankelijke voorspeller van wortelcompressie op MRI.[26] (evidence niveau B)
De proef van Lasègue is een klinische test voor lumbosacrale radiculaire prikkelingsverschijnselen. De test heeft een hoge sensitiviteit (80 – 97%) voor een acute laaglumbale hernia nuclei pulposi, maar een geringe specificiteit (circa 26%), omdat deze test ook een positieve uitslag heeft bij ischias door andere oorzaken (evidence niveau B).[25, 27] Echter, zoals eerder vermeld, is de test van Lasègue bij chronische radiculopathie vaak negatief. In 70-75% van de gevallen van lumbale spinaal kanaalstenose zijn neurologische

prikkelingstekens afwezig.[22] Tijdens een RCT van Katz et al. werden volgende tekens suggestief bevonden voor spinaal kanaal stenose tijdens het klinisch onderzoek: pijn in de dijen na 30 seconden in lumbale extensie te staan, een brede gangbasis, een afwijkende proef van Romberg en sensorimotorische deficits in de onderste ledematen.[28]

II. Basis van de aanbeveling

Deze aanbeveling werd geformuleerd op basis van de richtlijnen "Lumbosacraal radiculair syndroom" van NHG (2005)[27] , "Richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom van de Nederlandse Vereniging van Neurologie (2005)[26] (evidentie niveau B) en "Diagnosis and Treatment of Degenerative Lumbar Spinal Stenosis van de North American Spine Society" (2011)[28] (evidentie niveau C).

Aanbeveling 7

Het verdient de aanbeveling om de Trendelenburg test en abductie van de heup tegen weerstand uit te voeren om het Trochanter Major Pijnsyndroom en M. gluteus insufficientie te diagnosticeren. [GRADE 1B]

I. Toelichting bij de aanbeveling

Het Trochanter Major Pijnsyndroom is een entiteit waaronder Trochanter Major bursitis, gluteale tendinopathie (vnl. t.h.v. de laterale heup) en het Iliotibiale Bandsyndroom geclassificeerd worden.[19]
Laterale heuppijn of spierzwakte t.g.v. het Trochanter Major Pijnsyndroom of gluteale insufficientie (vb. bij coxartrose) wordt bij het klinisch onderzoek opgespoord met de Trendelenburg test. De sensitiviteit van deze test voor het opsporen van een scheur in de M. Gluteus is 23-97% en de specificiteit is 77-96%. Het is dus een specifieke test voor gluteuspathologie.[29]
Abductie van de heup tegen weerstand heeft een sensitiviteit van 71-73% en een specificiteit van 46-97%. Het is dus een sensitieve test voor gluteuspathologie.[29]
De externe derotatie test bleek de meest sensitieve en specifieke test voor gluteuspathologie (sensitiviteit 88% en specificiteit 97%). Deze test is echter vrij recent, waardoor er nog maar 1 RCT over gebeurde, en de test is voor de patient moeilijker uit te voeren dan abductie van de heup tegen weerstand.[29]
Tenslotte geeft palpatie van de Trochanter Major vaak ook pijn bij het Iliotibiale Bandsyndroom en glutale tendinopathie.[2,19]

II. Basis van de aanbeveling

De aanbeveling werd geformuleerd op basis van de resultaten van een meta-analyse over klinische tests voor de heup (evidence niveau B)uitgevoerd door Reiman et al. (2013).[29] De bevindingen waren in overeenstemming mt de suggesties in de richtlijn 'Greater Trochanteric Bursitis' van NICE CKS.[2]

Aanbeveling 8

Bij patienten met posterieure heuppijn wordt gesuggereerd om 3 sacroiliacale provocatietesten uit te voeren voor de detectie van sacroiliacale gewrichtspijn. [GRADE 2C]

I. Toelichting bij de aanbeveling

De sacroiliacale provocatietesten hebben afzonderlijk een lage sensitiviteit en specificiteit. Echter in een systematische review werd beschreven dat men door het combineren van verschillende testen een hogere sensitiviteit en specificiteit bekomt. Bij 3 positieve testen was de sensitiviteit 78% en de specificiteit 91%.[30] De meest gebruikte provocatietesten zijn de gapping test, de approximatie test en de Faber-test.

II. Basis van de aanbeveling

De aanbeveling werd gebaseerd op een systematische review van Stuber et al.(2007).[30]

Aanbeveling 9

Voor de diagnostiek van adductorentendinitis wordt gesuggereerd adductie van de heup tegen weerstand uit te voeren, passieve abductie van de heup (rektest adductoren) en palpatie van de heupadductoren. [GRADE 2C]

I. Toelichting bij de aanbeveling
Bij patiënten met chronische liesklachten beveelt men aan de gestandaardiseerde lies onderzoekstechnieken, beschreven door Hölmich (2004), uit te voeren. Bij het lichamelijk onderzoek voor liesklachten bestaat er geen gouden standaard.

II. Basis van de aanbeveling

De aanbeveling werd gebaseerd op de richtlijn “Chronische liesklachten bij sporters” van de Vereniging voor Sportgeneeskunde (2010).[31]

Aanbeveling 10

Het uitvoeren van de Thomas test kan worden overwogen voor de diagnose van iliopsoas-gerelateerde pijn en femoro-acetabulaire impingement of een acetabulaire labrumscheur. [GRADE 2C]

I. Toelichting bij de aanbeveling

Bij de Thomas test worden de heupflexoren gestretched. Bewegingsbeperking is suggestief voor een iliopsoas flexiecontractuur. Daarnaast kan tijdens dit manoeuver ook liespijn ontstaan t.g.v. labrumpathologie. De test heeft een hoge sensitiviteit en specificiteit voor de diagnose van een labrumscheur. (sensitiviteit 89%, specificiteit 92%).[29]

II. Basis van de aanbeveling

De aanbeveling werd geformuleerd op basis van de resultaten van een meta-analyse over klinische tests voor de heup (evidence niveau B)uitgevoerd door Reiman et al. (2013).[29]

1.10. Peer Reviews

a) Presentatie aanbevelingen in Seminariegroep “Mechelen” van Imke en Tess
Opmerkingen:

- bij differentiaal diagnose kan regio “anterolaterale heup en lies” opgedeeld worden in enerzijds “lies”-regio en anderzijds “anterolaterale heup” (1 persoon)
- Een omschrijving van de uitvoering van de klinische testen zou handig zijn gezien niet alle testen gekend zijn. Ook hierbij de vermelding bij welke aandoeningen de test positief kan zijn. (7 personen)
- Een vermelding van de sensitiviteit en specificiteit van testen met hoge bewijskracht (A) is handig voor toepassing in de praktijk (1 persoon)

b) Presentatie aanbevelingen bij huisartsen van wachtkring Huisartsen Regio Mortsel
Opmerkingen:

- De lijst van differentiaal diagnosen zou overzichtelijker zijn als er wordt gewerkt a.d.h.v. een diagnostisch landschap (1 persoon)
- Een verduidelijking van welke tekens en symptomen uit het klinisch onderzoek je aan specifieke diagnoses moeten doen denken (3 personen)

“De presentatie die gebracht werd voor beide peer groepen vindt u achteraan de thesis onder de naam “Bijlage 2.”

1.11. Praktijktoetsing

Er werd een protocol opgemaakt voor het onderzoek van een patiënt met pijn in de bil en in de heup. Dit vindt u tussen de bijlages als “Bijlage 1.”

Er werd rekening gehouden met alle opmerkingen vanuit de peer groups omtrent de aanbevelingen voor het klinisch onderzoek. Het protocol in bijlage werd doorgestuurd naar de kinesist Frank Crets in kader van multidisciplinaire revisie. De resultaten daarvan vindt u in “Bijlage 3”, ze werden nog niet verwerkt in ons protocol voor het heuponderzoek.

Discussie

Mijn literatuurstudie bevatte volgende zwakke punten:

- De initiële systematische zoektocht naar richtlijnen was onvoldoende uitgebreid. Pas bij de adaptatiefase werden nog richtlijnen over chronische liesklachten, spinaal kanaalstenose en lumbosacraal radiculair syndroom gevonden. Deze werden dus slechts door één onderzoeker beoordeeld.
- Lokalisatie van de pijn van de heup in 3 anatomische regio's werd niet in een richtlijn onderbouwd en blijkt ook niet steeds gemakkelijk te zijn (vb. bij hip-spine syndroom). Het inzicht wordt echter wel in de meerderheid van de overzichtsartikels onderbouwd en geeft een aanzet tot een systematische benadering van pijn in de bil en heup. Daarom werden hiervoor enkele aanbevelingen geformuleerd ondanks het lage niveau van bewijskracht.

Aanbevelingen voor onderzoek in de toekomst:

- Het zou interessant zijn om nog verder onderzoek te verrichten naar welke klinische criteria voor voorspellend zijn voor diagnose van FAI en labrumscheur (gouden standaard MRA arthrografie)
- Het zou interessant zijn om te onderzoeken of de externe derotatie test ook in de huisartsenpraktijk de beste sensitiviteit en specificiteit heef voor detectie van M. Gluteuspathologie in vergelijking met abductie van de heup tegen weerstand.

Uitbreiding van de richtlijn en verwijzingen naar andere EBMpracticenet richtlijnen

- We hebben in deze richtlijn een benadering geschetst voor de diagnostische aanpak van pijn in de bil en in de heup. Voor de behandelingen van de diverse ziektebeelden worden best aanbevelingen geformuleerd in aparte Duodecim-topics, omdat het anders onoverzichtelijk wordt.
- voor kinderen bestaat er nog een richtlijn 'aangeboren heupluxatie' en 'klinisch onderzoek van kinderen met arthritis symptomen' (onder kindergeneeskunde), waarnaar verwezen kan worden vanuit deze richtlijn.
- Ook verwijzingen naar richtlijnen als sacroiliitis, spinaal kanaalstenose en lumbosacraal radiculair syndroom zijn hier op hun plaats.

Besluiten

Er werden nieuwe aanbevelingen voor differentiële diagnostiek geformuleerd. Hierbij worden verschillende diagnostische landschappen geadviseerd bij liespijn (anterieure heup), laterale heuppijn en posterieure heuppijn.

Klinische vraag 1

"Welke diagnoses dient de huisarts te overwegen bij volwassenen met niet-traumatische bil- of heuppijn?"

Bij een patient die zich presenteert met pijn t.h.v. de lies of de anterieure heupregio, is het aangewezen dat de huisarts symptomen en tekens onderzoekt die wijzen op intra-articulaire heuppathologie, L1-L4 radiculopathie (spinaalkanaalstenose), iliopsoas- of adductorentendinitis, pubalgie, een hernia inguinalis en pelviene pathologie. [GRADE 1C]

Bij een patiënt die zich presenteert met pijn t.h.v. de laterale heupregio, is het aanbevolen dat de huisarts symptomen en tekens onderzoekt die wijzen op intra-articulaire heuppathologie, Trochanter Major Pijnsyndroom, L4-radiculopathie en Meralgia Paresthetica. [GRADE 1C]

Bij een patient die zich presenteert met pijn t.h.v. de bil of posterieure heupregio, is het aanbevolen dat de huisarts symptomen en tekens onderzoekt die wijzen op sacroiliitis, sacroiliacale gewrichtsdysfunctie, pathologie van de lumbale wervelkolom, M.Gluteus tendinopathie, ischiogluteale bursitis en vasculaire claudicatio. [GRADE 1C]

Er werden nieuwe aanbevelingen geadviseerd voor het klinisch onderzoek van de heup. De aanbevelingen voor heupartose en het Trochanter Majorpijnsyndroom hadden de sterkste bewijskracht .

Klinische vraag 2

"Wat is de waarde van klinische tekens en symptomen bij het onderzoek van een volwassene met niet-traumatische pijn in bil en heup?"

Voor de klinische oppunstelling van pijn in de bil en in de heup wordt aanbevolen een inspectie van de gang uit te voeren en een eventueel beenlengteverschil te evalueren. [GRADE 1C]

Het verdient de aanbeveling om passieve interne rotatie en passieve flexie van de heup uit te voeren om de diagnose coxartrose te stellen. [GRADE 1A]

Bij vermoeden van lumbosacraal radiculair syndroom wordt aanbevolen de actieve Range of Motion van de lumbale wervelkolom te onderzoeken en de test van Lasègue uit te voeren. [GRADE 1C]

Het verdient de aanbeveling om de Trendelenburg test en abductie van de heup tegen weerstand uit te voeren om het Trochanter Major Pijnsyndroom en M. gluteus insufficientie te diagnosticeren. [GRADE 1B]

Bij patienten met posterieure heuppijn wordt gesuggereerd om 3 sacroiliacale provocatietesten uit te voeren voor de detectie van sacroiliacale gewrichtspijn. [GRADE 2C]

Voor de diagnostiek van adductorentendinitis wordt gesuggereerd adductie van de heup tegen weerstand uit te voeren, passieve abductie van de heup (rektest adductoren) en palpatie van de heupadductoren. [GRADE 2C]

Het uitvoeren van de Thomas test kan worden overwogen voor de diagnose van iliopsoas-gerelateerde pijn en femoro-acetabulaire impingement of een acetabulaire labrumscheur. [GRADE 2C]

Referenties

1. Hip and groin disorders. In: Hegmann KT, editor(s). Occupational medicine practice guidelines. Evaluation and management of common health problems and functional recovery in workers. 3rd ed. Elk Grove Village (IL): American College of Occupational and Environmental Medicine; 2011. p. 1-440.
2. NICE Clinical Knowledge Summaries. Greater Trochanteric Pain Syndrome. 2010. Available from http://cks.nice.org.uk/greater-trochanteric-pain-syndrome-trochanteric-bursiti
3. NICE Clinical Knowledge Summaries. Osteoarthritis. 2013. Available from http://cks.nice.org.uk/osteoarthritis
4. Cibulka MT, White DM, Woehrle J, Harris-Hayes M, Enseki K, Fagerson TL, et al. Hip pain and mobility deficits--hip osteoarthritis: clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability, and health from the orthopaedic section of the American Physical Therapy Association. J Orthop Sports Phys Ther. 2009;39(4):A1-2
5. Belgische Vereniging voor Radiologie. Richtlijnen voor het goed gebruik van medische beeldvorming. 2010. Available from: http://www.health.belgium.be/richtlijnen-medische-beeldvorming#.VTlWyHtmko.
6. Taljanovic MS DR, Weissman BN, Appel M, Arnold E, Bancroft LW, Bennett DL, Blebea JS, Bruno MA, Fries IB, Hayes CW, Kransdorf MJ, Luchs JS, Morrison WB, Palestro CJ, Roberts CC, Stoller DW, Tuite MJ, Ward RJ, Wise JN, Zoga AC, Expert Panel on Musculoskeletal Imaging. ACR Appropriateness Criteria® chronic hip pain. Reston (VA): American College of Radiology; 1998 [updated 2011 - 15/04/14].
7. The Adapte Collaboration (2009). The Adapte Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. Available from: http://www.g-i-n.net.
8. Karppinen J. Pijn in de bil en in de heup.: Duodecim Medical Publications Ltd; 2009. Available from: https://www.ebmpracticenet.be//nl/Paginas/default.aspx?ebmid=ebm00417&sn=09f5fd4c-cfa6-4ca5-b21d-05d95f9e305a/a8f2ffbe-6040-4583-9dce-1e2b4aaeaf0a.
9. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010;182(18):E839-42.
10. Van Royen P. Grade. Een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling aan te geven. Huisarts nu. 2008(38):505-9.
11. Wilson JJ, Furukawa M. Evaluation of the patient with hip pain. Am Fam Physician. 2014;89(1):27-34.
12. Fernandez M, Wall P, O'Donnell J, Griffin D. Hip pain in young adults. Aust Fam Physician. 2014;43(4):205-9.
13. Tibor LM, Sekiya JK. Differential diagnosis of pain around the hip joint. Arthroscopy. 2008;24(12):1407-21.
14. Grumet RC, Frank RM, Slabaugh MA, Virkus WW, Bush-Joseph CA, Nho SJ. Lateral hip pain in an athletic population: differential diagnosis and treatment options. Sports Health. 2010;2(3):191-6.(1-18)
15. Hasan BA. The presenting symptoms, differential diagnosis, and physical examination of patients presenting with hip pain. Dis Mon. 2012;58(9):477-91.
16. Frank RM, Slabaugh MA, Grumet RC, Virkus WW, Bush-Joseph CA, Nho SJ. Posterior hip pain in an athletic population: differential diagnosis and treatment options. Sports Health. 2010;2(3):237-46.
17. Martin HD, Shears SA, Palmer IJ. Evaluation of the hip. Sports Med Arthrosc. 2010;18(2):63-75.
18. Poultsides LA, Bedi A, Kelly BT. An algorithmic approach to mechanical hip pain. HSS J. 2012;8(3):213-24.

19. Williams BS, Cohen SP. Greater trochanteric pain syndrome: a review of anatomy, diagnosis and treatment. Anesth Analg. 2009;108(5):1662-70.
20. Macfarlane RJ, Haddad FS. The diagnosis and management of femoro-acetabular impingement. Ann R Coll Surg Engl. 2010;92(5):363-7.
21. Clohisy JC, Knaus ER, Hunt DM, Lesher JM, Harris-Hayes M, Prather H. Clinical presentation of patients with symptomatic anterior hip impingement. Clin Orthop Relat Res. 2009;467(3):638-44.
22. Devin CJ, McCullough KA, Morris BJ, Yates AJ, Kang JD. Hip-spine syndrome. J Am Acad Orthop Surg. 2012;20(7):434-42.
23. Redmond JM, Gupta A, Hammarstedt JE, Stake CE, Domb BG. The hip-spine syndrome: how does back pain impact the indications and outcomes of hip arthroscopy? Arthroscopy. 2014;30(7):872-81.
24. Cheatham SW, Kolber MJ, Salamh PA. Meralgia paresthetica: a review of the literature. Int J Sports Phys Ther. 2013;8(6):883-93.
25. Sieper J, van der Heijde D, Landewe R, Brandt J, Burgos-Vagas R, Collantes-Estevez E, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). Ann Rheum Dis. 2009;68(6):784-8.
26. Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg; 2008 [15/04/2015]. Available from: http://www.diliguide.nl/document/2949/lumbosacraal-radiculair-syndroom.html.
27. Nederlands Huisartsen Genootschap. Lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) (Eerste herziening). Huisarts Wet. 2005;48(4):171-8.
28. North American Spine Society. Diagnosis and treatment of degenerative lumbar spinal stenosis 2011. Available from: https://www.spine.org/Documents/ResearchClinicalCare/Guidelines/LumbarStenosis.pdf.
29. Reiman MP, Goode AP, Hegedus EJ, Cook CE, Wright AA. Diagnostic accuracy of clinical tests of the hip: a systematic review with meta-analysis. Br J Sports Med. 2013;47(14):893-902.
30. Stuber KJ. Specificity, sensitivity, and predictive values of clinical tests of the sacroiliac joint: a systematic review of the literature. J Can Chiropr Assoc. 2007;51(1):30-41.
31. Vereniging van Sportgeneeskunde. Richtlijn "Chronisch liesklachten bij sporters'' 2010 [12/4/2015]. Available from: http://www.sportgeneeskunde.com/files/Mono-disciplinaire%20richtlijn%20Chronische%20liesklachten%20bij%20sporters%20.pdf.
32. Domb BG, Brooks AG, Byrd JW. Clinical examination of the hip joint in athletes. J Sport Rehabil. 2009;18(1):3-23.
33. Thiago B. Coxartrose 2014 [21/04/2015]. Available from: http://medicinadoquadril.com.br/site/wp-content/uploads/2015/01/dor-crural-sinal-do-C.jpg.
34. Deckers J, Beckers. B. Ganganalyse en Looptraining voor de Paramedicus 1st ed. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 1996.
35. Plante M, Wallace R, Busconi BD. Clinical diagnosis of hip pain. Clin Sports Med. 2011;30(2):225-38.
36. OrthoFracs. Pelvis & Hip Joint 2010-2015 [21/04/2015]. Available from: http://www.orthofracs.com/images/anatomy/pelvis/pelvis_bones_anterior.jpg.
37. Wheeless C. Posterior Pelvic Injury: Data Tracer Internet Publishing; [updated 2013 21/04/2015]. Available from: http://www.wheelessonline.com/image4/pelv3.jpg.
38. Wyffels P, De Winter B. Cursus Vaardigheden Bewegingstelsel: Universiteit Antwerpen; Academiejaar 2006-2007.
39. Birrell F, Croft P, Cooper C, Hosie G, Macfarlane G, Silman A, et al. Predicting radiographic hip osteoarthritis from range of movement. Rheumatology (Oxford). 2001;40(5):506
40. Brown MD, Gomez-Marin O, Brookfield KF, Li PS. Differential diagnosis of hip disease versus spine disease. Clin Orthop Relat Res. 2004(419):280-4.

41. Wyffels P. Heupklachten [11/11/2014]. Available from: https://www.uantwerpen.be/images/uantwerpen/container2884/files/heupklachten.pdf.
42. Sallis R. Examination skills of the musculoskeletal system. [updated 29/11/2014]. Available from: http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/medicalschool/departments/familymed/education/fellowship/sportsmedfellow/Documents/MS%20exam.pdf.
43. Karageanes S. Iliotibial Band Friction Syndrome 2014 [21/04/2015]. Available from: http://img.medscape.com/pi/emed/ckb/orthopedic_surgery/1230552-1250716-973tn.jpg.
44. van Nierop P. Diagnostiek in de bekkenfysiotherapie. 1st ed. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2014.
45. Veritashealth.com. Comprehensive Diagnostic Approach for the Sacroiliac (SI) Joint 1999-2015 [22/04/2015]. Available from: http://www.spine-health.com/education-centers/sacroiliac-joint-disorders/physicians/comprehensive-diagnostic-approach-sacroiliac
46. Abernethy D. Adult neurological exam. 2006 [21/04/2015]. Available from: http://physicalexamination.org/Images/Power/HipFlexionLWeb.jpg.
47. Winkel D, Aufdemkampe G. Orthopedische geneeskunde en manuele therapie: deel 2: de wervelkolom. 1st ed. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2001.
48. Werkboek anatomie - bewegingsanalyse: 1.4 heup, Provinciale Hogeschool Limburg; Academiejaar 2009-2010.
49. http://www.cram.com/flashcards/nasm-cex-muscle-testing-the-hip-complex-gluteus-medius-and-gluteus-maximus-2455502

Bijlagen

1.12. Bijlage 1

Protocol voor het klinisch onderzoek bij een patient met pijn in de bil en in de heup.

A) Inspectie

A.1. Pijnlokalisatie
A.2. Beenlengteverschil, scoliose
A.3. Gang

B) Palpatie

C) Segmentaire testen

- Staand

C.1. Trendlenburg test
C.2. Flexie lumbale wervelkolom

- Ruglig

C.3. Passieve heup endorotatie en exorotatie
C.4. Passieve heupadductie en -abductie
C.5. Passieve heupflexie
C.6. Thomas test
C.7. Sacro-iliacale gapping test
C.8. FABER (Patrick's) test
C.9. Straight Leg Raise
C.10. Weerstand heupadductie
C.11. Weerstand heupflexie

- **Buiklig**

C.12. Passieve heupextensie

- **Zijlig (aangedane zijde bovenaan)**

C.13. Sacro-iliacale compressie test
C.14 Abductie van heup tegen weerstand

.

A. Inspectie

A.1. Pijnlokalisatie

Pijnlokalisatie aan de hand van het C-teken is karakteristiek voor patienten met intra-articulaire heuppathologie. De patient houdt zijn hand in een C-vorm en plaatst dit boven de Trochanter Major. De vingers worden t.h.v. lies geplaatst en de duim wijst naar posterior.[11,17,18,32]



Afbeelding 1: "C-sign" [Thiago, 2014][33]

A.2. Beenlengteverschil [17]

- In staande houding wordt bilateraal de hoogte van de schouders en de cristae iliacae bepaald.
- In liggende houding wordt bilateraal de afstand tussen de spina iliaca anterior en de mediale malleolus gemeten.
- Ook andere statiekafwijkingen, zoals scoliose, worden nagekeken.

A.3. Gang-analyse

- In stand wordt de geirriteerde heup in flexie gehouden. Dit wordt gecompenseerd door aan dezelfde kant de knie te buigen en op de tenen te staan.[34]
- Antalgische gang (manken): er is een verkorte standfase op het aangedane been en heupextensie wordt gemeden om de heup zo weinig mogelijk te belasten.[11,17] (coxarthrose, stressfractuur, septische artritis, AVN)
- Insufficiëntie van de M. Gluteus Medius resulteert in een schommelende gang:[11,17]
    - Het bekken zakt aan de gezonde zijde, tijdens de standsfase op het aangedane been, omdat er geen abducerende krachten zijn die het bekken horizontaal houden (positief teken van Trendlenburg).
    - Om het bekken horizontaal te houden, wordt het zwaartepunt via een zijwaartse rompbeweging over de aangedane heup gebracht (teken van Duchenne).

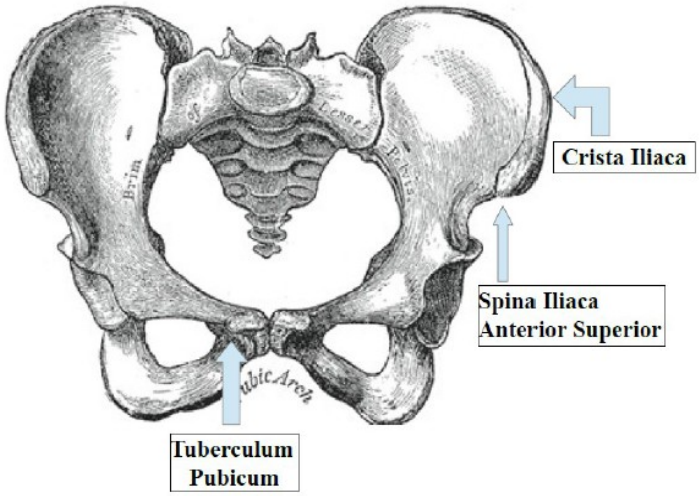


Afbeelding 2: normale gluteusfunctie (links); positieve Trendlenburg test [Wilson, 2014][11]

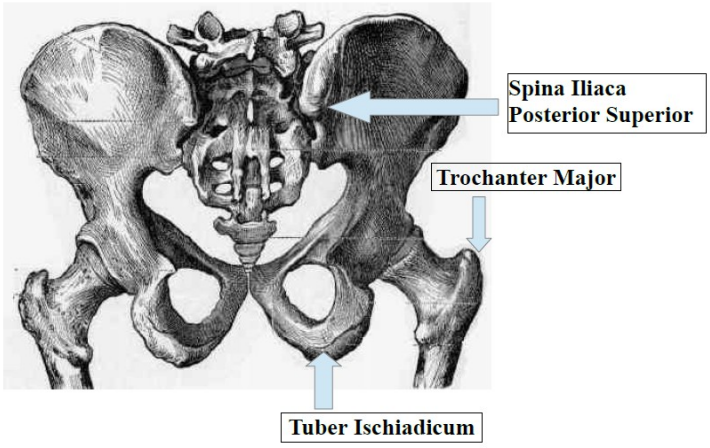
B. Palpatie

Palpatie van belangrijkste referentiepunten[48]:

- *Spina iliaca anterior superior*: vervolg de liesplooi in craniolaterale richting. Een opvallende verhevenheid, waar de liesplooi ophoudt, is de SIAS. Net mediaal van de SIAS loopt de N. Cutaneus Femoralis dwars onder het inguinaal ligament. Palpatie t.h.v. dit punt kan klachten uitlokken veroorzaakt door meralgia paresthetica.[11,35]



Afbeelding 3: Anterior pelvis [Orthofracs, 2014][36]



Afbeelding 4: Posterior pelvis [Wheeless, 2013][37]

- *Tuberculum pubicum*: wanneer men de liesplooi in caudomediale richting volgt dan is de eerst voelbare benige verhevenheid het tuberculum pubicum. Bij een adductorentendinitis kan palpatie van dit insertiepunt gevoelig zijn.[35]
- *Ligamentum inguinale*: de liesplooi is meestal goed zichtbaar. Palpeert men in de liesplooi met de vingers dwars op de lengterichting ervan, dan voelt men een collagene streng: het lig. Inguinale. Deze structuur verloopt van de SIAS naar het tuberculum pubicum. Het lig. Inguinale is een verdikking van de oppervlakkige fasciae van de buikspieren en de fascia lata.
- *Spina iliaca posterior superior*: dorsaal verdikken de cristae iliacae op de bovenzijde van de bekkenkammen zich tot de spinae iliacae posteriores superiores. Deze bevinden zich ter hoogte van de dikwijls goed zichtbare "bekkenkuiltjes". Bij sacroiliitis kan palpatie van deze punten gevoelig zijn.[17]
- *Tuber ischiadicum*: dit benig uitsteeksel van het os ischii is palpabel juist lateraal van het midden van de bilplooi bij een heup in flexie (distaal van de onderrand van de m. gluteus maximus). In heupflexie wordt het niet meer bedekt door M Gluteus maximus. De palpatie is gevoelig bij een bursitis ischiadicum.[35]
- *Trochanter major*: het benige uitsteeksel is meestal goed te palperen in de laterale proximale heupmusculatuur. De trochanter ligt in hetzelfde vlak als het tuberculum pubicum en het os coccygis. Bij abductie van de heup onstaat er een depressie boven de trochanter major. Palpatie van de trochanter major geeft pijn bij Trochanter bursitis, maar kan ook pijn geven bij gluteuspathologie en het Iliotibiale Bandsyndroom.[2,19]
- *Iliotibiale band*: de iliotibiale band strekt zich vanaf de trochanter major uit naar proximaal tot halverwege de crista iliaca. De band strekt zich distaal uit tot aan de laterale femurcondyl van de knie.
- *M. Gluteus medius en maximus*: worden gepalpeerd in de zone begrensd door de posterieure crista iliaca, het sacrum, het tuber ischiadicum en de trochanter major.
- *Pulsatie van de A. Femoralis*: deze wordt opgezocht diep onder het ligamentum inguinale, ongeveer halverwege tussen het tuberculum pubicum en de SIAS. Ook pulsaties t.h.v. de voet worden opgezocht (A. Dorsalis Pedis en A. Tibialis Anterior) om vasculaire claudicatio op te sporen.

- Tenslotte wordt de lies gepalpeerd tijdens het Valsavamanoever, zodat een eventuele hernia inguinalis gevoeld kan worden.

C. Segmentaire testen

- **Staand**

C.1. Trendlenburg test (Single leg stance test)

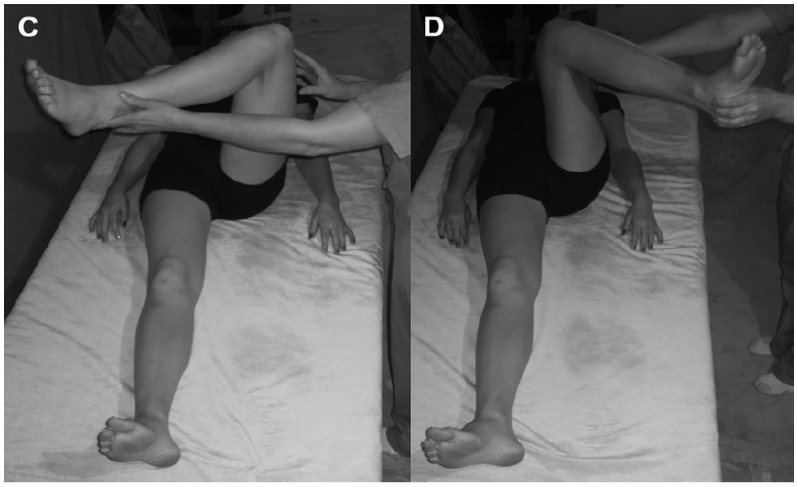
Bij de Trendlenburg-test wordt aan de patient gevraagd een voet van de grond te heffen door de knie te plooien. Contractie van de M. Gluteus Medius aan de contralaterale zijde zorgt ervoor dat de horizontale stand van het bekken behouden blijft. Bij een insufficiëntie van de contralaterale M. Gluteus Medius zal het bekken aan de gezonde kant zakken bij het heffen van het been. Dit wordt het positief teken van Trendlenburg genoemd.[17] De sensitiviteit van deze test voor het opsporen van een scheur in de M. Gluteus is 23-97% en de specificiteit is 77-96%. Het is dus een specifieke test voor gluteuspathologie.[29]
Cfr. supra: afbeelding 2.

C.2. Flexie van de lumbale wervelkolom

Het voorwaarts, achterwaarts en zijwaarts buigen van de lumbale wervelkolom wordt uitgevoerd om de range of motion (ROM) en structurele afwijkingen van de rug te evalueren.[17]

- **Ruglig**

C.3. Passieve heup endorotatie en exorotatie



Afbeelding 5: Passieve exorotatie van de heup (links); passieve endorotatie van de heup (rechts) [Plante et al., 2011][35]

Knie en heup worden beide 90° gebogen. Het kniegewricht blijft in flexie gestabiliseerd zodat hier geen beweging plaatsvindt. Om exorotatie van de heupkop te bekomen, wordt het onderbeen naar de middenlijn toe gedraaid, terwijl de knie op dezelfde plaats bijft. Bij endorotatie gebeurt hetzelfde, maar het onderbeen wordt van de middenlijn weg gedraaid. Exorotatie bedraagt normaal 60° en endorotatie 30°.[32, 38]

Pijn en bewegingsbeperking, vooral bij endorotatie van de heup, is de meest predictieve test voor coxartrose. [De odds ratio bedraagt 3,6 - 46 bij heup endorotatie tov 1- 3 bij heupflexie en exorotatie.] [39] Beperkte endorotatie van de heup is ook de sterkst predictieve test om heuppathologie te onderscheiden van spinale pathologie [De odds ratio bedraagt 14.] [40]

C.4. Passieve heupadductie en -abductie



Afbeelding 6: Passieve heupadductie [Wyffels, 2014][41]



Afbeelding 7: Passieve heupabductie [Sallis, p. 51][42]

Bij passieve heupadductie wordt het niet onderzochte been in de heup geflecteerd en de voet wordt lateraal van het andere been gefixeerd. Op deze manier kan het onderzochte been ongehinderd adduceren over de onderzoekstafel. Het onderzochte been wordt met gestrekte knie naar de middellijn bewogen (tot er kanteling van het bekken optreedt). De adductie bedraagt normaal 30°. Pijn zonder bewegingsbeperking wordt veroorzaakt door rek van de tractus iliotibialis of compressie van de bursa subtrochanterica.[32,38]

Bij passieve heupabductie wordt het bekken van het onderzochte been t.h.v. de spina iliaca anterior superior gefixeerd op tafel. Het been wordt dan met gestrekte knie van de middellijn weg bewogen, zonder het been in de heup te flecteren. De abductie bedraagt normaal 45°. Pijn zonder bewegingsbeperking wordt veroorzaakt door pathologie van de heupadductoren.[32,38]

C.5. Passieve heupflexie



Afbeelding 8: Passieve heupflexie
[Sallis, p. 51][42]

Voor de passieve heupflexie wordt bij een patient in ruglig beurtelings de geflecteerde knie zo dicht mogelijk tegen de borstkas gebracht. De heupflexie bedraagt normaal 120°.[35,38]

C.6. Thomas test

Voor de Thomas test vertrekt men van de uitgangspositie bij een patient in ruglig, die de beide knieen opgetrokken houdt tegen de borstkas. De heupen bevinden zich op deze manier in maximale flexie. Het aangedane been wordt vervolgens door de patient losgelaten en geleidelijk naar de bank bewogen, terwijl de andere heup in maximale flexie blijft gefixeerd. Er is een normale bewegingsuitslag wanneer de achterkant van de dij de onderzoekstafel raakt.[17]



Afbeelding 9: Startpositie Thomas test (links);
extensie van heup bij Thomas test (rechts) [Martin, 2013][17]



Afbeelding 10: Normale eindpositie bij Thomas test [Karageanes, 2014][43]

Bij de Thomas test worden de heupflexoren gestretched. Bewegingsbeperking, waardoor de achterkant van de dij de onderzoekstafel niet raakt, is suggestief voor een iliopsoas flexiecontractuur. Daarnaast kan tijdens dit manoeuver ook liespijn ontstaan t.g.v. labrumpathologie. De test heeft een hoge sensitiviteit en specificiteit voor de diagnose van een labrumscheur. (sensitiviteit 89%, specificiteit 92%)[29]

C.7. Sacro-iliacale (SI) gapping test



Afbeelding 11: SI gapping test
[van Nierop, 2014][44]

De patiënt ligt op zijn rug, de onderzoeker staat naast de aangedane zijde en plaatst de handen gekruist op de spina iliaca anterior superior (SIAS) en oefent een dorsolaterale kracht uit. De test is positief wanneer er unilateraal pijn ontstaat over het SI-gewricht of M. Gluteus.[38, 45] De sensitiviteit bedraagt 60% en de specificiteit 81%.[29,30]

C.8. FABER (Patrick's) test



Afbeelding 12: FABER-test [Wilson, 2014][4]

De FABER-test wordt uitgevoerd door het been in een “cijfer 4”-configuratie te brengen bij een patient in ruglig. De heup wordt eerst in 45° Flexie gebracht en dan volgt ABductie en ExoRotatie van het bovenbeen (met gebogen knie), waarvan de benaming van de test is afgeleid. In de eindstand is de enkel op het niet-onderzochte been komen te liggen, iets proximaal van de knie. De contralaterale heup wordt vervolgens gefixeerd t.h.v. het ASIS en er wordt nog een lichte neerwaartse einddruk uitgeoefend op de mediale knie.[18,35]

Bij sacro-ilicale dysfunctie zal deze test pijn geven t.h.v. de posterieure heup, uni- of bilateraal door de belasting van het SI-gewricht. (sensitiviteit 50-77% en specificiteit 16%)[29,30] Bij intra-articulaire heuppathologie zoals femoro-acetabulaire impingement, labrumscheur, kraakbeenletsel... zal er pijn ontstaan t.h.v. de lies. (sensitiviteit 60-80%, specificiteit 18-25%).[11,29] Maar ook de M. Iliopoas pathologie kan liespijn geven bij deze test.[18]

C.9. Straight Leg Raise (SLR, Test volgens Lasègue)

De test is voornamelijk bedoeld voor het opsporen van compressie van zenuwwortels L5,S1 en S2 d.m.v. het oprekken van de dura mater via de N. Ischiadicus. De test is positief wanneer er herkenbare rugpijn optreedt, uitstralend naar de achterzijde van het opgeheven been tot voorbij de knie.[32,38]



Afbeelding 13: passieve SLR
[Domb et al., 2009][32]

Het gestrekte been wordt door onderzoeker onder de hiel ondersteund en omhoog getild, waardoor de heup tot 90° geflecteerd wordt. De pijn treedt vnl. op wanneer het been tussen 0 en 60° getild wordt. Daarna is het onderzoek eerder een rektest van de hamstrings.

C.10. Weerstand heupadductie

Om de heupadductie tegen weerstand te testen plaatst de onderzoeker zijn twee handen kruislings aan de mediale zijden van beide knieën van de patiënt. De patiënt wordt dan gevraagd zijn benen zo krachtig mogelijk naar elkaar toe te bewegen.[38] Hierbij worden de heupadductoren op kracht en pijnlijkheid getest. (54% sensitief en 93% specifiek voor adductorentendinitis)[29]



Afbeelding 14: Weerstand heupadductie [Wyffels, 2014][41]

C.11. Weerstand heupflexie

De patient ligt in ruglig en buigt de aangedane heup 90° met de knie in flexie. De onderzoeker staat aan de hoofdzijde van de patient en geeft isometrische weerstand op de knie. De patient wordt dan gevraagd zijn knie in de richting van het hoofd te bewegen. Op deze manier wordt de kracht van de M. Iliopsoas getest en kan deze vergeleken worden met de contralaterale zijde.[38]



Afbeelding 15: Weerstand heupflexie [Abernethy, 2006][46]

- **Buiklig**

C.12. Passieve heupextensie

Voor de passieve heupextensie staat de onderzoeker aan de contralaterale zijde van de te onderzoeken heup. Het bekken wordt met een hand gefixeerd t.h.v. het tuber ischiadicum. Met het andere hand wordt het been zo ver mogelijk in extensie gebracht. De heupextensie bedraagt normaal 15°. Pijn zonder bewegingsbeperking is het gevolg van rek van de M. Iliopsoas of compressie van de bursa iliopectinea.[38]



Afbeelding 16: Passieve heupextensie
[Winkel & Aufdemkampe, 2001][24]

- **Zijlig**

C.13. Sacro-iliacale (SI) compressie test



Afbeelding 17: SI compressie test
[van Nierop, 2014][44]

De patiënt ligt in zijlig met de aangedane zijde naar boven, hierbij de heupen in 45° flexie en de knieën in 90° flexie. De onderzoeker staat achter de patiënt en plaatst beide handen op het laterale deel van de crista iliaca en oefent vervolgens een mediaal neerwaartse druk uit. Bij pijn t.h.v. het belaste SI-gewricht is de test positief.[45] De sensitiviteit en specifiteit bedragen beide 69%.[30]

C.14. Abductie van de heup tegen weerstand



Afbeelding 18: Weerstand heupabductie[50]

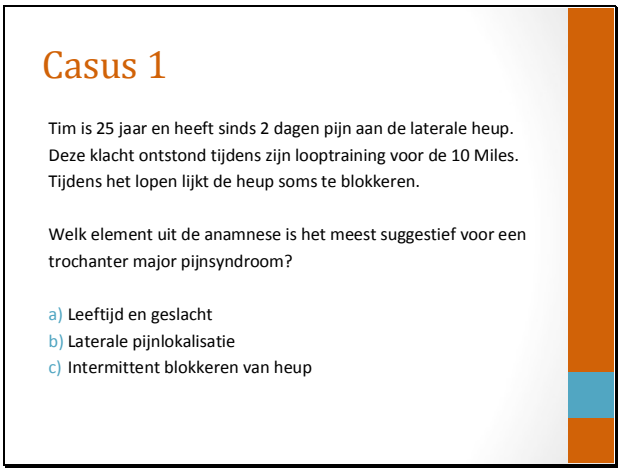
De patiënt ligt in zijlig met de aangedane zijde naar boven , hierbij is de heup licht in extensie gebracht, de knie volledig in extensie en de dij licht in externe rotatie en abductie. De onderzoeker geeft nu isometrische weerstand t.h.v. het laterale bovenbeen, terwijl de patient de heup in abductie probeert te brengen.[50]

7.2 Bijlage 2

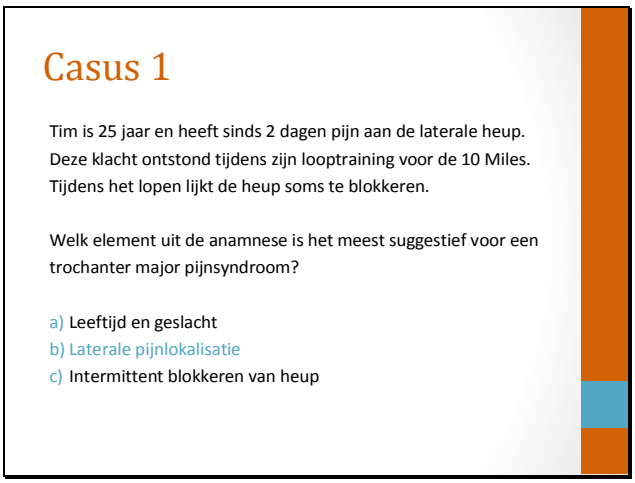
Dia 1



Dia 2



Dia 3



Dia 4

Casus 2

Angela is 30 jaar oud. Zij heeft sinds enkele weken pijn in de linkerbil.

Het onderscheid tussen een sacro-iliacale oorsprong van de klachten versus een probleem t.hv. de heup wordt klinisch het best geëvalueerd door:

a) De Faber-test
b) De passieve Straight Leg Raise
c) De Trendlenburg-test

Dia 5

Casus 2

Angela is 30 jaar oud. Zij heeft sinds enkele weken pijn in de linkerbil.

Het onderscheid tussen een sacro-iliacale oorsprong van de klachten versus een probleem t.hv. de heup wordt klinisch het best geëvalueerd door:

a) De Faber-test
b) De passieve Straight Leg Raise
c) De Trendlenburg-test

Dia 6

Casus 3

Frans is een 70-jarige man die voor prostaatcarcinoom behandeld wordt met Decapeptyl. Hij heeft de laatste maand progressieve pijnklachten in zijn linkerheup. Bij klinisch onderzoek vindt je een beperkte heupmobiliteit.

Welke beeldvorming vraag je aan?

a) Geen
b) RX heup
c) MRI heup

Dia 7

Casus 3

Frans is een 70-jarige man die voor prostaatcarcinoom behandeld wordt met Decapeptyl. Hij heeft de laatste maand progressieve pijnklachten in zijn linkerheup. Bij klinisch onderzoek vindt je een beperkte heupmobiliteit.

Welke beeldvorming vraag je aan?

a) Geen
b) RX heup
c) MRI heup

Dia 8

Casus 4

Patrick is een voetballer van 22 jaar. Hij heeft sinds 6 maanden last van pijn in de lies. Klachten worden geprovoceerd door afzetten en schoppen. Bij het hervatten van de trainingen na de vakantie was de lies nog steeds gevoelig.

Welke diagnose is het meest waarschijnlijk?

a) Femoro-acetabulaire impingement
b) Sporthernia
c) Adductorentendinitis

Dia 9

Casus 4

Patrick is een voetballer van 22 jaar. Hij heeft sinds 6 maanden last van pijn in de lies. Klachten worden geprovoceerd door afzetten en schoppen. Bij het hervatten van de trainingen na de vakantie was de lies nog steeds gevoelig.

Welke diagnose is het meest waarschijnlijk?

a) Femoro-acetabulaire impingement
b) Sporthernia
c) Adductorentendinitis

Dia 10

GRADE van aanbeveling



1 (A-B-C)
Sterke aanbeveling
= Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's



2 (A-B-C)
Zwakke aanbeveling
= Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's

Dia 11

GRADE van aanbeveling

A Hoog niveau van bewijskracht
= RCT+ of overtuigende evidentie uit observationele studies



B Matig niveau van bewijskracht
= RCT- of sterke evidentie uit obserationele studies



C Laag/zeer laag niv bewijskracht
Observationele studies of case studies, expert opinion



Dia 12

ADAPTE Besluiten

1. Wat vraagt de huisarts na in de anamnese bij volwassenen met niet-traumatische pijn in bil en heup?

- Leeftijd > 50 jaar? 1A
- Pijnlokalisatie? (anterolateraal en lies, lateraal, bil) 1B
- Aard van de pijn? 1B
- Sportactiviteiten? 1B
- Klikkende sensatie of slotklachten? 1B
- Ochtendstijfheid > 1 uur? 1A
- Knie- of rugklachten? 1C

Dia 13

ADAPTE Besluiten

1. Wat vraagt de huisarts na in de anamnese bij volwassenen met niet-traumatische pijn in bil en heup?

- Provocerende factoren? 1C (auto uitstappen, schoenen aandoen, trap oplopen, zitten, wandelen, rechtstaan, lopen)
- Heupdysplasie, vroeger heuptrauma? 1A
- Heupprothese? 1B
- Alcoholgebruik, systemische CS-therapie, stollingsstoornissen, HIV? 1A
- Rode vlaggen? 1C koorts, malaise, vermagering, nachtelijke pijn, voorgeschiedenis van maligniteit

Dia 14

ADAPTE Besluiten

2. Welke diagnoses dient de huisarts te overwegen bij volwassenen met niet-traumatische bil- of heuppijn?

A. Anterolateraal en lies 1C

- Coxartrose
- Adductor tendinitis
- Femoro-acetabulaire impingement en labrumscheur
- Arthritis (septisch, rheumatisch, kristal)
- Avasculaire necrose femurkop/stressfractuur/tumor
- Polymyalgia rheumatica
- Meralgia paresthetica
- Pubalgie
- Hernia inguinalis of sporthernia
- Iliopsoas tendinitis
- Abdominale/pelviene pathologie

Dia 15

ADAPTE Besluiten

2. Welke diagnoses dient de huisarts te overwegen bij volwassenen met niet-traumatische bil- of heuppijn?

B. Laterale heup 1C

- Trochanter Major pijnsyndroom (inclusief bursitis, gluteuspathologie)
- Iliotibiale band frictiesyndroom

Dia 16

ADAPTE Besluiten

2. Welke diagnoses dient de huisarts te overwegen bij volwassenen met niet-traumatische bil- of heuppijn?

C. Bil 1C

- Sacro-iliitis
- Lage rug pathologie (radiculair, facetogeen)
- Gluteuspathologie en ischiogluteale bursitis
- Piriformis syndroom
- Decubitus
- Vasculaire claudicatio

Dia 17

ADAPTE Besluiten

3. Welke tests zijn voor de huisarts zinvol om uit te voeren tijdens het klinisch onderzoek van volwassenen met niet-traumatische bil- of heuppijn?

A. Inspectie 1C

- Gang (trendlenburg)
- Statiekafwijking
- Beenlengteverschil

Dia 18

ADAPTE Besluiten

3. Welke tests zijn voor de huisarts zinvol om uit te voeren tijdens het klinisch onderzoek van volwassenen met niet-traumatische bil- of heuppijn?

B. Palpatie 1C

- Trochanter major
- Tuber ischiadicum
- Lig. inguinale
- Onderste buikspieren
- A.Iliaca
- A. femoralis
- Valsalvamanoeuver
- SIG
- Gluteus medius

Dia 19

ADAPTE Besluiten

3. Welke tests zijn voor de huisarts zinvol om uit te voeren tijdens het klinisch onderzoek van volwassenen met niet-traumatische bil- of heuppijn?

C. Specifieke testen:

- Trendlenburg-test 1A
- Flexie LWK 1C
- Passieve ROM heup 1A
  (IR en ER, passieve abductie en adductie, passieve flexie)

Dia 20

ADAPTE Besluiten

3. Welke tests zijn voor de huisarts zinvol om uit te voeren tijdens het klinisch onderzoek van volwassenen met niet-traumatische bil- of heuppijn?

C. Specifieke testen:

3. SI-provocatietest 1A
4. Faber-test 1C
5. FADDIR-test 1C
6. Thomas-test 1A
7. Straight leg raise 1C
8. Weerstandstesten heup 1A
   (abductie, adductie, flexie, IR)
- N. femoralis rektest 1C

Dia 21

ADAPTE Besluiten

4. Welke beeldvorming is aangewezen bij volwassenen met niet-traumatische bil- of heuppijn?

- Voor de initiële evaluatie van niet-traumatische chronische heuppijn dienen RX bekken (anteroposterieur) en RX heup (AP en lateraal) bekomen te worden. 1B
- Een MRI van de heup wordt over het algemeen aangevraagd als 2e onderzoek wanneer RX negatief of onvoldoende diagnostisch is, behalve bij verdenking op labrumscheur of osteoied osteoma. 1B
- Als RX negatief of niet diagnostisch en er bestaat een vermoeden van een labrumscheur, dan is MR arthrografie met contrast aangewezen. 1C

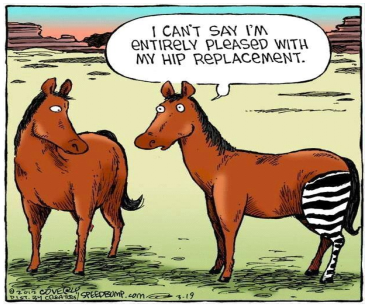
Dia 22

ADAPTE Besluiten

4. Welke beeldvorming is aangewezen bij volwassenen met niet-traumatische bil- of heuppijn?

- Als RX negatief of niet diagnostisch is en er is verdenking op osteoied osteoma, is CT heupen zonder contrast de aanbevolen beeldvormingsmodaliteit. 1B
- Bij vermoeden van AVN is MRI of botscintigrafie nuttig indien de conventionele RX normaal is, vooral bij hoog-risicopatiënten. 1C
- Een echografie van de heup kan helpen om een intra-articulaire vochtophoping of een periarticulaire aandoening in het licht te stellen. 1C

Dia 23



Opmerkingen? Vragen?

BEDANKT VOOR JULLIE TIJD!

1.13. Bijlage 3

Opmerkingen van kinesist Frank Crets over protocol van klinisch onderzoek

1. Inspectie:
- Beenlengteverschil : ook positie van SIAS en SIPS bepalen
- Trendelenburg test: onderzoekt de functie van de M. Gluteus Medius
- Flexie lumbale wervelkolom: Flexie test in zit en stand doen wij meestal, ter differentiatie van invloed onderste lidmaat dan wel enkel lumbaal/SIG.

2. Specifieke testen:
- Passieve heupflexie: Figuur vertoont inderdaad heupflexie maar met belangrijke knieflexie component, kan eventueel iets beter worden uitgevoerd door als therapeut het bovenbeen proximaal van de knie vast te nemen en heupflexie uit te voeren. Deze test test niet enkel de heupflexie maar ook de knieflexie en SIG mobiliteit.
- Ik weet niet of jullie in jullie opleiding nog veel belang hechten aan een capsulair patroon, voor de heup is dat endo>flex>abd meer beperkt dan ext dan add>exo. Hierdoor kan je differentiëren naar oorsprong van de klacht, bvb artrose/artitis tov bvb bursitis, loose body, of iets dergelijks.
- Thomas test: Je kan ook kijken naar de 'verticaliteit' van het onderbeen, en dan links/rechts vergelijken, wat iets zegt over de lengte van de m rectus femoris.
- Straight Leg Raise: Je kan ook uitbreiden en test van Neri eraan vasthangen, door actieve nekflexie te vragen.
- Heup/bil-pijn kan ook het gevolg zijn van gereffereerde pijn, ik weet niet of jullie daar iets over moeten schrijven. Segmentale uitstraling vanuit L1-L2-L3 (klassieke segmentale uitstraling) of via S1 en S2 (die doen ook een stuk van de huid van de onderste bilregio). L4-L5 kunnen via durale prikkeling (multisegmentaal dus) ook uitstraling in de bilregio geven.
- Weerstandtesten: je doet enkel de exorot, waarom geen endorot?
- Tot slot bij vermoeden van een zware pathologie, red flags zoals wij die noemen, SLR en passieve heupflexie na mekaar uitvoeren ter uitsluiting van een positief sign of the buttock. Gekenmerkt door meer pijn en beperking bij passieve heupflexie met een geplooide knie dan met een gestrekte knie; andere bewegingen in het CF-gewricht zijn beperkt maar niet volgens een capsulair patroon.
Differentiatie:
•Mocht het een CF-probleem zijn, zou de SLR niet beperkt zijn
•Mocht het een wortelprobleem of een hamstringprobleem zijn, zou heupflexie met geplooide knie niet beperkt zijn