# Beleid bij meniscusletsels: Adaptatie van een Duodecim richtlijn

Sümeyra Kosar, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Dr. Patrik Vankrunkelsven, Katholieke Universiteit Leuven

Co-promotor: Martine Goossens

Master of Family Medicine

Masterproef

Huisartsgeneeskunde

# Dankwoord

Graag wil ik mijn promoter Prof Patrik Vankrunkelsven en mijn co-promoter Martine Goossens bedanken voor hun wetenschappelijke adviezen en begeleiding bij het uitschrijven van mijn thesis.

Ik dank Dr Nicolas Delvaux voor zijn deskundige begeleiding bij het opmaken van mijn onderzoeksvragen.

Ik dank mijn praktijkopleiders Dr Andreas Verleysen en Dr Joke Verleysen voor hun kritische kijk, bijsturing bij het uitschrijven van mijn thesis en hun steun.

Ik wil ook mijn collega Dr Sarah Wouters bedanken voor haar aangename samenwerking en hulp.

Tot slot bedank ik mijn ouders, mijn vrienden voor hun motivatie en geduld.

# Abstract

Doel: traumatische meniscusletsels komen vaak voor in de huisartsenpraktijk. Helaas zijn er geen Belgische bronnen en richtlijnen waarop de huisarts beroep kan doen. Hierdoor worden er buitenlandse richtlijnen gebruikt om meniscusletsels te behandelen. Doch zijn deze niet altijd bruikbaar in de Belgische context. Het doel van deze masterproef is de adaptatie van de Duodecim richtlijn "Meniscus tears" aan de Belgische context en het implementatie in de huisartsenpraktijk.

Onderzoeksvraag: door 2 onderzoekers werden er 6 onderzoeksvragen opgesteld. In deze masterproef werd er gefocust op het beleid van meniscusletsels. Dit werd uitgewerkt aan de hand van 3 onderzoeksvragen. 1. Welke niet-farmacologische behandelingen kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel? 2. Welke farmacologische behandelingen kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel? 3. Wanneer moet je als huisarts doorverwijzen naar de tweede lijn?

Methode: aan de hand van 3 onderzoeksvragen werden er wetenschappelijke artikels en richtlijnen opgezocht. Relevante richtlijnen werden geselecteerd en afzonderlijk door elke onderzoeker geëvalueerd aan de hand van AGREE II instrument. Nadien werd voor elke klinische vraag de aanbeveling uit de verschillende richtlijnen opgelijst in een matrix. Er werd gekeken naar de evidentie en graad van aanbeveling. Verder keek men naar de courantheid, toepasbaarheid en samenhang van deze richtlijnen. Vervolgens werd er Belgische informatie opgezocht.

Resultaten: aan de hand van de gevonden aanbevelingen, werd er een geadapteerde richtlijn en een flow chart opgemaakt. Door gebruik te maken van GRADE werd de graad van aanbeveling bepaald. De geadapteerde richtlijn en de flow chart werden door verschillenden artsen geëvalueerd. Deze werd voorgesteld op een LOK-vergadering in Aalst, een seminariegroep in Dendermonde en aan een geneesheer-specialist in de orthopedie en fysische geneeskunde. Aan de hand van de adviezen werden er aanpassingen doorgevoerd in de richtlijn. Tot slot werden deze getoetst op de praktijk.

Conclusie: de flow chart en de richtlijn zijn handige instrumenten voor het behandelen van meniscusletsels. Doch is de ervaring en de kennis van de arts die primeert.



Contact: skosar@vub.ac.be

# Inhoud

**Inleiding** 5

**Fase 1: Screeningsfase** 6

Stap 1. Definieer de scope van de aanbevelingen die gescreend /geadapteerd worden en specifieer de PIPOH-elementen 6

Stap 2: Zoek naar relevante richtlijnen 8

Stap 3: Screen gevonden richtlijnen 8

Stap 4: Waardeer geselecteerde richtlijnen 9

Stap 4.1 Evalueer richtlijnen met AGREE II 9

Stap 4.2: Inventariseer inhoud van de aanbevelingen 9

Stap 4.3: Waardeer aanbeveling op courantheid 9

Stap 4.4: Waardeer aanbevelingen op samenhang 10

Stap 4.5: Waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid 10

Stap 5: Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie 10

Stap 6: Nazicht door leescommissie 10

**Fase 2: Adaptatiefase** 11

Stap 7: Eerste versie opmaken 11

**Fase 3: Implementatiefase** 15

Stap 8: Peer review 15

Stap 9: Formuleren van praktijkconsensus 22

Conclusie 24

Referenties 26

Bijlagen 27

# Inleiding

Richtlijnen worden vaak geraadpleegd door de artsen. Deze vormen een belangrijke houvast. Ze geven informatie over de oorzaken, de gevolgen, de bijkomende onderzoeken en mogelijke behandelingsschema's over een bepaalde ziekte. Op nationaal vlak beschikken we over de richtlijnen van Domus Medica. Op internationaal vlak heeft Nederland de NHG-standaarden, Finland de Duodecim richtlijnen etc. De Duodecim richtlijnen zijn kort, bondig en gemakkelijk te raadplegen via EBMPracticeNet. Men kan zich afvragen waarom EBMPracticeNet voor de Duodecim richtlijnen koos. Hiervoor zijn verschillende redenen. Ten eerste is de focus op de eerste lijn een belangrijke factor. Ongeveer 1000-tal onderwerpen komen hier aan bod. Duodecim omvat 2 verschillende types richtlijnen: de probleem gerelateerde richtlijnen, over vaak voorkomende symptomen in de eerste lijn, en de ziekte-specifieke richtlijnen over zeldzamere ziekten. De informatie die het best onderbouwd zijn door evidence, wordt aangehaald in de richtlijnen. Tevens is de richtlijn beperkt, zodat de nodige informatie snel kan worden teruggevonden. Dankzij de uitgebreide thesaurus, gebaseerd op het Belgische 3BT en het internationale ICPC, ICD, MeSH en UMLS, volstaat bij EBMPracticeNet 1 zoekterm om alle nodige informatie te vinden. Ten tweede zijn de Duodecim richtlijnen geaccrediteerd door de Britse NHS. Ten derde wordt gebruik gemaakt van de GRADE classificatie. Zo heeft de lezer een idee over de sterkte van de aanbeveling en de kwaliteit van de onderbouwende studies. Deze worden regelmatig getoetst aan nieuwe wetenschappelijke inzichten en gebruikersinfo. Vervolgens worden de richtlijnen aangepast. Tenslotte speelt ook de onafhankelijkheid van de opstellers een rol. De vereniging heeft geen winstgevend doel en wordt niet gesponsord door de industrie.

De opgenomen aanbevelingen in de Duodecim richtlijnen stemmen in vele gevallen overeen met de Belgische context. In sommige gevallen is dat niet het geval en is een herziening van de richtlijn noodzakelijk. Gezien de verschillen in de gezondheidsorganisatie, op geografisch vlak en terugbetalingsvoorwaarden, enz.. kan men de aanbevelingen van de Duodecim richtlijn niet letterlijk overnemen. Dat vergt dat deze aanbevelingen moeten worden aangepast aan de Belgische context. (1)

Orthopedische klachten zoals rugpijn, kniepijn, schouderpijn enz. worden vaak gezien in de huisartsenpraktijk. De incidentie van knieklachten in de huisartsenpraktijk is ongeveer 13,7 per 1000 patiënten per jaar. De incidentie van kniedistorsie ligt naar schatting tussen 4 en 6 per 1000 per jaar en de incidentie van meniscusletsels is naar schatting 2 per 1000 patiënten per jaar. (2) De patiënten komen met hun klachten eerst bij de huisarts. Gezien het

ontbreken van een nationale richtlijn hierover, werd er beslist om de Duodecim richtlijn over meniscusletsels te kiezen en te adapteren aan de Belgische context.

## Fase 1: Screeningsfase

Als eerste stap selecteerden we per 2 HAIO's een onderwerp uit de lijst van de Duodecim richtlijnen. Wij kozen voor meniscusletsels en vonden de originele richtlijn terug op EBMpracticenet. Vervolgens doorliepen we 5 stappen:

- definiëren van de scope van de aanbevelingen die gescreend/geadapteerd worden en bepalen van de PIPOH-elementen,
- ondernemen van een systematische zoektocht naar de relevante internationale richtlijnen en Belgische EBM- informatie,
- screenen van de gevonden informatie,
- waarderen van gevonden richtlijnen,
- beslissen of de aanbeveling dient te worden geadapteerd.

### Stap 1. Definieer de scope van de aanbevelingen die gescreend /geadapteerd worden en specifieer de PIPOH-elementen

Elke Duodecim richtlijn heeft een bepaalde structuur. Deze omvat de volgende informatie:

- Algemeen
- Incidentie/prevalentie
- Etiologie
- Risicofactoren/-groepen
- Screening
- Diagnose
- Preventie
- Behandeling
- Praktijkvoering
- Prognose

Elke HAIO koos 3 thema's die vervolgens werden getoetst en vergeleken met de andere richtlijnen. Er werd afgesproken dat de ene HAIO zich meer verdiepte in het onderzoeken en

vaststellen van meniscusletsels, en de andere HAIO in het beleid hiervan. In deze masterproef werd het beleid van meniscusletsels behandeld. De thema's die hierin werden gehanteerd zijn:

- Niet-farmacologische behandeling
- Farmacologische behandeling
- Doorverwijzen

Afhankelijk van het thema werden er onderzoeksvragen opgesteld volgens het PIPOH model:

- P: patient population / disease characteristics
- I: intervention(s) of interest
- P: professionals targeted by the guideline
- O: outcomes and endpoints to be taken into consideration
- H: healthcare setting and context

De 3 onderzoeksvragen zijn:

1. Welke niet-farmacologische behandelingen kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel?

| **PIPOH-elementen** | **Inclusie criteria** | **Exclusie criteria** |
|---|---|---|
| Patient/Population | patiënten met een meniscusletsel | |
| Interventions | behandeling (in de eerste lijn) | |
| Professionals | huisarts | |
| Outcomes | niet-farmacologische behandeling | |
| Healtcare Setting | eerste lijn | |

2. Welke farmacologische behandelingen kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel?

| **PIPOH-elementen** | **Inclusie criteria** | **Exclusie criteria** |
|---|---|---|
| Patient/Population | patiënten met een meniscusletsel | |
| Interventions | behandeling (in de eerste lijn) | |
| Professionals | huisarts | |
| Outcomes | farmacologische behandeling | |
| Healtcare Setting | eerste lijn | |

3. Wanneer moet je als huisarts doorverwijzen naar de tweede lijn?

| PIPOH-elementen | Inclusie criteria | Exclusie criteria |
|---|---|---|
| Patient/Population | patiënten met een meniscusletsel | |
| Interventions | verwijzing | |
| Professionals | huisarts | |
| Outcomes | specialistisch advies inwinnen | |
| Healtcare Setting | Tweede lijn | |

Deze onderzoeksvragen werden in de matrix genoteerd.

## Stap 2: Zoek naar relevante richtlijnen

In de 2de stap gingen we op zoek naar relevante bronnen door gebruik te maken van verschillende databases zoals Trip Database (www.tripdatabase.com), NGC (guideline.gov), NHS guideline finder (www.evidence.nhs.uk), Pubmed, EBMpractice.net KCE (www.kce.fgov.be), HGR (www.hgr-css.be), minerva (www.minerva.be), farmaka (www.farmaka.be) RIZIV (http://www.riziv.fgov.be/drug/nl/statistics-scientific-information/consensus/index.htm), BCFI (www.bcfi.be) en FOD Gezondheidszorg (http://www.health.belgium.be/eportal/index.htm). Als zoektermen gebruikten we onder andere kniepijn, meniscus en huisartsgeneeskunde. Op basis van de inclusie en exclusiecriteria hebben we een ruwe selectie gemaakt van de gevonden richtlijnen en artikels. Uiteindelijk zijn er 7 richtlijnen weerhouden.

## Stap 3: Screen gevonden richtlijnen

De gevonden richtlijnen werden vervolgens gescreend. We keken na of de gevonden richtlijnen een antwoord gaven op de onderzoeksvragen en of evidenties en aanbevelingen werden vermeld. We hielden de volgende richtlijnen over:

- Traumatische knieproblemen van NHG
- Knee pain – assessment van NICE
- Diagnosis and management of soft tissue knee injuries uit Nieuw-Zeeland
- Meniscectomie van KNGF

## Stap 4: Waardeer geselecteerde richtlijnen

### *Stap 4.1 Evalueer richtlijnen met AGREE II*

Door gebruik te maken van het AGREE II instrument (http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Dutch.pdf) werden de gevonden richtlijnen gewaardeerd. Elke HAIO beoordeelde individueel deze richtlijnen. Vervolgens werden de scores met elkaar vergeleken, besproken en desnoods aangepast. Vervolgens werden de 3 richtlijnen met de hoogste scores geselecteerd. De volgende richtlijnen kozen we voor verder adaptatie:

- Traumatische knieproblemen van NHG uit Nederland
- Knee pain – assessment van NICE uit Verenigd Koninkrijk
- Diagnosis and management of soft tissue knee injuries uit Nieuw-Zeeland

### *Stap 4.2: Inventariseer inhoud van de aanbevelingen*

De klinische vragen werden opgelijst in de matrix. In de gevonden richtlijnen zochten we naar antwoorden op de klinische vragen. De aanbevelingen, die we hieruit vonden, werden bijgehouden in de matrix. Ook werden de aanbevelingen, de onderliggende evidentie en de graad van aanbeveling genoteerd.

### *Stap 4.3: Waardeer aanbeveling op courantheid*

Richtlijnen zijn snel verouderd. Data van herziening of updates zijn hierbij belangrijk. We keken naar de aanwezigheid van updates en opvolgrapporten voor elke richtlijn. Ook zochten we recente artikels op. Eerst keken we in de database van Cochrane (www.cochrane.org). Verder zochten we op via Medline (www.pubmed.com).

Voor de opzoeking gebruikten we de specifieke PICO-elementen, die we op voorhand hadden bepaald. Deze staat voor:

- **P**atient: definitie van de patiënten populatie
- **I**ntervention: welke interventie of diagnostische test
- **C**omparison: populatie waarmee wordt vergeleken
- **O**utcome: genezing, daling in ziekte incidentie, ed.

Verder werd er nieuwe evidentie opgezocht. Alle nodige informatie werd bijgehouden in de matrix.

### *Stap 4.4: Waardeer aanbevelingen op samenhang*

In deze stap waardeert men de gevonden aanbevelingen op samenhang. Dit verliep in 3 stappen. Eerst keek men de zoekstrategie en de klinische vraag na. Vervolgens keek men naar de samenhang tussen de geselecteerde evidentie en de wijze waarop de auteurs dit samenvatten en interpreteren. Tot slot ging men de samenhang tussen de interpretatie van de evidentie en de geformuleerde aanbeveling na. Verder noteerden we ook onze opmerkingen zoals de in-/exclusiecriteria van de gebruikte studies, kosten-baten analyse, gebruikte patiëntenpopulatie en dergelijke. Deze werden bijgehouden in de matrix.

### Stap 4.5: Waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid

Na het waarderen van de gevonden informatie, werd de toepasbaarheid in de Belgische context bekeken. We keken naar de kostprijs, organisatie van de zorg, terugbetaling door de verzekering en naar de medicatie/ behandelingsvormen die in België ter beschikking zijn om te besluiten of een aanbeveling geïmplementeerd kon worden. Alle gekozen aanbevelingen werden bijgehouden in de matrix.

## Stap 5: Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie

De aanbevelingen uit Duodecim werden vervolgens geëvalueerd. Er werd beslist om deze al dan niet te adapteren. Bij noodzaak tot adaptatie werden de aanbevelingen uit de gevonden richtlijnen geselecteerd, die men verder gebruikte bij het uitschrijven van de definitieve richtlijn. Onze opmerkingen hierbij werden in de matrix genoteerd.

## Stap 6: Nazicht door leescommissie

De stappen 1 t.e.m. 5 worden voorgelegd aan de leescommissie van EBM*Practice*Net. Deze werd vervolgens geëvalueerd.

# Fase 2: Adaptatiefase

## Stap 7: Eerste versie opmaken

Vervolgens werd er een eerste versie van de richtlijn opgemaakt vanuit de oorspronkelijke Duodecim richtlijn. Elke klinische vraag werd overlopen, en hierop gebaseerd werden de aanbevelingen opgemaakt. Aan de hand van GRADE niveau werd het bewijskracht en graad van aanbeveling bepaald. (3) Naargelang de sterkte van de aanbeveling werd er een cijfer 1 of 2 gegeven. De aanbevelingen die een cijfer 1 krijgen, worden sterk aanbevolen. Over de aanbevelingen die een cijfer 2 krijgen, heerst een onzekerheid. Hierdoor zijn deze aanbevelingen eerder zwak. Vervolgens werd ook naar het niveau van bewijskracht gekeken. Een aanbeveling met een hoog niveau van bewijskracht krijgt de letter A. Verder onderzoek hiernaar zal waarschijnlijk geen invloed hebben op deze aanbeveling. Bij matig niveau van bewijskracht, zal verder onderzoek een invloed kunnen hebben op ons vertrouwen in de schatting van het effect. Ook zal deze de aanbeveling kunnen wijzigen. Deze krijgen de letter B. Aanbevelingen met de letter C hebben een laag niveau van bewijskracht. Verder onderzoek zal een zeer belangrijke invloed hebben en mogelijks dient er een wijziging te gebeuren aan de aanbeveling. Een samenvattende tabel, met de niveaus van bewijskracht en strekte van de aanbeveling, werd als bijlage toegevoegd. Aan de hand van de bovenstaande gegevens werden de aanbevelingen opgemaakt. De geadapteerde versie van de farmacologische/ niet-farmacologische behandelingen en situaties waarbij doorverwijzing vereist zijn:

1. **Welke niet-farmacologische behandelingen kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel?**

De oorspronkelijke Duodecim richtlijn gaf als advies:

> *Mild symptoms require only follow-up, exercise of the quadriceps muscle.*

De enige vorm van niet-farmacologische behandeling die vermeld wordt in de Duodecim richtlijn zijn quadriceps oefeningen. De NHG raadt aan om te rusten en eventueel elleboogkrukken te gebruiken, om verdere schade te beperken. De belasting mag opgevoerd worden als de pijn en de zwelling vermindert. (2) De New Zeeland guidelines group adviseren RICE (rest, ice, compression, elevation) en avoid HARM (heat, alcohol, running, massage).

Deze staan respectievelijk voor rust-ijs-compressie-elevatie en het vermijden van warmte-alcohol-lopen-massage. Hoewel ijsapplicatie eerder expert opinion is, wordt deze toch aangeraden. Deze wordt gedurende 15-20 minuten om de 2-3 uren uitgevoerd gedurende 2-3 dagen. Door een gebrek aan evidentie van effectiviteit wordt fysiotherapie niet aangeraden door de New Zeeland guidelines group. (4) Ook NHG raadt fysiotherapie niet aan. Quadricepsoefeningen zijn, in tegenstelling tot fysiotherapie, gemakkelijk uit te voeren door de patiënt. Deze isometrische spieroefeningen zijn noodzakelijk om spieratrofie te vermijden. Patiënt houdt, in zittende houding, het been gedurende tien seconden gestrekt boven de grond. Dit wordt tien maal herhaald met pauzes van tien seconden. Deze reeks van oefeningen mag drie tot vier maal per dag uitgevoerd worden.

Gezien de gevonden adviezen werd de aanbeveling aangepast. Deze luidt als volgt:

> *Raad rust, ijs, compressie, elevatie en vermijd warmte, alcohol, lopen, massage aan de eerste 72 uren. Grade 2C*
>
> *Naargelang de pijn en zwelling vermindert, kan de belasting worden opgevoerd. Grade 2C*
>
> *Isometrische quadricepsoefeningen worden aangeraden. Grade 2C*

**2. Welke farmacologische behandelingen kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel?**

De oorspronkelijke Duodecim richtlijn gaf als advies:

> *Mild symptoms require only follow-up, and NSAIDs for pain relief.*

Er werd aangeraden om NSAID's (niet steroidale anti-inflammatoire medicatie) te geven als pijnstillers. Zowel de NHG als de New Zeeland guidelines group starten met paracetamol als eerste keus. Indien geen beterschap of onvoldoende pijncontrole kan er overgegaan worden naar de tweede stap, een NSAID. Gezien gekende neveneffecten zoals maagbloedingen en nierinsufficiëntie is voorzichtigheid vereist. (2) Indien perorale behandeling gecontra-indiceerd is, kunnen topische NSAID geadviseerd worden. Uit een studie die het effect van topische en perorale NSAIDS bij patiënten met chronische musculoskeletale pijn bestudeert, blijkt dat er geen significant verschil is qua pijncontrole (5)

De geadapteerde aanbeveling luidt als volgt:

> *Het is aangeraden om gedurende 2 weken paracetamol als pijnstiller te geven. Grade 1C*
>
> *Indien onvoldoende is het aangewezen om NSAID zoals ibuprofen, diclofenac of naproxen voor 1-2 weken voor te schrijven. Grade 1C*
>
> *Indien contra-indicatie voor perorale pijnbehandeling, kunnen topische NSAID voorgeschreven worden. Grade 1B*

## 3. Wanneer moet je als huisarts doorverwijzen naar de tweede lijn?

De oorspronkelijke Duodecim richtlijn gaf als advies:

> *If meniscus injury is suspected, the patient should be referred to a specialist if he/she has continuous or recurrent disturbing symptoms.*

De Duodecim raadt aan om de patient door te verwijzen naar een specialist bij aanhoudende klachten. Er wordt niet gespecifieerd na hoeveel tijd men klachten als 'aanhoudend' beschouwd. De New Zeeland guidelines group vermeldt dat een meniscusletsel gedurende 6 tot 8 weken conservatief kan behandeld worden. Bij een meniscusletsel met knieblokkage en bij aanhoudende klachten ondanks conservatieve behandeling gedurende 6 tot 8 weken is een doorverwijzing aangewezen. Bij volgende situaties is het nuttig om de patient met knietrauma door te verwijzen naar de tweede lijn: een vermoeden van een fractuur, neurovasculaire schade, patellapeesruptuur, quadricepsscheur, patelladislocatie, gecombineerd letsel, septische artritis en bloedingsrisico, een vermoeden van een tumor, voorste/achterste kruisbandletsel. (4) Ook de NICE richtlijn geeft hetzelfde advies. Als conclusie kunnen we stellen dat een meniscusletsel zonder alarmtekens 6-8 weken conservatief kan worden behandeld. Bij aanhoudende klachten zoals pijn en bewegingsbeperking, is een specialistisch advies aangewezen. (6) Hede en co, in 1990, volgden 36 patienten die op de wachtlijst stonden voor een artroscopie, 6 maanden lang op. Bij 32 patiënten verdwenen of verminderden de klachten tijdens de wachttijd. Uiteindelijk ondergingen 22 patiënten een artroscopie en 12 hadden effectief een meniscusscheur, waarvan er 2 genezen waren. Omdat een deel van de meniscusletsels spontaan kunnen herstellen en het beloop gunstig lijkt meent de werkgroep van NHG dat in eerste instantie een afwachtend beleid gerechtvaardigd is. (2) Niet alleen bij traumatische meniscusletsels maar ook bij degeneratieve meniscusscheuren is een conservatieve behandeling aangewezen. Herrlin en co vergeleken in 2011 2 groepen patienten met een degeneratieve meniscusletsel. Eén groep werd artroscopisch behandeld waarna post-operatief fysiotherapie werd opgestart,

de andere groep kreeg alleen fysiotherapie. De operatieve groep deed het niet beter dan de conservatieve groep. (7) Hierdoor raden we aan om eerst conservatief te behandelen alvorens er chirurgie wordt toegepast. Bij aanhoudende klachten ondanks conservatieve behandeling kan de patiënt doorverwezen worden naar de tweede lijn voor specialistisch advies. Daarbij zijn er enkele gevallen waarbij men als huisarts geen efficiënte behandeling kan opstarten en waar het noodzakelijk is om zo snel mogelijk in te grijpen. In die gevallen wordt de patiënt doorverwezen naar de tweede lijn. Een studie van C Levy, in 2009, toont dat een vroegtijdige (< 3 weken)chirurgische behandeling van knieletsels waarbij meerdere banden geruptureerd zijn, een beter herstel geeft dan niet-chirurgische of uitgestelde chirurgische behandeling. (systematische review van studies met bewijsniveau C) (8) Hierdoor is het aangewezen om in deze gevallen door te verwijzen.

Hierop baserend luidt de geadapteerde aanbeveling als volgt:

> *Milde symptomen kunnen 6-8 weken conservatief behandeld worden, bij aanhoudende klachten is het aangewezen de patiënt naar een orthopedist door te verwijzen.* *Grade 2C*
>
> *Een meniscusletsel met knieblokkage of bewegingsbeperking dient te verwezen worden.* *Grade 2C*
>
> *Verwijs bij een knietrauma naar de tweede lijn bij: een vermoeden van een fractuur, neurovasculaire schade, patellapeesruptuur, quadricepsscheur, patelladislocatie, een gecombineerd letsel, septische artritis, bloedingsrisico, een vermoeden van een tumor en voorste/achterste kruisbandletsel.* *Grade 2C*

De geadapteerde versie werd uitgeschreven aan de hand van deze aanbevelingen. Vervolgens werd er een flow chart van gemaakt.

# Fase 3: Implementatiefase

## Stap 8: Peer review

De richtlijn werd ter beoordeling voorgelegd aan verschillende groepen van huisartsen. Afhankelijk van hun opmerkingen werden er aanpassingen gedaan aan de richtlijn en de flow chart. Ook werd de richtlijn nagelezen door enkele geneesheer-specialisten.

- LOK-groep van 14 artsen in Aalst
- Seminariegroep van 11 HAIO's in Dendermonde
- Fysische geneesheer Dr De Groote, in Sint-Jozefskliniek te Bornem
- Orthopedist Dr Cool, in Sint-Jozefskliniek te Bornem

*LOK-groep, Aalst*

Via een presentatie werd de richtlijn voorgesteld aan een LOK-groep in Aalst. Dit werd gedaan aan de hand van 3 casussen. Eerst werd de casus voorgesteld, daarna werden hun suggesties in verband met farmacologische/niet-farmacologische behandelingen en doorverwijzing bevraagd. De powerpoint presentatie is toegevoegd op de cd-rom.

De eerste casus was een jongeman van 25 jaar die zijn knie bezeert tijdens de voetbal. Dit waren de suggesties:

- Niet-farmacologische behandeling: voornamelijk ijs, rust, quadricepsoefeningen werden aangeraden. Een voorstel was desnoods 2 sessies bij de kinesist voor te schrijven om de quadricepsoefeningen aan te leren. Ook het sportverbod werd geadviseerd en indien nodig kan men krukken voorschrijven.
- Farmacologische behandeling: alle artsen stelden voor om paracetamol als eerste keuze te geven. Bij onvoldoende pijncontrole was een NSAID, zoals ibuprofen 600mg 3 maal per dag een goede alternatief.
- Doorverwijzing: bij knieblokkage, hydrops en bij een vermoeden van een kruisbandletsel, verwijst men de patiënt door naar de tweedelijn. Ook zou de artsen een professionele sporter sneller doorverwijzen dan niet-professionele sporters. Het heeft ook te maken met de actieve wens en de geduld van de patiënt. Algemeen zouden de artsen eerst afwachten en de patiënt de tijd geven om te herstellen.

De tweede casus was een dame van 76 jaar met kniepijn. Dit waren de suggesties:

- Niet-farmacologische behandeling: eerst en vooral zou men de patiënt aanraden om te vermageren, zodat de druk op het kniegewricht vermindert. Volgens de artsen is het zeer belangrijk om de patiënt te motiveren om meer te bewegen. Dit kan onder andere door een hometrainer. Een ander voorstel was om voltaren gel voor te schrijven. Dit zou geen farmacologische effecten hebben en eerder een placebo effect geven.
- Farmacologische behandeling: paracetamol werd als eerste keuze opgenoemd. Andere zouden voltaren gel lokaal geven bij ouderen gezien co-morbiditeit. Een ander optie zijn infiltraties zoals cortisol of hyaluronzuur. Afhankelijk van de ervaring van de arts en van de bereidheid van de patiënt, kan deze positieve effecten geven. Algemeen waren de artsen niet volledig overtuigd over het voordeel van chondroitine en glycosamine.
- Doorverwijzing: afhankelijk van de vraag van de patiënt zouden de artsen de patiënt doorverwijzen. Bij aanhoudende pijn, verergering van de klachten en indien er stapmoeilijkheden zijn, zou men de patiënt verder doorverwijzen voor specialistisch advies.

De derde casus was een dame van 35 jaar met knieblokkage na een val. Dit waren de suggesties:

- Niet-farmacologische behandeling: de reactie van de artsen was dat de huisarts dit soort gevallen niet ziet. Deze presenteren zich vaak op de spoedgevallendienst. Indien men een knieblokkage opmerkt, gaat men ijsapplicatie aanraden en de patiënt zo snel mogelijk doorverwijzen naar het ziekenhuis.
- Farmacologische behandeling: er word niets aangeraden om als huisarts een behandeling op te starten. Deze dient te gebeuren in het ziekenhuis.
- Doorverwijzing: dit soort gevallen gaat men zo snel mogelijk doorverwijzen naar de tweede lijn.

De meeste artsen gebruikten EBMpracticenet voor het opzoeken van informatie en richtlijnen. Opvallend was dat de meerderheid zich baseerden op eigen ervaring. We kregen ook als voorstel om ons richtlijn te laten evalueren door een geneesheer-specialist in de orthopedie en traumatologie.

*Seminariegroep, Dendermonde*

In de volgende stap werd de richtlijn door middel van een presentatie voorgesteld aan de seminariegroep in Dendermonde. Dit werd gedaan aan de hand van een casus over een jongeman van 25 jaar die zijn knie bezeert tijdens de voetbal. Alleen de eerste casus werd voorgesteld. Verder werden hun suggesties in verband met farmacologische/niet-farmacologische behandelingen en doorverwijzing bevraagd. De powerpoint presentatie is toegevoegd op de cd-rom. Dit waren de suggesties van de groep:

- Niet-farmacologische behandeling: eerst en vooral zou men RICE toepassen. Ook zou men een brace aanraden. Probleem is dat deze niet wordt terugbetaald. Desnoods kan er een steunverband aangelegd worden. Algemeen zouden de HAIO's de patiënt na 5 à 7 tal dagen willen terugzien voor herevaluatie van de klachten.
- Farmacologische behandeling: als eerst stap zou men paracetamol voorschrijven. Bij onvoldoende symptoomcontrole gaat men over naar een NSAID, met ibuprofen als eerste keus.
- Doorverwijzing: in de acute setting zou men de patient niet doorverwijzen. Indien een vermoeden van een fractuur, unhappy triade (een meniscuslestel en een bandletsel bij sporters) zou men sneller doorverwijzen. Bij knieblokkage en bij onmogelijke steunname gaat men ook specialistisch advies inwinnen. Algemeen zijn de HAIO's geneigd om professionele sporters sneller door te verwijzen.

Opmerkingen bij de flowchart:

- De betekenis van HARM was niet duidelijk. We kregen als opmerking om een legende te maken met de gebruikte afkortingen.
- Gezien een afspraak voor een MR scan (magnetische resonantie) lang kan duren, kwam er een praktische voorstel. Men zou bij de eerste ontmoeting meteen een afspraak voor een MR maken en de patiënt regelmatig herevalueren, eventueel kan de MR annuleren indien verbetering klachten. Ook werd er ter sprake gekomen dat de geneesheer-specialist sneller een NMR kan plannen dan de huisarts. De vraagt is of het wel nuttig is om op voorhand een bijkomend onderzoek uit te voeren.
- Er werd aangeraden om een onderscheid te maken tussen volledige en onvolledige quadricepsscheur. Gezien een gedeeltelijke scheur weinig klachten geeft en conservatief kan worden behandeld, is er vaak geen specialistisch advies nodig. Terwijl een volledige scheur met een gap in spier, het afzakken van de patella en een onmogelijkheid tot extensie van het kniegewricht wel moet worden doorverwezen naar de tweedelijn. Deze patiënten gaan vaak naar de spoedgevallendienst zonder bij

de huisarts te passeren.

- Metastase wordt niet verwacht na een trauma, maar toch bewust van zijn bij kankerpatienten.

Het is opvallend dat de meeste HAIO's NHG als leidraad gebruiken.

*Fysische geneesheer, Bornem*

De geadapteerde richtlijn en de flow chart werd voorgelegd aan Dr De Groote ter evaluatie. Hij gaf de volgende opmerkingen:

- Niet-farmacologische behandeling: hij stelde zich vragen bij het nut van de quadriceps oefeningen. Hij stelt voor van in de acute fase eerder pendelbewegingen aan te leren. Tractie kan door een kinesist worden uitgevoerd. Quadriceps oefeningen hebben eerder een plaatst in de secundaire fase, als preventie. Het opbouwen van spierkracht en daling van het lichaamsgewicht zijn preventief (al dan niet secundair) een belangrijke component in de behandeling.

- Farmacologische behandeling: hij stelde voor van paracetamol als eerste stap te schrappen en meteen over te gaan tot een anti-flogisticum. Dit omwille van zijn anti-inflammatoire kenmerken. Ook had hij een opmerking bij het gebruik van topische NSAID. Het is belangrijk de patiënt te informeren over een eventuele zon reactie, en hierdoor zonexpositie te vermijden. De grootte van het letsel bepaald ook het beleid hiervan. Een kleine scheur kan vaak worden aangepakt door een intra-articulaire infiltratie.

- Doorverwijzing: een grote scheur vraagt vaak een artroscopische ingreep. Uitdrukkelijk meldde hij dat meniscusletsels niet spontaan zullen herstellen. Ze geven geen klachten meer na verloop van tijd maar dit is niet gelijk aan genezing van de meniscus. Bij een osseus letsel is meteen een spoedverwijzing vereist. Ook raadde hij aan om de "aanhoudende klachten" nog verder definiëren met hydrops, beperkte ROM en steunpijn. Een andere opmerking was een extra kader maken voor behandeling na 6-8 weken, waarbij men infiltratie, artroscopie of kinesitherapie kan plaatsen als alternatief.

*Orthopedist, Bornem*

De geadapteerde richtlijn en de flow chart werd voorgelegd aan Dr Cool ter evaluatie. Hij gaf opmerkingen hieromtrent. Deze waren:

- Niet-farmacologische behandeling: hij stelde voor om de patiënt aan te raden om niet te hurken, en geen draaibewegingen uit te voeren. Quadriceps oefeningen hebben eerder een plaatst in de secundaire fase, en niet in de acute fase.

- Farmacologische behandeling: hij stelde voor van paracetamol als eerste stap te schrappen en meteen over te gaan tot een NSAID per os.

- Doorverwijzing: bij een vermoeden van een fractuur of bij patiënten ouder dan 45 jaar geeft hij de voorkeur aan een artro CT. Dit om ook kraakbeenletsels op te sporen. Kniepijn die langer dan 4 weken aanhoudt, suggereert eerder een scheur dan een contusie.

De opmerkingen van de verschillende groepen huisartsen en de geneesheer-specialisten waren leerrijk en interessant. Zowel de inhoud als de haalbaarheid van de richtlijn werden geëvalueerd. Na de peer review werd er overgegaan naar het verder aanpassen van de richtlijn. Gezien de richtlijn bedoeld is voor huisartsen (in de eerste lijn), werd de haalbaarheid en de toepasbaarheid van de adviezen van de geneesheer-specialisten kritisch bekeken vooraleer deze werden opgenomen in de richtlijn.

- Niet-farmacologische behandeling: onder de huisartsen kwam RICE aan bod als eerste stap van behandeling. Deze stap werd eerder overgeslagen door de geneesheer-specialisten. Aangezien dit als eerste stap voor de eerste lijn wordt voorgesteld door NHG en New Zeeland Group, werd dit advies behouden. Het gebruik van brace werd aangekaart door de HAIO's in Dendermonde. Wegens zwakke evidenties wordt deze niet aangeraden door de New Zeeland Group. Volgens Unity's Clinical Quality Improvement Committee is bracing enkel geïndiceerd bij instabiliteit waarbij immobilisatie noodzakelijk. Dit is voornamelijk bij letsels van het collaterale ligament. Het routinematig immobiliseren wordt afgeraden wegens risico op stijfheid en het negatief effect op het herstel. (9) Het gebruik van elleboogkrukken kwam aan bod. Er zijn geen evidenties hierover bekend. De richtlijn van NHG raadt aan om, afhankelijk van de ernst van de pijnklachten, de belasting te verhogen. Hierbij kan er gebruik gemaakt worden van elleboogkrukken. De geneesheer-specialisten hadden opmerkingen bij quadricepsoefeningen. Beiden raden aan om deze in de tweede

instantie te adviseren zodra de pijn en zwelling vermindert. Gezien NHG adviseert om de belasting op te voeren, te wandelen en te fietsen zodra de klachten verminderen, passen we dit aan in onze flow chart. In de eerste instantie wordt er pendeloefeningen aangeraden door de geneesheer-specialisten. Er werden geen evidenties hierover gevonden. Dit werd niet meegenomen in de geadapteerde richtlijn.

- Farmacologische behandeling: het is opmerkelijk dat de geneesheer-specialisten sneller een NSAID voorschrijven. De huisartsen zijn eerder geneigd om paracetamol als eerste keus te adviseren. Gezien zowel NHG, richtlijn uit Nieuw-Zeeland als Farmaka als eerste stap paracetamol aanraden, werden deze adviezen gevolgd en werden de stappen van de pijnladder gerespecteerd. (10) Vervolgens kregen we een opmerking bij topische NSAID. Gezien fototoxiciteit een frequent voorkomende bijwerking is volgens BCFI, werd dit opgenomen in de flow chart. (11) Het gebruik van infiltraties in de knie kwam ook aan bod. Hierover waren geen aanbevelingen te vinden in de huisartsgerichte richtlijnen over acute meniscusletsels. Infiltraties zijn eerder geïndiceerd bij degeneratieve meniscusscheuren. Gezien de richtlijn over acute traumatische meniscusletsels gaat, werden deze niet opgenomen in de richtlijn.

- Doorverwijzing: bij knieblokkage, onmogelijke steunname, fractuur en een vermoeden van een kruisbandletsel verwijzen zowel de HAIO's als de erkende huisartsen de patiënt door naar de tweede lijn. Dit wordt ook geadviseerd door NICE, NHG en de New Zeeland Group. De HAIO's zouden de professionele sporters sneller doorverwijzen. Het advies van NHG is om de (semi)professionele sportbeoefenaars, door te verwijzen naar een sportarts. De sportarts kan specifieke adviezen geven met betrekking tot de hervatting en opbouw van de sportbeoefening, de techniek en het materiaal. (2) Dit advies werd aangepast in de flow chart.
  De opmerking van de fysische geneesheer over het specificeren van de "aanhoudende klachten" werd gevolgd. Een andere opmerking was een extra kader maken voor behandeling na 6-8 weken, waarbij men infiltratie, artroscopie of kinesitherapie kan plaatsen als alternatief. Gezien er geen studies over infiltraties bij acute traumatische meniscusletsels zijn, wordt deze niet aangepast in de richtlijn. Artroscopie wordt uitgevoerd door de orthopedist. Als huisarts gaat men niet beslissen of deze dient te gebeuren. De keuze dient te worden overgelaten aan de specialist. Zoals Hede en co, 1990, vermelden, kunnen meniscusletsels na een bepaalde tijd asymptomatisch kunnen worden. Volgens de werkgroep van NHG is een afwachtend beleid in de eerste instantie gerechtvaardigd. (2) Gezien ook de New Zeeland Group een periode van conservatieve behandeling van 6-8 weken aanraadt bij afwezigheid van alarmtekens, werd er beslist om een afwachtende houding te nemen gedurende 6-8

weken. (4) Over kinesitherapie zijn er weinig evidenties bekend. Zowel NHG als de New Zeeland Group doen geen uitspraken hierover. Hierdoor besluit men deze niet aan te passen in de flow chart. Het is zeker niet fout om bij onzekere patiënten kinesitherapie voor te schrijven op quadricepsoefeningen aan te leren.
Het advies van de orthopedist was het uitvoeren van een artro CT bij een vermoeden van een fractuur of bij patiënten ouder dan 45 jaar. Dit is nodig om ook kraakbeenletsels op te sporen. Gezien dit richtlijn bedoeld is om acute traumatische meniscusletsels te behandelen, werden deze niet opgenomen in de flow chart.

Na de peer review luidt de geadapteerde richtlijn als volgt:

1. **Welke niet-farmacologische behandelingen kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel?**

   *Raad rust, ijs, compressie, elevatie aan en vermijd warmte, alcohol, lopen, massage de eerste 72 uren. Grade 2C*

   *Naargelang de pijn en zwelling vermindert, kan de belasting worden opgevoerd. Grade 2C*

   *Bij grote hinder kunnen er elleboogkrukken gebruikt worden. Grade 2C*

   *Isometrische quadricepsoefeningen worden aangeraden, zodra de pijn vermindert. Grade 2C*

2. **Welke farmacologische behandelingen kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel?**

   *Het is aangeraden om gedurende 2 weken paracetamol als pijnstiller te geven. Grade 1C*

   *Indien onvoldoende is het aangewezen om NSAID zoals ibuprofen, diclofenac of naproxen voor 1-2 weken voor te schrijven. Grade 1C*

   *Indien contra-indicatie voor perorale pijnbehandeling, kunnen topische NSAID voorgeschreven worden. Grade 1B*

3. **Wanneer moet je als huisarts doorverwijzen naar de tweede lijn?**

*Milde symptomen kunnen 6-8 weken conservatief behandeld worden, bij aanhoudende klachten is het aangewezen de patiënt naar een orthopedist door te verwijzen. Grade 2C*

*Een meniscusletsel met knieblokkage of bewegingsbeperking dient urgent te verwezen worden. Grade 2C*

*Bij een knietrauma, verwijs naar de tweede lijn bij: een vermoeden van een fractuur, neurovasculaire schade, patellapeesruptuur, quadricepsscheur, patelladislocatie, een gecombineerd letsel, septische artritis, bloedingsrisico, een vermoeden van een tumor en voorste/achterste kruisbandletsel. Grade 2C*

## Stap 9: Formuleren van praktijkconsensus

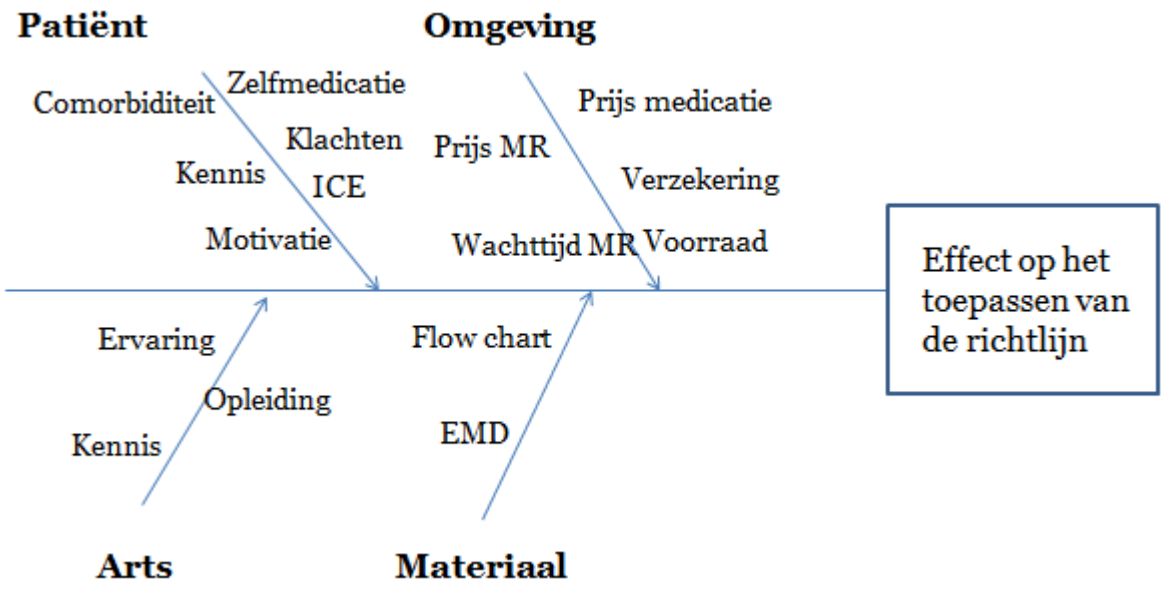
In de laatste stap van de implementatiefase werd er een praktijkproject opgemaakt. Het doel is om traumatische meniscusletsels te behandelen volgens de geadapteerde richtlijn. Hierbij werd er gekeken naar de barrières en de factoren die een invloed hebben op het volgen van de richtlijn. Hiermee werd er vervolgens een visgraatdiagram opgemaakt. De factoren en de barrières die een invloed hebben op het volgen van de richtlijn zijn:

- Patiëntgebonden factoren: de kennis en de ICE van de patiënt (ideas, concerns, expectations) hebben een belangrijk invloed op het volgen van de richtlijn. Patiënten komen soms op consultatie nadat ze op het internet bepaalde zaken hebben opgezocht. Ze hebben meestal een idee over hun toestand en hebben hun eigen verwachtingen naar de arts toe. Het is noodzakelijk dat er hierop wordt ingespeeld. Vaak hebben de patiënten al op eigen initiatief medicatie genomen. Het is belangrijk dat zowel zelfmedicatie als het effect daarvan wordt nagegaan. Zo kan men bij onvoldoende effect overgaan naar de volgende stap op de pijnladder. De co-morbiditeit van de patiënt kan de keuze tot behandeling ook beperken, net als de presentatie van de klachten. Bij een gezwollen knie zal men eerder de voorkeur geven aan een NSAID dan paracetamol. Verder is hun motivatie om de voorgestelde behandeling te volgen ook een belangrijk punt. De behandeling is enkel efficiënt als de patiënt de adviezen naleeft. Hierdoor moet men als arts de haalbaarheid en toepasbaarheid bevragen.

- Omgevingsfactoren: de prijs en de wachttijd van de MR scan (magnetische resonantie), spelen een belangrijke rol. Een MR kost ongeveer €140, inclusief ereloon van de radioloog. Een bedrag van € 45 wordt uiteindelijk aangerekend aan de patiënt. Dit kan tot gevolg hebben dat patiënten die het financieel goed hebben, gemakkelijker een MR willen aanvragen dan patiënten die het financieel minder goed hebben. Het is ook bekend dat de wachttijd voor het uitvoeren van een MR lang is. Dat maakt dat men zo vroeg mogelijk in de behandeling deze aanvraagt. Het is opvallend dat men sneller een MR aanvraagt bij werk-en sportongevallen in het kader van een verzekering. Gezien de terugbetaling van de kosten, is men sneller geneigd om extra onderzoeken bij te vragen om de diagnose vast te stellen. Ook de prijs van de medicatie heeft een invloed op het volgen van het richtlijn. Het is opvallend dat een doosje paracetamol ongeveer €6 kost, terwijl een doosje ibuprofen €1 kost. Dit kan leiden tot het verkiezen van ibuprofen boven paracetamol. Daarbij is het ook belangrijk welke pijnstillers de patiënt thuis in voorraad heeft. In deze situaties wordt er geen medicatie voorgeschreven, en raadt men aan om het product dat de patiënt heeft te gebruiken.

- Arts-gerelateerde factoren: de arts laat ervaring prevaleren op de richtlijn, bijvoorbeeld bij de keuze van pijnstillers. Het is opvallend dat men steeds dezelfde producten voorschrijft. Eens goede resultaten met een bepaald geneesmiddel schrijft men deze frequent voor. Ook worden de effecten, de bijwerkingen en de contra-indicaties op die manier beter beheerst. Verder zoekt de arts ook naar alternatieve behandelingen. De opleiding, de stage en de gevolgde cursussen hebben een invloed op het uitvoeren van andere mogelijkheden zoals infiltraties. Dit toont dat de huisarts moeite doet om een efficiënte therapie te vinden om de patiënt te optimaal te behandelen.

- Materiaal heeft ook een belangrijk invloed. Een goed ingevuld dossier helpt de arts om op een efficiënte wijze de antecedenten te raadplegen. Op die manier kan de arts bij de keuze van de behandeling rekening houden met de medische toestand van de patiënt. De flow chart is een handig instrument. Doch staat er te veel informatie wat het lezen bemoeilijkt.




Figuur 1: Visgraatdiagram

## Conclusie

Er waren enkele aanpassingen nodig aan de oorspronkelijke Duodecim richtlijn. Voornamelijk op vlak van farmacologische als niet farmacologische behandeling en het doorverwijzen van meniscusletsels. Deze aanpassingen waren nodig om de richtlijn te kunnen gebruiken in de Belgische context. Verder zijn de aanbevelingen in de richtlijn herschreven en werd er een flow chart opgemaakt. De geadapteerde richtlijn werd voorgesteld op een LOK vergadering, aan een seminariegroep, aan een geneesheer-specialist in de orthopedie en fysische geneeskunde. Na het doorvoeren van enkele aanpassingen, werd de richtlijn getoetst op de praktijk. Als besluit kunnen we stellen dat de flow chart een handig instrument is voor het behandelen van meniscusletsels. Doch vaak is het de ervaring en de kennis van de arts die primeert.

# Referenties


1. EBM practicenet, geraadpleegd op 10 maart 2016 via http://www.ebmpracticenet.be/nl/Paginas/Onze-methodes.aspx.
2. NHG, Traumatische knieproblemen. Huisarts Wet 2010:54 (3):147-58.
3. Van Royen P., G R A D E: Een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling aan te geven. Huisarts Nu november 2008; 37(9) 505-509.
4. New Zeeland guidelines group, The diagnosis and management of soft tissue knee injuries: internal derangements. New Zeeland guideline, 2003.
5. Derry, S., Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain in adults, Cochrane Database Syst Rev. 2012, 9: CD007400.
6. NICE, Knee pain – assessment. NICE guideline, March 2011.
7. Herrlin, S.V., Is arthroscopic surgery beneficial in treating non-traumatic, degenerative medial meniscal tears? A five year follow-up. Knee Surgery Sports Traumatology Arthroscopy, 2013, 21:358–364.
8. Nederlandse Orthopaedische Vereniging, Richtlijn artroscopie van de knie: indicatie en behandeling, Nederlandse Orthopaedische Vereniging, 2010.
9. Unity's Clinical Quality Improvement Committee on May 18, 2007, Adult and Adolescent Knee Pain Guidelines, 2007.
10. Farmaka, Pijn en koorts. WZC formularium, 2013, 113-122.
11. BCFI, Gecommentarieerd geneesmiddelenrepertorium. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie, 2015.

# Bijlagen

## GRADE: niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling

| Graden van aanbeveling | | Voordelen vs nadelen en risico's | Methodologische kwaliteit van de studies | Implicaties |
|---|---|---|---|---|
| **1 A** | Sterke aanbeveling<br><br>Hoog niveau van bewijskracht | Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's | RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies | Sterke aanbeveling, kan toegepast worden bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden<br><br>*'Wij bevelen aan' of 'wij raden af'* |
| **1 B** | Sterke aanbeveling<br><br>Matig niveau van bewijskracht | | RCT's met beperkingen of sterke evidentie vanuit observationele studies | |
| **1 C** | Sterke aanbeveling<br><br>Laag of zeer laag niveau van bewijskracht | | Observationele studies of case studies | Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er hogere bewijskracht beschikbaar komt<br><br>*'Wij bevelen aan' of 'wij raden af'* |
| **2 A** | Zwakke aanbeveling<br><br>Hoog niveau van bewijskracht | 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 afhankelijk van omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden<br><br>*'Wij suggereren iets te doen' of 'wij suggereren iets niet te doen'* |
| **2 B** | Zwakke aanbeveling<br><br>Matig niveau van bewijskracht | | RCT's met beperkingen of sterke evidentie van observationele studies | |
| **2 C** | Zwakke aanbeveling<br><br>Laag of zeer laag niveau van bewijskracht | Onzekerheid over voor- of nadelen – evenwicht tussen beide is mogelijk | Observationele studies of case studies | Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn<br><br>*'Wij suggereren iets te doen' of 'wij suggereren iets niet te doen'* |

# Geadapteerde richtlijn

## Doelgroep van de richtlijn

De richtlijn is geschreven voor huisartsen in Vlaanderen.

## Patiënten populatie

Patiënten ouder dan 18 jaar met een vermoeden van een meniscusletsel na trauma

## Klinische vragen:

*1. Welke anamnestische vragen dien je, als huisarts, te stellen bij vermoeden van een meniscusletsel, bij patiënten met kniepijn?*

a. Tijdstip en omstandigheden van het trauma (sport, verkeer, werk) Grade 1B

b. Aard van het trauma en bijkomende verschijnselen Grade 1B

c. Belastbaarheid na het trauma (beloop, staan, lopen) Grade 1B

d. Pijn (lokalisatie, verloop na het trauma, in rust of bij bewegen, startpijn, nachtelijke pijn, evolutie van de pijn, wat gebruikt of gedaan ter vermindering van de pijn) Grade 1C

e. Zwelling (binnen hoeveel tijd na het trauma ontstaan) Grade 1B

f. Slotverschijnselen Grade 1A

g. Onzeker of instabiel gevoel ('door de knie zakken') Grade 1C

h. Eerdere knieklachten of -traumata (beloop en behandeling), heup-, enkel/voetklachten Grade 1C

i. Beperkingen in het dagelijks functioneren, werk en sport Grade 1C

*2. Welk klinisch onderzoek moet de huisarts uitvoeren, om een meniscusletsel aan te tonen bij een patiënt met kniepijn?*

Bij het klinisch onderzoek is het aanbevolen om de gevoeligheid over de gewrichtsspleet en de verminderde ROM naar eindstandige flexie en extensie te onderzoeken. Grade 1B

We bevelen daarnaast aan van een volledig bewegingsonderzoek van de knie uit te voeren en links-rechts te vergelijken. Grade 2B

*3. Welke technische onderzoeken kunnen worden uitgevoerd bij patiënten met kniepijn voor het aantonen van een meniscusletsel?*

Ter vaststelling van de diagnose van een meniscusletsel, raden we aan om een NMR onderzoek uit te voeren. De patiëntengroep bij wie men een NMR onderzoek uitvoert, dient

geselecteerd te worden aan de hand van de duur van de klachten, anamnestische en klinische gegevens. Grade 1A

4. *Welke niet-farmacologische behandelingen kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel?*

   Raad rust, ijs, compressie, elevatie aan en vermijd warmte, alcohol, lopen, massage de eerste 72 uren. Grade 2C

   Naargelang de pijn en zwelling vermindert, kan de belasting worden opgevoerd. Grade 2C

   Bij grote hinder kunnen er elleboogkrukken gebruikt worden. Grade 2C

   Isometrische quadricepsoefeningen worden aangeraden, zodra de pijn vermindert. Grade 2C

5. *Welke farmacologische behandelingen kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel?*

   Het is aangeraden om gedurende 2 weken paracetamol als pijnstiller te geven. Grade 1C

   Indien onvoldoende is het aangewezen om NSAID zoals ibuprofen, diclofenac of naproxen voor 1-2 weken voor te schrijven. Grade 1C

   Indien contra-indicatie voor perorale pijnbehandeling, kunnen topische NSAID voorgeschreven worden. Grade 1B

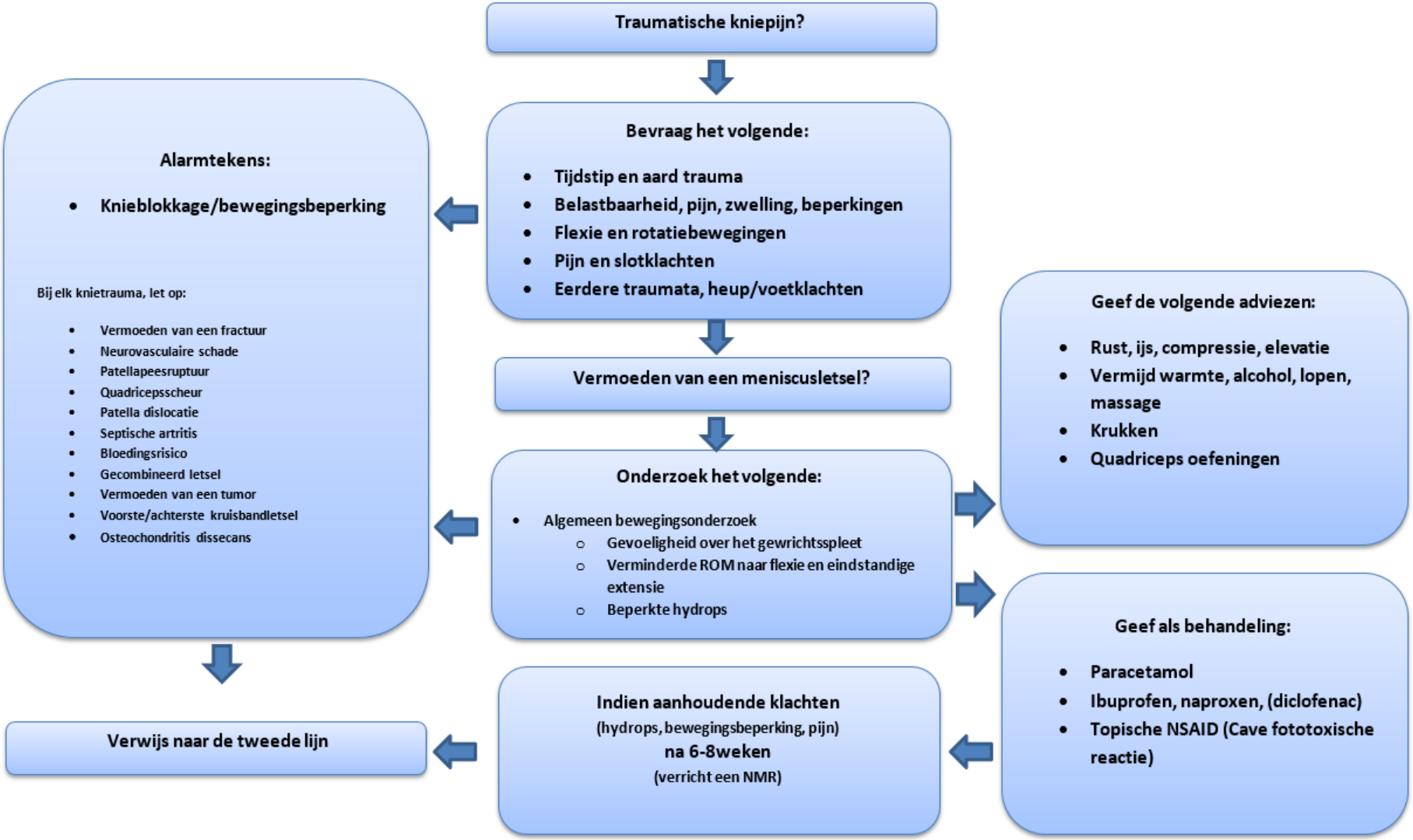
6. *Wanneer moet je als huisarts doorverwijzen naar de tweede lijn?*

   Milde symptomen kunnen 6-8 weken conservatief behandeld worden, bij aanhoudende klachten is het aangewezen de patiënt naar een orthopedist door te verwijzen. Grade 2C

   Een meniscusletsel met knieblokkage (bewegingsbeperking) dient urgent te verwezen worden. Grade 2C

   Bij een knietrauma, verwijs naar de tweede lijn bij: een vermoeden van een fractuur, neurovasculaire schade, patellapeesruptuur, quadricepsscheur, patelladislocatie, een gecombineerd letsel, septische artritis, bloedingsrisico, een vermoeden van een tumor en voorste/achterste kruisbandletsel. Grade 2C

# Flow chart


Traumatische kniepijn?
Bevraag het volgende:
Tijdstip en aard trauma
Belastbaarheid, pijn, zwelling, beperkingen
Flexie en rotatiebewegingen
Pijn en slotklachten
Eerdere traumata, heup/voetklachten
Alarmtekens:
Knieblokkage/bewegingsbeperking
Bij elk knietrauma, let op:
Vermoeden van een fractuur
Neurovasculaire schade
Patellapeesruptuur
Quadricepsscheur
Patella dislocatie
Septische artritis
Bloedingsrisico
Gecombineerd letsel
Vermoeden van een tumor
Voorste/achterste kruisbandletsel
Osteochondritis dissecans
Vermoeden van een meniscusletsel?
Onderzoek het volgende:
Algemeen bewegingsonderzoek
Gevoeligheid over het gewrichtsspleet
Verminderde ROM naar flexie en eindstandige extensie
Beperkte hydrops
Geef de volgende adviezen:
Rust, ijs, compressie, elevatie
Vermijd warmte, alcohol, lopen, massage
Krukken
Quadriceps oefeningen
Geef als behandeling:
Paracetamol
Ibuprofen, naproxen, (diclofenac)
Topische NSAID (Cave fototoxische reactie)
Indien aanhoudende klachten
(hydrops, bewegingsbeperking, pijn)
na 6-8weken
(verricht een NMR)
Verwijs naar de tweede lijn

# Ethische begeleiding masterproeven

| mp08626 | Beleid bij meniscusletsels: adaptatie van een Duodecimrichtlijn |
|---|---|

Student(en):
Sumeyra Kosar (sumeyra.kosar@student.kuleuven.be)
Sarah Wouters (sarah.wouters@student.uantwerpen.be)
Promotor:
Patrik Vankrunkelsven (patrick.vankrunkelsven@med.kuleuven.be - u0013683 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Hoofdonderzoeker:

Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
monocentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is:
Literatuurstudie.

**Bijkomende gegevens:**

Achtergrond:

Finland beschikt over veel verschillende richtlijnen. Hierin wordt duidelijk aangegeven, welke bijkomende onderzoeken gebruikt kunnen worden voor diagnose, welke behandeling ingesteld kan worden.. enz. Het voordeel hiervan is dat deze richtlijnen kort en bondig zijn. Doch zijn ze niet altijd bruikbaar in de dagdagelijkse praktijk, gezien verschillen in de gezondheidsorganisatie. Hierdoor vergelijken we de Duodecim richtlijn over meniscusletsels met andere beschikbare richtlijnen, en adapteren deze aan de Belgische context, zodat we een richtlijn creëren, die toepasbaar is in de eerstelijn. Al samenvatting van de Duodecimrichtlijn, werden er in totaal werden er 6 onderzoeksvragen opgemaakt. Dit project werd per twee uitgevoerd, waarbij de ene collega zich meer heeft gebaseerd op anamnese-klinisch onderzoek en bijkomende onderzoeken en de andere collega op farmacologische/niet farmacologische behandelingen/doorverwijzen.

Vraagstelling:

Ik heb me gebaseerd op farmacologische en niet farmacologische interventies en op doorverwijzen. Hiervoor heb 3 onderzoeksvragen opgemaakt.

1. Welke niet-farmacologische behandelingen kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel?
2. Welke farmacologische behandeling kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel?
3. Wanneer moet je als huisarts doorverwijzen naar de tweede lijn?

Methodologie:

Vervolgens werden er verschillende richtlijnen en artikels opgezocht op verschillende databases zoals TripDatabase, Minerva, Evidence.nhs.uk, Guideline.gov, KCE, EBMpracticenet ed. De gevonden richtlijnen werden gescreend. De criteria voor selectie waren: toepasbaarheid in de eerste lijn, vermelding van evidentie, recente herziening. Vervolgens werden de geselecteerde richtlijnen individueel via AGREE II beoordeeld. De 3 richlijnen die de hoogste score hadden, werden geselecteerd.De aanbevelingen die werden gegeven in de richtlijn werden verder geevalueerd op courantheid, samenhang, toepasbaarheid. Ook werden Belgische informatie hieromtrent opgezocht. Hieruit werd er een nieuwe richtlijn gevormd die geadapteerd is aan de Belgische context.

De geadapteerd richtlijn en de samengestelde flow chart worden vervolgens op de LOK vergadering voorgesteld aan de hand van enkele casussen. Op die manier zullen we onze richtlijn evalueren.

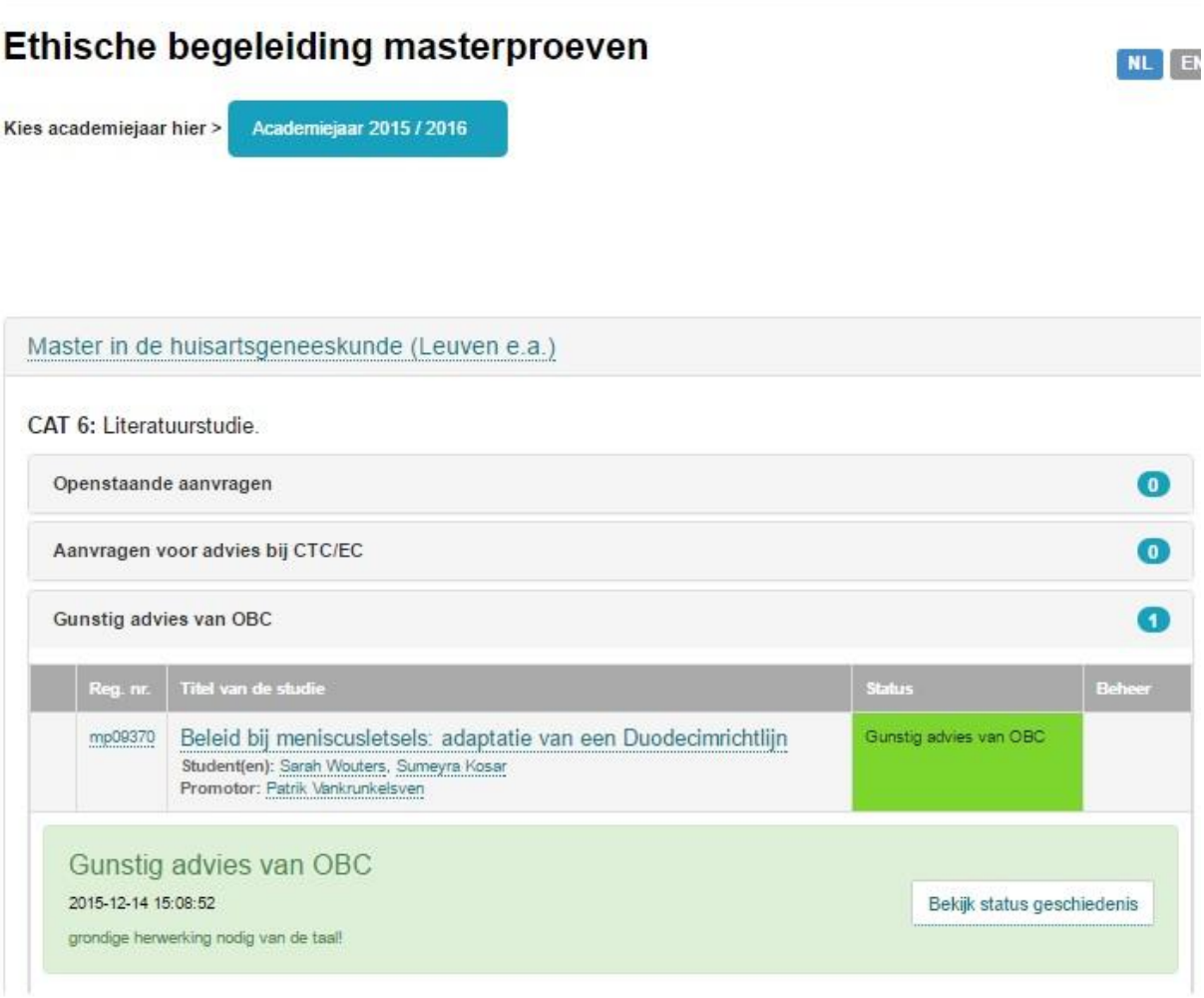
Tot slot wordt mijn beleidsplan/flow chart voorgesteld aan mijn collega's op mijn praktijk. Gedurende 3 maanden zal men kijken naar de obstakels, problemen die zij ondervinden om zich aan de richtlijn te houden.

Referenties:

The Diagnosis and Management of Soft Tissue Knee Injuries: Internal Derangements
Richtlijn artroscopie van de knie: indicatie en behandeling, Nederlandse Orthopaedische Vereniging, 2010
Richtlijn Farmaka pijn en koorts WZC formularium 2013
Mezhov et al, Review: Meniscal pathology - the evidence for treatment, Arthritis Research & Therapy 2014 2014, 16:206.
Sheena Derry, Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain in adults, Cochrane Database Syst Rev. Author manuscript; available in PMC 2014

September 10.
NHG-Standaard Traumatische knieproblemen. Belo JN, Berg HF, Klein Ikkink AJ, Wildervanck-Dekker CMJ, Smorenburg HAAJ, Draijer LW. Huisarts Wet 2010:54 (3):147-58.
BCFI

# Goedkeuring van Opleidingsspecifieke BegeleidingsCommissie



| Algemene informatie | |
|---|---|
| Naam student | **Sumeyra Kosar** |
| Promotor | **Professor dokter Patrik Vankrunkelsven** |
| Geselecteerde Duodecim richtlijn | **Meniscus tears** |
| Naam student waarmee in partnerschap wordt gewerkt | **Sarah Wouters** |
| Academiejaar | **2014-2015** |
| Universiteit | **KUL** |
| Vakgroep | **Huisartsgeneeskunde** |

## Stap 1: definieer de scope van de aanbevelingen voor screening/adaptatie en bepaal de PIPOH-elementen als basis voor je klinische vragen

**Geselecteerde klinische vraag 1 voor review: Welke niet-farmacologishe behandelingen kan de huisarts opstarten bij patienten met een meniscusletsel?**

| PIPOH-elementen | Inclusie criteria | Exclusie criteria |
|---|---|---|
| Patient/Population | patienten met meniscusletsel | |
| Interventions | behandeling (in de eerste lijn) | |
| Professionals | huisarts | |
| Outcomes | niet-farmacologische behandeling | |
| Healtcare Setting | eerstelijn | |

**Geselecteerde klinische vraag 2 voor review: Welke farmacologische behandeling kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel?**

| PIPOH-elementen | Inclusie criteria | Exclusie criteria |
|---|---|---|
| Patient/Population | patiënten met meniscusletsels | |
| Interventions | behandeling (in de eerste lijn) | |
| Professionals | huisarts | |
| Outcomes | farmacologische behandeling | |
| Healtcare Setting | eerste lijn | |

**Geselecteerde klinische vraag 3 voor review: Wanneer moet je als huisarts doorverwijzen naar de tweedelijn?**

| PIPOH-elementen | Inclusie criteria | Exclusie criteria |
|---|---|---|
| Patient/Population | patiënten met meniscusletsels | |
| Interventions | verwijzing | |
| Professionals | huisarts | |
| Outcomes | specialistisch advies inwinnen | |
| Healtcare Setting | tweedelijn | |

## Stap 2: Zoek naar relevante richtlijnen en Belgische EBM publicaties

| Geconsulteerde databank | Zoektermen | Aantal hits | Commentaar (korte toelichting bij ruwe selectie) | Datum |
|---|---|---|---|---|
| G-I-N | | 0 | geen login | |
| Guideline.gov | guideline meniscus | 4 | richtlijnen over beeldvorming, behandeling, met graad van evidentie | 9/12/2014 |
| | meniscus injury | 11 | richtlijnen over onderzoek, beeldvorming en evaluatie | 7/12/2014 |
| | mensicus investigations | 1 | acuut trauma, bij welke pt welke onderzoeken | 7/12/2014 |
| | meniscus family medicine | 8 | richtlijnen over onderzoek, beeldvorming en evaluatie | 7/12/2014 |
| Evidence.nhs.uk | guideline meniscus tear | 2 | richtlijnen geselecteerd over meniscusletsels | 10/12/2014 |
| | meniscus family medicine | 3 | richtlijnen geselecteerd over meniscusletsels | 11/12/2014 |
| Trip Database | knee meniscus tear | 2 | / | 10/12/2014 |
| | meniscus injury primary | 8 | allerlei, evidentie nog te bekijken | 14/12/2014 |
| KCE | meniscus | 0 | / | 3/12/2014 |
| | meniscusletsels | 1 | breder benaderd mbt revalidatie compsumptie (eerder als noot?) | 14/12/2014 |
| HGR-CSS | | 0 | niets te vinden | 20/01/2015 |
| Minerva | meniscus | 0 | / | 3/12/2014 |
| Farmaka | / | 1 | formularium pijnbestrijding | 10/12/2014 |
| Riziv | kniepijn, meniscus | 0 | / | 3/12/2014 |
| Bcfi | pijn | 0 | / | 3/12/2014 |
| FOD Volksgezondheid | kniepijn | 1 | / | 3/12/2014 |
| EBMpractice | meniscus | 2 | richtlijn NHG over traumatische knieaandoeningen | 3/12/2014 |
| Google | guidelines meniscus tear | 5 | richtlijn van Nederland en Nieuw-Zeeland | 3/12/2014 |
| medscape/pubmed | allerlei | | geen login/geen relevante artikels | 14/12/2014 |
| EBMguidelines | meniscus | 1 | meniscus tears | 14/12/2014 |
| NHG | meniscus | 2 | traumatische en niet traumatische knieproblemen | 17/01/2015 |

## Stap 3: Screen gevonden richtlijnen (max. 7)

| | Richtlijntitel/titel Belgische EBM-informatie | Organisatie | Land | Publicatie-jaar | Url of link document | Periode waarin naar literatuur werd gezocht | Evaluatie | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Bron geselecteerd | Bron uitgesloten | Reden voor exclusie | Commentaar |
| **Totaal:** | | | | | | | **4** | **3** | | |
| ? | Traumatische knieproblemen | NHG | Nederland | 2010 | https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/traumatische-knieproblemen | / | 1 | 0 | | omvat traumatische letsels |
| ? | Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen | NHG | Nederland | 2008 | https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/niet-traumatische-knieproblemen-bij-volwassenen | / | 0 | 1 | niet-traumatische knieproblemen | |
| ? | The diagnosis and management of soft tissue knee injuries: internal derangements | New Zeeland guidelines group | Nieuw-Zeeland | 2003 | http://www.acc.co.nz/PRD_EXT_CSMP/groups/external_communications/documents/guide/wcmz002488.pdf | / | 1 | 0 | | uitgebreid, evidentie/aanbeveling zijn gekend |
| ? | Meniscectomie | KNGF | Nederland | 2006 | https://www.fysionet-evidencebased.nl/images/pdfs/richtlijnen/meniscectomie_2006/menisectomie_praktijkrichtlijn.pdf | 2002-10/2005 | 1 | 0 | | outcome van heelkunde |
| ? | Knee Pain and Mobility Impairments: Meniscal and Articular Cartilage Lesions | J Orthop Sports Phys Ther. | USA | 2010 | http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3204363/ | / | 0 | 1 | is geen richtlijn, maar een studie | |
| ? | Knee pain assessment | NICE | UK | 2011 | http://www.nice.org.uk/standards-and-indicators) | 11/2010-03/2011 | 1 | 0 | | meer gebaseerd op anamnese / klinisch onderzoek |
| ? | Meniscal tear: Presentation, diagnosis and management | FOCUS | Australie | 2012 | http://www.racgp.org.au/afp/201204/46219 | / | 0 | 1 | te kort en bondig | |

# STAP 4.1 Beoordeel geselecteerde richtlijnen met AGREE II

**RICHTLIJN TITEL:** Diagnosis and management of soft tissue knee injuries

| | Item | Evaluator 1 | Evaluator 2 | major remarks |
|---|---|---|---|---|
| **Scope and purpose** | 1 | 5 | 5 | |
| | 2 | 1 | 3 | |
| | 3 | 1 | 1 | |
| TOTAAL /21 | | 7 | 9 | |
| **Stakeholder involvement** | 4 | 7 | 7 | |
| | 5 | 1 | 3 | |
| | 6 | 1 | 1 | |
| TOTAAL /21 | | 9 | 11 | |
| **Rigour of development** | 7 | 4 | 5 | |
| | 8 | 5 | 5 | |
| | 9 | 1 | 1 | appendix? |
| | 10 | 7 | 7 | |
| | 11 | 4 | 5 | |
| | 12 | 7 | 6 | |
| | 13 | 6 | 6 | |
| | 14 | 7 | 7 | |
| TOTAAL /56 | | 41 | 42 | |
| **Clarity and presentation** | 15 | 7 | 7 | |
| | 16 | 6 | 7 | |
| | 17 | 7 | 7 | |
| TOTAAL /21 | | 20 | 21 | |
| **Applicability** | 18 | 2 | 2 | |
| | 19 | 6 | 7 | |
| | 20 | 6 | 5 | aangegeven maar niet uitgewerkt |
| | 21 | 7 | 7 | |
| TOTAAL /28 | | 21 | 21 | |
| **Editorial independence** | 22 | 7 | 7 | |
| | 23 | 3 | 3 | appendix te vinden? |
| TOTAAL /14 | | 10 | 10 | |

| **OVERALL ASSESSMENT** | 6 | 6 | **REMARKS** |
|---|---|---|---|
| Strongly recommend | **x** | **x** | duidelijk, aanbeveling en evidenties gekend |
| Recommend (with provisos / alterations) | | | |
| Would not recommend | | | |
| Unsure | | | |

**RICHTLIJN TITEL:** Traumatische knieproblemen

| | Item | Evaluator 1 | Evaluator 2 | major remarks |
|---|---|---|---|---|
| **Scope and purpose** | 1 | 1 | 1 | |
| | 2 | 1 | 1 | |
| | 3 | 1 | 2 | |
| TOTAAL /21 | | 3 | 4 | |
| **Stakeholder involvement** | 4 | 7 | 6 | |
| | 5 | 2 | 6 | |
| | 6 | 4 | 4 | |
| TOTAAL /21 | | 13 | 16 | |
| **Rigour of development** | 7 | 1 | 1 | |
| | 8 | 1 | 1 | |
| | 9 | 4 | 4 | |
| | 10 | 1 | 2 | |
| | 11 | 4 | 5 | |
| | 12 | 7 | 7 | |
| | 13 | 6 | 7 | |
| | 14 | 1 | 1 | |
| TOTAAL /56 | | 25 | 28 | |
| **Clarity and presentation** | 15 | 7 | 7 | |
| | 16 | 5 | 6 | |
| | 17 | 5 | 5 | |
| TOTAAL /21 | | 17 | 18 | |
| **Applicability** | 18 | 4 | 3 | |
| | 19 | 3 | 3 | |
| | 20 | 2 | 2 | |
| | 21 | 6 | 6 | |
| TOTAAL /28 | | 15 | 14 | |
| **Editorial independence** | 22 | 7 | 7 | |
| | 23 | 1 | 7 | geen belagenvermenging gezien uitgestuurd? |
| TOTAAL /14 | | 8 | 14 | |

| **OVERALL ASSESSMENT** | 5 | 6 | **REMARKS** |
|---|---|---|---|
| Strongly recommend | **x** | **x** | uitleg anamnese, FO en therapie |
| Recommend (with provisos / alterations) | | | |
| Would not recommend | | | |
| Unsure | | | |

**RICHTLIJN TITEL:** Knee pain - assessment

| | Item | Evaluator 1 | Evaluator 2 | major remarks |
|---|---|---|---|---|
| **Scope and purpose** | 1 | 4 | 5 | wordt vermeld maar beknopt |
| | 2 | 1 | 1 | |
| | 3 | 1 | 2 | |
| TOTAAL /21 | | 6 | 8 | |
| **Stakeholder involvement** | 4 | 1 | 1 | |
| | 5 | 4 | 5 | |
| | 6 | 4 | 3 | |
| TOTAAL /21 | | 9 | 9 | |
| **Rigour of development** | 7 | 6 | 7 | |
| | 8 | 1 | 1 | worden niet expliciet vermeld |
| | 9 | 4 | 5 | |
| | 10 | 1 | 1 | herziening mss wel in oorspronkeljke? Cfr? |
| | 11 | 1 | 1 | |
| | 12 | 7 | 7 | |
| | 13 | 1 | 7 | supporting evidence? Search strategie? |
| | 14 | 3 | 4 | |
| TOTAAL /56 | | 24 | 33 | |
| **Clarity and presentation** | 15 | 7 | 7 | |
| | 16 | 1 | 1 | |
| | 17 | 5 | 4 | |
| TOTAAL /21 | | 13 | 12 | |
| **Applicability** | 18 | 1 | 1 | |
| | 19 | 2 | 2 | |
| | 20 | 1 | 1 | |
| | 21 | 1 | 1 | |
| TOTAAL /28 | | 5 | 5 | |
| **Editorial independence** | 22 | 1 | 1 | |
| | 23 | 1 | 1 | |
| TOTAAL /14 | | 2 | 2 | |

| **OVERALL ASSESSMENT** | 4 | 5 | **REMARKS** |
|---|---|---|---|
| Strongly recommend | | | |
| Recommend (with provisos / alterations) | **x** | x | niets over de behandeling/waarde van technisch onde |
| Would not recommend | | | |
| Unsure | | | |

**RICHTLIJN TITEL:** Meniscectomie

| | Item | Evaluator 1 | Evaluator 2 | major remarks |
|---|---|---|---|---|
| **Scope and purpose** | 1 | 7 | 7 | |
| | 2 | 7 | 7 | |
| | 3 | 7 | 7 | |
| TOTAAL /21 | | 21 | 21 | |
| **Stakeholder involvement** | 4 | 7 | 7 | |
| | 5 | 1 | 2 | |
| | 6 | 7 | 7 | |
| TOTAAL /21 | | 15 | 16 | |
| **Rigour of development** | 7 | 1 | 1 | |
| | 8 | 1 | 1 | |
| | 9 | 1 | 1 | |
| | 10 | 1 | 1 | |
| | 11 | 1 | 1 | |
| | 12 | 7 | 6 | |
| | 13 | 1 | 1 | |
| | 14 | 7 | 7 | |
| TOTAAL /56 | | 20 | 19 | |
| **Clarity and presentation** | 15 | 5 | 6 | |
| | 16 | 6 | 6 | |
| | 17 | 6 | 6 | |
| TOTAAL /21 | | 17 | 18 | |
| **Applicability** | 18 | 1 | 1 | |
| | 19 | 4 | 5 | |
| | 20 | 1 | 1 | |
| | 21 | 3 | 4 | |
| TOTAAL /28 | | 9 | 12 | |
| **Editorial independence** | 22 | 1 | 1 | |
| | 23 | 1 | 1 | |
| TOTAAL /14 | | 2 | 2 | |

| **OVERALL ASSESSMENT** | 3 | 3 | **REMARKS** |
|---|---|---|---|
| Strongly recommend | | | |
| Recommend (with provisos / alterations) | | | |
| Would not recommend | **x** | | gericht voor fysiotherapeuten/ |
| Unsure | | | **weinig relevant voor klinische vragen** |

## STAP 4.2 tot 4.5

| | Titel van de geselecteerde guideline: titel Duodecim-richtlijn: Meniscus tears | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling | | | Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op courantheid | | | |
| | Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd) | Grade of recommendation vermeld in de bronguideline | Niveau van evidentie vermeld in de bronguideline | Is alle belangrijke evidence geciteerd in de richtlijn? (Vermeld kort dewelke) | Zo niet, welke recente referenties (systematische reviews, RCT,…) zouden bij eventuele adaptatie in aanmerking moeten genomen worden? | Welke PICO-elementen heb je gebruikt voor je zoektocht? | Bijkomende opmerkingen? |
| Klinische vraag 1: Welke niet-farmacologishe behandelingen kan de huisarts opstarten bij patienten met een meniscusletsel? | Mild symptoms require only follow-up, exercise of the quadriceps muscle | / | / | neen | S. Stensrud, The feasibility of a progressive twelve-week neuromuscular and strength training program in middle-aged patients with degenerative meniscus tears, Poster Presentations / Osteoarthritis and Cartilage 18, Supplement 2 (2010) S229–S230. | P: meniscus letsel, I: spier training, C: geen behandeling, O: outcome | welke oefeningen: single and multiple joint exercises, open and closed kinetic chain, as well as concentric and eccentric exercises were included. Single leg exercises on balance pads and variations of single-leg hops were included to maintain neuromuscular performance. |
| Klinische vraag 2: Welke farmacologische behandeling kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel? | NSAIDs for pain relief | / | / | neen | Unity's Clinical Quality Improvement Committee on May 18, 2007, Adult and Adolescent Knee Pain Guidelines – 2007 | P: meniscus letsel, I: pijnstiller, C: geen pijnstiller, O: outcome | weinig informatie over duur van de behandeling, dosage, welke NSAID, graad van evidentie werd niet vermeld |
| Klinische vraag 3: Wanneer moet je als huisarts doorverwijzen naar de tweedelijn? | If meniscus injury is suspected, the patient should be referred to a specialist if he/she has continuous or recurrent disturbing symptoms | / | / | Roos H, Laurén M, Adalberth T, Roos EM, Jonsson K, Lohmander LS. Knee osteoarthritis after meniscectomy: prevalence of radiographic changes after twenty-one years, compared with matched controls. Arthritis Rheum 1998 Apr;41(4):687-93. Secondary osteoarthritis of the knee following meniscectomy, A radiologically diagnosed osteoarthritis may be 14 times more common in patients who have undergone meniscectomy than in matched controls. Roos et al 1 examined knee radiographs of 123 patients who had undergone open meniscectomy 21 years earlier. There were more degerative changes as compared to matched controls. | Mezhov et al, Review: Meniscal pathology - the evidence for treatment, Arthritis Research & Therapy 2014 2014, 16:206.<br><br>Unity's Clinical Quality Improvement Committee on May 18, 2007, Adult and Adolescent Knee Pain Guidelines – 2007 | P: meniscus letsel, I: chirurgische ingreep, C: geen chirurgische ingreep, O: outcome | hoe lang moet je conservatief behandelen, wanneer bepaal je of er een mogelijkheid is tot chirurgisch herstel |

| Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op samenhang | | | | Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid | |
|---|---|---|---|---|---|
| Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag? | Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten? | Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling? | Opmerkingen? | Is de aanbeveling toepasbaar in de Belgische zorgcontext ? | Zo niet, waarom? |
| ja | ja, the twelve-week neuromuscular and strength training program was successfully implemented in a middle-aged patient with degenerative meniscus tear, in terms of acceptable self-reported pain both during and after each training session, decreased pain throughout the program, improved muscle strength and physical performance, | nee, is een observationele case study, geen aanbeveling vermeld | één casus, geen bronnen vermeld, | nee | studie gaat over een 51 jarige man met degeneratief meniscuslijden, krijgt een trainingsprogramma van 12 weken met een frequentie van 2-3 keer per week, kunnen we niet zo maar extrapoleren naar taumatische meniscusletsels |
| ja | nee, richtlijn samengesteld door samenwerking van artsen uit verschillende specialismen | nee, geen bron vermeld, Rest and ice, 15-20 minutes every 3-4 hours for the first 24-48 hours (voor traumatische meniscusletsels) | weinig bronnen vermeld, er wordt een verschil gemaakt tussen traumatische en niet-traumatische meniscusletsels | ja | volgens richtlijn Farmaka is, bij pijn en koorts, paracetamol de eerste keuze |
| ja | nee, review artikel, een samenvatting van verschillende studies die conservatieve therapie versus verschillende heelkundige behandelingen met elkaar vergelijken, geen evidentie vermeld in het artikel | ja, conclusion: there is no convincing evidence that demonstrates the superiority of operative approaches to conservative measures for the treatment of people aged approximately 45 years or older with knee pain and meniscal tears. The available data would support a trial of conservative therapy as first-line treatment of meniscal tears in older adults, before consideration of APM.Studies have not, however, stratified populations according to mechanical symptoms, such as knee locking, and it may be that operative interventions are required to derive functional benefits in such subgroups. In younger individuals, meniscal repair is possible, although there is a paucity of data to explore whether this provides greater symptom benefit than conservative measures. | conservatieve therapie heeft de voorkeur, hoe lang conservatieve therapie aanhouden vooraleer de patient kan doorverwezen worden?? | ja | |
| ja | nee, richtlijn samengesteld door samenwerking van artsen uit verschillende specialismen | nee, geen bronvermelding, Follow-up in 4-6 weeks if weight bearing or in 2 weeks if not weight bearing. If partial or no response to conservative treatment is noted at follow-up visit, reevaluate initial diagnosis and/or refer to orthopedic specialist for evaluation and treatment (voor traumatische meniscusletsels) | aangeraden om 4-6 weken conservatief te behandelen, doch maken ze een verschil tussen traumatische en niet traumatische meniscusletsels | ja | |

***Randinformatie Duodecim***

| | **Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling** | |
|---|---|---|
| | Randinformatie bij de aanbevelingen van de RL Duodecim | is de randinformatie van toepassing in de Belgische zorgcontext? |
| Klinische vraag 1: Welke niet-farmacologishe behandelingen kan de huisarts opstarten bij patienten met een meniscusletsel? | Mild symptoms require only follow-up, exercise of the quadriceps muscle | ja |
| Klinische vraag 2: Welke farmacologische behandeling kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel? | NSAIDs for pain relief | nee |
| Klinische vraag 3: Wanneer moet je als huisarts doorverwijzen naar de tweedelijn? | If meniscus injury is suspected, the patient should be referred to a specialist if he/she has continuous or recurrent disturbing symptoms | ja |

## STAP 4.2 tot 4.5

| | Titel van de geselecteerde guideline: Diagnosis and management of soft tissue knee injuries (Nieuw-Zeeland) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Beoogde eindgebruikers van deze richtlijn: | | | | | |
| | Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling | | | Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op courantheid | | |
| | Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd) | Grade of recommendation vermeld in de bronguideline | Niveau van evidentie vermeld in de bronguideline | Is alle belangrijke evidence geciteerd in de richtlijn? (Vermeld kort dewelke) | Zo niet, welke recente referenties (systematische reviews, RCT,…) zouden bij eventuele adaptatie in aanmerking moeten genomen worden? | Welke PICO-elementen heb je gebruikt voor je zoektocht? |
| Klinische vraag 1: Welke niet-farmacologishe behandelingen kan de huisarts opstarten bij patienten met een meniscusletsel? | 1) RICE en avoid HARM: Avoid activity in the first 48-72 hours to prevent further damage. Crutches may be necessary if weight-bearing is too painful. Wrap ice in damp towel (direct application onto bare skin can result in an ice burn). Apply ice for 20 mins every two hours during the day for the fi rst 48-72 hours. Tubigrip or a simple elastic bandage can be applied between ice treatments to help reduce swelling. Avoid firm bandages and tubigrip at night as these can constrict the circulation. Raise the leg on a pillow during the day as much as possible to help reduce the swelling. AVOID H.A.R.M. In the first 72 hours avoid the following: Heat: avoid hot baths, showers or saunas, heat packs and liniments, Alcohol: alcohol increases bleeding and swelling and delays healing, Running: any form of exercise will cause further damage, Massage: avoid massage which causes increased bleeding and swelling. | C, There is insufficient evidence in the literature to support the use of R.I.C.E., however, it is commonly accepted practice for the self-management of a mild soft tissue knee injury in the first 48-72 hours | 4 | Buckwalter JA. Pharmacalogical treatment of soft -tissue injuries. Journal of Bone & Joint Surgery - American Volume 1995;77-A(12):1902-1914.<br>Jones PG. Analgesia in soft tissue injury: current practice in Auckland is not supported by available evidence. New Zealand Medical Journal 1999;112:379-383.<br>Houghlam PA. Soft tissue healing and its impact on rehabilitation. Journal of Sport Rehabilitation 1992;1:19-39. | Unity's Clinical Quality Improvement Committee on May 18, 2007, Adult and Adolescent Knee Pain Guidelines – 2007 | P: meniscusletsel, I: conservatieve behandeling, C: geen behandeling, O: outcome |
| | 2) There is insuffi cient evidence in the literature to establish the relative effectiveness of the various approaches and methods currently used by physiotherapists in the conservative management of soft tissue knee injuries. | A | 1++ | Thomson LC, Handoll HHG, Cunningham A, Shaw PC, Van Herp G. Physiotherapistled programmes and interventions for rehabilitation of anterior cruciate ligament, medial collateral ligament and meniscal injuries of the knee in adults (Cochrane Review Issue 2 2002). The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software, 2001. | David S. Logerstedt, Knee Pain and Mobility Impairments: Meniscal and Articular Cartilage Lesions, Orthop Sports Phys Ther. 2010 June ; 40(6): A1–A35. | P: meniscusletsel, I: fysiotherapie, C: geen fysiotherapie, O: outcome |
| | 3) Ultrasound is of little benefit in the treatment of soft tissue knee injuries | B | 4 | Bryant J, Milne R. Therapuetic ultrasound in physiotherapy. Bristol: NHS Executive South and West., 1998.<br>Van der Windt DA, van der Heijden GJ, van den Berg SG, Ter Riet G, de Winter AF, Bouter LM. Ultrasound therapy for acute ankle sprains. Cochrane Review: Cochrane Library Issue 1 2001. | Julie A. Muche, Efficacy of Therapeutic Ultrasound Treatment of a Meniscus Tear in a Severely Disabled Patient: A Case Report, Arch Phys Med Rehabil Vol 84, October 2003 | P: meniscusletsel, I: ultrasound, C: geen behandeling, O: outcome |
| | 4) At present there is insuffi cient evidence to support the use of NMES, TNS or biofeedback in the post-operative rehabilitation following menisectomy or ACL reconstruction. | I | 4<br>In people with an acute traumatic injury for whom oral analgesics are contraindicated, TENS may | Callaghan MJ, Oldham JA. A critical reveiw of electrical stimulation of the quadriceps muscles. Critical Reviews Physical Rehabilitation Medicine | David S. Logerstedt, Knee Pain and Mobility Impairments: Meniscal and Articular Cartilage Lesions, Orthop Sports Phys Ther. 2010 June ; 40(6): A1–A35. | P: meniscusletsel, I: neuro-elektrische stimulatie, C: geen behandeling, O: outcome |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | offer an effective alternative 1+ | 1997;9:301-314. Gam AN, Thorsen H, Lonnberg F. The effect of low-level laser therapy on musculoskeletal pain: a meta-analysis. Pain 1993;52:63-66. Frampton V. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation. (TENS). | | |
| | 5) Bracing is generally not required for the conservative management of soft tissue knee injuries | I | 4 | Decoster LC, Vailas JC, Swartz WG. Functional ACL bracing. A survey of current opinion and practice. American Journal of Orthopedics (Chatham, Nj). 1995;24(11):838-843. | Unity's Clinical Quality Improvement Committee on May 18, 2007, Adult and Adolescent Knee Pain Guidelines – 2007 | P: meniscus letsel, I: brace, C: geen brace, O: outcome |
| | 6) No recommendations can be made about the use of acupuncture, chiropractic, osteopathy or other complementary therapies for the treatment of soft tissue knee injuries due to a lack of good quality evidence | I | 1++ | Hodges I, Maskill C. Effectiveness of acupuncture for he treatment and rehabilitation of accident-related musculoskeletal disorders. NZHTA Report 2002;5(3):1-106. | / | P: meniscus letsel, I: accupuntuur/chiropraxie/osteopathie, C: geen behandeling, O: outcome |
| Klinische vraag 2: Welke farmacologische behandeling kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel? | 1) Paracetamol is probably the most cost-effective and potentially least harmful choice of analgesic for soft tissue knee injuries. | C | There is little evidence to suggest that systemic NSAIDs are more beneficial in the treatment of soft tissue injuries than simple analgesics such as paracetamol 1+ | Buckwalter JA. Pharmacalogical treatment of soft -tissue injuries. Journal of Bone & Joint Surgery - American Volume 1995;77-A(12):1902-1914. Jones PG. Analgesia in soft tissue injury: current practice in Auckland is not supported by available evidence. New Zealand Medical Journal 1999;112:379-383. | / | P: meniscusletsel, I: paracetamol, C geen behandeling, O: outcome |
| | 2) NSAIDs may be benefi cial for treating a persistent effusion that has not responded to the 'RICE' protocol. | C | NSAIDs are associated with signifi cant morbidity mostly in the form of gastrointestinal symptoms 4 | De Gara C, Taylor M, Hedges A. Assessment of analgesic drugs in soft tissue injuries presenting to an accident and emergency department – a comparison of antrafenine, paracetamol and placebo. Postgraduate Medical Journal 1982;58:489-492. Sleet RA, Khan MA. Comparative study of mefenamic acid and dextropoxyphene plus paracetamol in an accident and emergency department. Current Medical Research and Opinion 1980;7:77-84. | Richard Howell, Degenerative meniscus: Pathogenesis, diagnosis, and treatment options, World J Orthop 2014 November 18; 5(5): 597-602 Lim HC, Non-operative treatment of degenerative posterior root tear of the medial meniscus, Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2010 Apr;18(4):535-9. | P: meniscusletsel, I : NSAID, C: geen behandeling, O: outcome |
| | 3) Topical NSAIDs are effective and safe for acute sprains, strains and sports injuries. | A | there is moderate evidence that topical NSAIDs are safe and effective in the treatment of soft tissue injuries 1+ | Moore RA, Tramer MR, Carroll D, Wiffen PJ, McQuay HJ. Quantitative systematic review of topically applied non-steroidal anti-infl ammatory drugs. British Medical Journal 1998;316(7128):333-338. | Sheena Derry, Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain in adults, Cochrane Database Syst Rev. Author manuscript; available in PMC 2014 September 10. | P: meniscus letsel, I: topische NSAID, C: geen behandeling, O: outcome |
| | 1) The non-operative management of meniscal injuries is preferred for the treatment of clinically stable meniscal tears where there is potential for healing and symptoms are mild; however, this decision may need to be modified for people whose occupations demand a stable knee and the time frame required for repair is not appropriate | / | 4 | McCarty EC, Marx RG, Wickiewicz TL. Meniscal tears in the athlete. Operative and nonoperative treatment. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America. 2000;11(4):867-2000. | Mezhov et al, Review: Meniscal pathology - the evidence for treatment, Arthritis Research & Therapy 2014 2014, 16:206. | P: meniscus letsel, I: chirurgische ingreep, C: geen chirurgische ingreep, O: outcome |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Klinische vraag 3: Wanneer moet je als huisarts doorverwijzen naar de tweedelijn? | | | | | | |
| | 2) A trial of rehabilitation for 6- 8 weeks is appropriate for people with a suspected meniscal tear in the absence of locking due to meniscal entrapment. If symptoms persist, then referral to a specialist is required to evaluate the need for surgical management. | / | 4 | nee | Unity's Clinical Quality Improvement Committee on May 18, 2007, Adult and Adolescent Knee Pain Guidelines – 2007 | P: meniscusletsel, I: doorverwijzen, I: geen doorverwijzing, O: outcome |

A The recommendation is supported by good evidence
B The recommendation is supported by fair evidence
C The recommendation is supported by expert opinion only, b
I No recommendation can be made because the evidence is i

1++ High quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias
1+ Well conducted meta-analysis, systematic reviews of RCTs or RCTs with a low risk of bias
1- Well conducted meta-analysis, systematic reviews of RCTs or RCTs with a high risk of bias
2++ High quality systematic review or case-control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal.
2+ Well conducted case-control of cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal.
2- Case-control or cohort studies with a high risk of confounding or bias and a signifi cant risk that the relationship is not causal
3 Non-analytic studies, eg, case reports, case series
4 Expert Opinion eg, narrative reviews.

| | Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op samenhang | | | | Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Bijkomende opmerkingen? | Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag? | Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten? | Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling? | Opmerkingen? | Is de aanbeveling toepasbaar in de Belgische zorgcontext ? | Zo niet, waarom? |
| de eerste 2-3dagen RICE toepassen, hoe?? | ja, | nee, graad van evidentie werd niet vermeld, korte uitleg over hoe lang rust en ijs moet toegepast worden, Rest and ice, 15-20 minutes every 3-4 hours for the first 24-48 hours (bij traumatische meniscusletsels) | nee | weinig bronnen vermeld, samengesteld door samenwerking van artsen uit verschillende specialismen, er wordt een verschil gemaakt tussen traumatische en niet-traumatische meniscusletsels | ja | |
| / | ja, verschillende studies vermeld, graad van evidentie is bekend | ja, Haapala et al, studie toont het effect van remobilisatie na immobilisatie, level of evidence 4, (Case series)<br>ja, Jurvelin et al, studie toont het effect van remobilisatie na immobilisatie bij patienten die een debridement kregen, level of evidence 4, (Case series)<br>ja, Rodrigo et al, studie toont het effect van passieve bewegingen 6-8uur per dag gedurende 8 weken dmv een machine, level of evidence 3, (Case controlled studies or retrospective studies)<br>ja, Kelln et al, fietsproef voor actieve ROM na partiele meniscectomie, level of evidence 2, (Evidence obtained from lesser-quality diagnostic studies, prospective studies, or, randomized controlled trials (eg, weaker diagnostic criteria and reference standards, improper randomization, no blinding, <80% follow-up)<br>ja, Shelbourne et al, effect van revalidatie direct na meniscus herstel werd onderzocht, level of evidence 4 (case series) | graad van evidentie B, Clinicians may utilize early progressive knee motion following knee meniscal and articular cartilage surgery | onderzoek bij patienten die heelkundig werden behandeld, kan dit geëxtrapoleerd worden naar de eerstelijn?? | nee | verschillende patientenpopulatie |
| voor hoelang?? | ja, case studie, 21jarige man kreeg 3 behandelingen van 15-20 minuten | ja, In this patient, 3 treatments of therapeutic ultrasound facilitated a return to function critical to his mobility. This is ordinarily considered to be a short-duration treatment for such rapid functional gains. | More research in well-designed human studies is necessary to provide empirical evidence that ultrasound is a beneficial modality in the acute phase of injury to the meniscus, as this single case proposes. | graad van evidentie niet bekend | ja | |
| / | ja, 2 studies die tonen dat NMES efficient is | 4 RCT's: die tonen dat elektrische stimulatie nuttig kan zijn bij ACL rehabilitatie, level of evidence 4 (Case series) | ja, grade of evidence B, Moderate evidence, A single high-quality randomized controlled trial or a preponderance of level II studies support | / | nee | tijdrovend??, door wie moet deze uitgevoerd worden??, haalbaar voor elke patient?? |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | systematic review en meta-analyse toont dat elektrische stimulatie de quadriceps versterkt, level of evidence 1 (Evidence obtained from high-quality diagnostic studies, prospective studies, or randomized controlled trials) | the recommendation | | | |
| geen evidentie vermeld<br>Bracing is indicated only if injury is unstable and needs immobilization, or for specific support of an injured structure when the diagnosis has been established (e.g., collateral ligament sprains). Routine use of immobilizers is discouraged because the resulting stiffness and pain delays recovery. | ja | nee | nee | weinig bronnen vermeld, samengesteld door samenwerking van artsen uit verschillende specialismen, er wordt een verschil gemaakt tussen traumatische en niet-traumatische meniscusletsels | ja | |
| / | / | / | / | / | ja | |
| / | / | / | / | / | ja | pijnladder volgens Farmaka eerste keuze paracetamol, tweede keuze NSAID |
| hoelang kan NSAID's gegeven worden | ja | nee | nee | weinig bronnen vermeld, samengesteld door samenwerking van artsen uit verschillende specialismen, er wordt een verschil gemaakt tussen traumatische en niet-traumatische meniscusletsels, aangeraden om NSAID te geven voor pijnstilling, desnoods aanhouden tot 6 tal weken | ja | pijnladder volgens Farmaka eerste keuze paracetamol, tweede keuze NSAID |
| | ja | ja, review artikel, patienten met degeneratieve mediale meniscuslijden werden behandeld met NSAID gedurende 8-12 weken, en opgevolgd op 6 maanden-12 maanden, op korte termijn werd er een goede pijncontrole gezien | nee | geen evidentie vermeld, studie bij degeneratieve meniscuslijden | ja/nee | ook toepasbaar bij traumatische meniscuslijden? |
| hoe lang behandelen?, bij wie? | ja | ja, review artikel, bevat verschillende studies waarbij topische NSAID vergeleken worden met orale NSAID bij patienten met chronische musculoskeletale pijn, de pijncontrole is vergelijkbaar | nee, geen evidentie vermeld in het artikel | geen studie gevonden die specifiek over meniscusletsels gaan, aangeraden om 8 tot 12 weken topische behandeling voort te zetten voor een effect, gebaseerd op verschillende studies en wetenschappelijke artikels | ja/nee | studie uitgevoerd bij patienten met chronische pijn, vooral met osteoartrose, kan dit toegepast worden bij meniscusletsels?? |
| bevat verschillende studies waarbij operatieve behandeling werd vergeleken met verschillende conservatieve mogelijkheden | ja | ja, Herrlin and colleagues, 2007, Both groups reported decreased knee pain, improved function and high satisfaction. No between-group differences, 2 groepen: één met partiele meniscectomie en spieroefeningen, één alleen spieroefeningen | ja, APM (partiele meniscectomie) + exercise not superior to exercise alone, geen graad van evidentie vermeld | follow up van 60 maanden, bij patienten met pijnlijke mediale meniscus en artrose op RX | ja | |
| | | ja, Beidert, 2000, 2 groepen: één met partiele meniscectomie, en één met fysiotherapie en NSAID, men kijkt naar de IKDC score (wordt gebruikt om de de symptomen, mogelijkheid tot sporten en beperkingen in het dagelijkse leven te evalueren | ja, APM superior to conservative therapy, geen graad van evidentie vermeld | follow up van 26 maanden bij mediale meniscuslijden bij patienten tussen 16-50 jaar | nee | is het haalbaar om een partiele meniscectomie te laten uitvoeren bij iedereen die een meniscusletsel heeft?, kosten voor de maatschappij (consult orthopedie+heelkunde) |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ja, Katz and colleagues 2003, 2 groepen: één met partiele meniscetomie en fysiotherapie, en één met alleen fysiotherapie, evaluatie met WOMAC (instrument voor het evalueren van symptomen, beperkingen in het dagelijkse leven-sport, en mentale toestand | ja, APM + PT (fysiotherapie) not superior to PT for pain reduction, geen graad van evidentie vermeld | follow up van 12 maanden bij symptomatische meniscusletsel bij 50-plussers | ja | |
| andere gevallen waarbij doorvewijzing noodzakelijk is?? | ja | nee | nee | weinig bronnen vermeld, samengesteld door samenwerking van artsen uit verschillende specialismen, er wordt een verschil gemaakt tussen traumatische en niet-traumatische meniscusletsels, graad van evidentie niet vermeld<br>A referral to an orthopedic/sports medicine specialist within one week should be considered when radiographs and/or clinical exam show evidence of:<br>1. Limited range of motion (acutely locked knee)<br>2. Immediate large effusion (suspicious for ACL injury, loose bodies, locked knee, patellar dislocation, osteochondral fractures)<br>An immediate (same day) appointment to an orthopedic specialist should be considered when radiographs show evidence of fractures or osteomyelitis. | ja | |

***Randinformatie Nieuw-Zeeland***

| | Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling | |
|---|---|---|
| | Randinformatie bij de aanbevelingen van de RL Duodecim | Is deze randinformatie van toepassing in de Belgische zorgcontext? |
| Klinische vraag 1: Welke niet-farmacologishe behandelingen kan de huisarts opstarten bij patienten met een meniscusletsel? | 1) RICE en avoid HARM, Rest and ice, 15-20 minutes every 3-4 hours for the first 24-48 hours | ja |
| | 2) physiotherapy is niet aangeraden | ja |
| | 3) Ultrasound, 3 behandelingen van 15-20 minuten | nee |
| | 4) NMES, TNS or biofeedback is niet aangeraden | ja |
| | 5) Brace is niet aangeraden | ja |
| | 6) geen acupuncture, chiropraxie, osteopathie | ja |
| Klinische vraag 2: Welke farmacologische behandeling kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel? | 1) Paracetamol, eerste keuze | ja |
| | 2) NSAIDs, tweede keuze, 8-12 weken | ja |
| | 3) Topische NSAIDs tot 8-12 weken | ja |
| Klinische vraag 3: Wanneer moet je als huisarts doorverwijzen naar de tweedelijn? | 1) conservatief behandelen bij milde symptomen | ja |
| | 2) 6-8 weken conservatief behandelen, indien afwezigheid van blokkage, fractuur, osteomyelitis, patella dislocatie, vermoeden kruisband scheur | ja |

## STAP 4.2 tot 4.5

**Titel van de geselecteerde guideline: Traumatische knieproblemen (NHG)**

**Beoogde eindgebruikers van deze richtlijn:**

| | **Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling** | | | **Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op courantheid** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd) | Grade of recommendation vermeld in de bronguideline | Niveau van evidentie vermeld in de bronguideline | Is alle belangrijke evidence geciteerd in de richtlijn? (Vermeld kort dewelke) | Zo niet, welke recente referenties (systematische reviews, RCT,…) zouden bij eventuele adaptatie in aanmerking moeten genomen worden? | Welke PICO-elementen heb je gebruikt voor je zoektocht? |
| Klinische vraag 1: Welke niet-farmacologishe behandelingen kan de huisarts opstarten bij patienten met een meniscusletsel? | Adviseer rust en eventueel gebruik van elleboogskrukken, adviseer zodra de pijn toelaat de knie te buigen, te strekken en te belasten. De belasting mag opgevoerd worden als de pijn en de zwelling vermindert. | / | / | nee | / | P: meniscus letsel, I: rust, C: geen rust, O: outcome |
| | Geef quadricepsoefeningen ter voorkoming van spieratrofie de musculus quadriceps regelmatig aan te spannen. Als voorbeeld van een quadricepsoefening kan de huisarts de volgende instructie geven: houd in zittende houding het been gedurende tien seconden gestrekt boven de grond. Herhaal dit tien maal achter elkaar met pauzes van tien seconden en doe deze oefening drie tot vier maal per dag. | / | / | noot 27 | / | P: meniscus letsel, I: quadricepsoefeningen, C: geen quadricepsoefeningen, O: outcome |
| | Fysiotherapie zou de spierkracht en de coordinatie van de kniefunctie verbeteren, hoewel er geen uitspraak over de toegevoegde waarde van fysiotherapie gekend is. | / | / | noot 29, Beckerman 1993, Zatterstrom 1998, Trees 2005 | David S. Logerstedt, Knee Pain and Mobility Impairments: Meniscal and Articular Cartilage Lesions, Orthop Sports Phys Ther. 2010 June ; 40(6): A1–A35. | P: meniscus letsel, I: fysiotherapie, C: geen fysiotherapie, O: outcome |
| | Ijsapplicatie zou de pijn verminderen maar geen evidentie hierover. | / | / | noot 28 | Unity's Clinical Quality Improvement Committee on May 18, 2007, Adult and Adolescent Knee Pain Guidelines – 2007 | P: meniscus letsel, I: ijs, C: geen ijs, O: outcome |
| Klinische vraag 2: Welke farmacologische behandeling kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel? | Adviseer als eerste keuze inname van paracetamol voor 2weken, wegens breed veiligheidsprofiel. | / | / | nee | / | P: meniscus letsel, I: paracetamol, C: geen paracetamol, O: outcome |
| | Geef als tweede keus, of bij onvoldoende resultaat, ibuprofen, diclofenac of naproxen. Deze behandeling kan zonodig met één tot twee weken worden verlengd. | / | / | nee | / | P: meniscus letsel, I: NSAID, C: geen NSAID, O: outcome |
| | Er is geen indicatie voor thromboprofylaxe. | / | / | noot 30, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2008, CBO-richtlijn Diagnostiek, Preventie en Behandeling van Veneuze Trombo-embolie en Secundaire Preventie Arteriële Trombose | / | P: meniscus letsel, I: thromboprofylaxie, C: geen thromboprofylaxie, O: outcome |
| Klinische vraag 3: Wanneer moet je als huisarts doorverwijzen naar de tweedelijn? | Controleer de patiënt bij een vermoeden van een meniscusletsel een aantal malen met een interval van één tot twee weken. Geef informatie over de klachten, belastbaarheid en activiteiten en herhaal het lichamelijk onderzoek. Een gunstig beloop kenmerkt zich door een afname en uiteindelijk verdwijnen van pijn en ballottement, en door een herstel van het dagelijks functioneren, over een verloop van 3maanden tot een jaar. Afhankelijk van de ernst van het letsel kan het herstelproces enkele maanden duren. Een gunstig beloop kenmerkt zich door een afname en uiteindelijk verdwijnen van pijn en ballottement, en door een herstel van het dagelijks functioneren. Afhankelijk van de ernst van het letsel kan het herstelproces enkele maanden duren. | / | / | noot 6, noot 7, noot 31 | / | P: meniscus letsel, I: chirurgische ingreep, C: geen chirurgische ingreep, O: outcome |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Overweeg bij aanhoudende instabiliteitklachten, pijn, beperkingen of ballottement door een mogelijk meniscus- of kruisbandletsel, of (recidiverende) patellaluxatie een verwijzing naar een orthopedisch chirurg voor aanvullende diagnostiek en eventuele behandeling.<br>Verwijs de patiënt direct naar een (orthopedisch) chirurg bij:<br>• een fractuur (of bij het vermoeden van een fractuur voor een röntgenfoto);<br>• een (gereponeerde) patellaluxatie in combinatie met ernstige klachten (niet kunnen belasten van het been, vermoedelijk intra-articulair letsel);<br>• een slotstand | / | / | noot 33 | richtlijn artroscopie van de knie: indicatie en behandeling, Nederlandse Orthopaedische Vereniging, 2010 | P: meniscus letsel, I: doorverwijzen C: geen doorverwijzing, O: outcome |

| | Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op samenhang | | | | Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Bijkomende opmerkingen? | Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag? | Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten? | Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling? | Opmerkingen? | Is de aanbeveling toepasbaar in de Belgische zorgcontext ? | Zo niet, waarom? |
| / | ja | ja | ja | graad van evidentie/aanbeveling niet gekend, toch gebaseerd op wetenschappelijke studies | ja | |
| graad van evidentie/aanbeveling niet gekend, gemakkelijk uit te voeren thuis, kosteloos | / | / | / | / | ja | |
| | ja | ja, Rodrigo et al, studie toont het effect van passieve bewegingen 6-8uur per dag gedurende 8 weken dmv een machine, level of evidence 3, (Case controlled studies or retrospective studies) | ja, graad van evidentie B, Clinicians may utilize early progressive knee motion following knee meniscal and articular cartilage surgery | onderzoek bij patienten die heelkundig werden behandeld, kan dit geëxtrapoleerd worden naar de eerstelijn?? | nee | aangeraden post-op |
| hoe ijs applicatie? | ja | nee, graad van evidentie werd niet vermeld, korte uitleg over hoe lang rust en ijs moet toegepast worden, Rest and ice, 15-20 minutes every 3-4 hours for the first 24-48 hours (bij traumatische meniscusletsels) | nee | weinig bronnen vermeld, samengesteld door samenwerking van artsen uit verschillende specialismen, er wordt een verschil gemaakt tussen traumatische en niet-traumatische meniscusletsels | ja | |
| pijnladder wordt gevolgd, eerste keuze paracetamol, tweede keuze NSAID | / | / | / | / | ja | |
| pijnladder wordt gevolgd, eerste keuze paracetamol, tweede keuze NSAID | / | / | / | / | ja | |
| gezien geen immobilisatie, geen thromboprofylaxie nodig, graad van evidentie/aanbeveling niet gekend | / | / | / | / | ja | |
| graad van evidentie/aanbeveling niet gekend, conservatieve behandeling heeft de voorkeur, er werd aangeraden om de patient regelmatig te zien en te evalueren, in noot 32: Hede 1990, werd er 36 patienten 6 maanden opgevolgd die op de wachtlijst stonden voor een artroscopie, bij 32 patiënten verdwenen of verminderden de klachten tijdens de wachttijd, 22 patiënten ondergingen uiteindelijk artroscopie en 12 hadden een meniscusscheur, waarvan er 2 genezen waren. Omdat een deel van de meniscusletsels spontaan kunnen herstellen en het beloop gunstig lijkt meent de werkgroep dat in eerste instantie een afwachtend beleid gerechtvaardigd is. | / | / | / | / | ja | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| hoe urgent doorverwijzen?? | ja | ja, niveau 4 (Mening van deskundigen) | ja, bij een 'slot'-stand van de knie met als meest waarschijnlijke oorzaak een gescheurde meniscus, is artroscopie binnen 2 weken geïndiceerd. | / | ja | |

***Randinformatie NHG***

| | **Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling** | |
|---|---|---|
| | Randinformatie bij de aanbevelingen van de RL Duodecim | Is deze randinformatie van toepassing in de Belgische zorgcontext? |
| Klinische vraag 1: Welke niet-farmacologishe behandelingen kan de huisarts opstarten bij patienten met een meniscusletsel? | Adviseer rust en eventueel gebruik van elleboogskrukken, adviseer zodra de pijn toelaat de knie te buigen, te strekken en te belasten. De belasting mag opgevoerd worden als de pijn en de zwelling vermindert. Geef quadricepsoefeningen ter voorkoming van spieratrofie. Ijsapplicatie zou de pijn verminderen maar geen evidentie hierover. Fysiotherapie zou de spierkracht en de coordinatie van de kniefunctie verbeteren, hoewel er geen uitspraak over de toegevoegde waarde van fysiotherapie gekend is. | ja |
| Klinische vraag 2: Welke farmacologische behandeling kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel? | Adviseer als eerste keuze inname van paracetamol voor 2weken, wegens breed veiligheidsprofiel. Geef als tweede keus, of bij onvoldoende resultaat, ibuprofen, diclofenac of naproxen. Deze behandeling kan zonodig met één tot twee weken worden verlengd. geen indicatie voor thromboprofylaxe. | ja |
| Klinische vraag 3: Wanneer moet je als huisarts doorverwijzen naar de tweedelijn? | Controleer de patiënt bij een vermoeden van een meniscusletsel een aantal malen met een interval van één tot twee weken. Geef informatie over de klachten, belastbaarheid en activiteiten en herhaal het lichamelijk onderzoek. Een gunstig beloop kenmerkt zich door een afname en uiteindelijk verdwijnen van pijn en ballottement, en door een herstel van het dagelijks functioneren, over een verloop van 3maanden tot een jaar. Afhankelijk van de ernst van het letsel kan het herstelproces enkele maanden duren. Overweeg bij aanhoudende instabiliteitklachten, pijn, beperkingen of ballottement door een mogelijk meniscusletsel, een verwijzing naar een orthopedisch chirurg voor aanvullende diagnostiek en eventuele behandeling. Verwijs de patient direct door in geval van slotstand. | ja |

## STAP 4.2 tot 4.5

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **Titel van de geselecteerde guideline: Knee pain - assessment (NICE)** | | |
| | **Beoogde eindgebruikers van deze richtlijn:** | | |
| | **Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling** | | |
| | Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd) | Grade of recommendation vermeld in de bronguideline | Niveau van evidentie vermeld in de bronguideline |
| Klinische vraag 1: Welke niet-farmacologishe behandelingen kan de huisarts opstarten bij patienten met een meniscusletsel? | / | / | / |
| Klinische vraag 2: Welke farmacologische behandeling kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel? | / | / | / |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Klinische vraag 3: Wanneer moet je als huisarts doorverwijzen naar de tweedelijn? | • Admit or refer the person immediately to the Accident and Emergency department or a hospital ward:<br>◦ If a fracture is diagnosed or cannot be excluded.<br>◦ If a combination of injuries is suspected because of either: significant severe swelling, usually of rapid onset, or One or more clinical tests of ligament or meniscal injury/laxity being positive.<br>◦ If there is any evidence of neurovascular damage (including loss of sensation or weakness in the lower leg or foot, absence or asymmetry of pedal pulses, compartment syndrome, or deep vein thrombosis).<br>◦ If quadriceps or patellar tendon rupture is diagnosed or suspected.<br>◦ If the person has a known bleeding disorders or is taking anticoagulant medication.<br>◦ If first-time traumatic patellar dislocation is diagnosed or suspected.<br>◦ If septic arthritis is suspected.<br>◦ If there is uncertainty about the diagnosis.<br>• Refer the person urgently to an orthopaedic surgeon:<br>◦ If a tumour is suspected.<br>◦ If an injury to the anterior cruciate ligament or posterior cruciate ligament is suspected.<br>◦ If an injury to the posterolateral complex is suspected.<br>◦ If a meniscal injury is suspected, and the person has locking of the knee.<br>• Refer a person routinely to an orthopaedic surgeon:<br>◦ If a meniscal injury is suspected, and symptoms interfere with the ability to work or persist despite 6–8 weeks of rehabilitation by a physiotherapist.<br>◦ If a medial or lateral collateral ligament injury is suspected, and symptoms interfere with the ability to work or persist despite 4–6 weeks of rehabilitation by a physiotherapist. | / | / |

| Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op courantheid | | | |
|---|---|---|---|
| Is alle belangrijke evidence geciteerd in de richtlijn? (Vermeld kort dewelke) | Zo niet, welke recente referenties (systematische reviews, RCT,…) zouden bij eventuele adaptatie in aanmerking moeten genomen worden? | Welke PICO-elementen heb je gebruikt voor je zoektocht? | Bijkomende opmerkingen? |
| nee, richtlijn bevat geen informatie over de de niet farmacologische behandeling van meniscuspathologie | / | / | / |
| nee, richtlijn bevat geen informatie over de de niet farmacologische behandeling van meniscuspathologie | / | / | / |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nee | Unity's Clinical Quality Improvement Committee on May 18, 2007, Adult and Adolescent Knee Pain Guidelines – 2007 | P: meniscus letsel, I: doorverwijzen, C: geen doorverwijzing, O: outcome | graad van evidentie niet vermeld<br>A referral to an orthopedic/sports medicine specialist within one week should be considered when radiographs and/or clinical exam show evidence of:<br>1. Limited range of motion (acutely locked knee)<br>2. Immediate large effusion (suspicious for ACL injury, loose bodies, locked knee, patellar dislocation, osteochondral fractures)<br>An immediate (same day) appointment to an orthopedic specialist should be considered when radiographs show evidence of fractures or osteomyelitis. |

| Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op samenhang | | | | Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid | |
|---|---|---|---|---|---|
| Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag? | Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten? | Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling? | Opmerkingen? | Is de aanbeveling toepasbaar in de Belgische zorgcontext ? | Zo niet, waarom? |
| / | / | / | / | / | bevat geen relevante informatie |
| / | / | / | / | / | bevat geen relevante informatie |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ja | nee | nee | weinig bronnen vermeld, samengesteld door samenwerking van artsen uit verschillende specialismen, er wordt een verschil gemaakt tussen traumatische en niet-traumatische meniscusletsels | ja | |

***randinformatie NICE***

| | Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling | |
|---|---|---|
| | Randinformatie bij de aanbevelingen van de RL Duodecim | Is deze randinformatie van toepassing in de Belgische zorgcontext? |
| Klinische vraag 1: Welke niet-farmacologishe behandelingen kan de huisarts opstarten bij patienten met een meniscusletsel? | / | / |
| Klinische vraag 2: Welke farmacologische behandeling kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel? | / | / |
| Klinische vraag 3: Wanneer moet je als huisarts doorverwijzen naar de tweedelijn? | Refer the person urgently to an orthopaedic surgeon: If a meniscal injury is suspected, and the person has locking of the knee. Refer a person routinely to an orthopaedic surgeon: If a meniscal injury is suspected, and symptoms interfere with the ability to work or persist despite 6–8 weeks of rehabilitation by a physiotherapist. | ja |

| | | Stap 4.2 inhoud EBM-informatie | |
|---|---|---|---|
| | Welke Belgische bron? | Aanbevelingen/praktijkadviezen uit de Belgische bron | Welke adviezen dienen zeker meegenomen te worden bij adaptatie van de aanbeveling van Duodecim? |
| Klinische vraag 1: Welke niet-farmacologishe behandelingen kan de huisarts opstarten bij patienten met een meniscusletsel? | Farmaka | bij artrosegerelatereerde aandoeningen kan vooral: fysiotherapeutische interventies, oefenprogramma's en manipulatietechnieken, bewegingstherapie, applicatie van koude of warmte, fysische oefeningen en maatregelen, toegepast worden, bij lage rugpijnen heeft relaxerende massage een effect, cognitieve gedragstherapie en gedragstherapie bij chronische pijnen | bepaalde niet farmacologische interventies worden besproken, vooral bij artrose gerelateerde aandoeningen, maar niet specifiek voor meniscusletsels, ook toepasbaar voor meniscusletsels?? |
| Klinische vraag 2: Welke farmacologische behandeling kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel? | Farmaka | pijnladder bij nociceptieve pijn<br>■ trap 1: niet-opioïden: paracetamol is eerste keuze; NSAID's (ibuprofen) zijn tweede keuze<br>■ trap 2: zwakke opioïden samen met niet-opioïden: paracetamol + codeïne<br>■ trap 3: sterke opioïden (al dan niet samen met niet-opioïden): morfine | geen NSAID als eerste stap, maar paracetamol, in de tweede instantie kan NSAID gegeven worden indien onvoldoende pijncontrole |
| Klinische vraag 3: Wanneer moet je als huisarts doorverwijzen naar de tweedelijn? | / | / | / |

## STAP 5 Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie

| | |
|---|---|
| Titel Duodecim richtlijn: | Meniscus tears |
| Internationale richtlijnen en Belgische informatie waarmee werd vergeleken: | 1. NICE: Knee pain assessment<br>2. NHG: Ttraumatische knieroblemen<br>3. Nieuw Zeeland: Diagnosis and management of soft tissue knee injuries |

| | Aanbeveling uit de Duodecim guideline | Aanbeveling adapteren ? ja / neen | Richtlijn/EBM-informatie geselecteerd voor adaptatieproces [Vermeld hier de bronnen/referenties waarmee je rekening hebt gehouden bij je besluit om al dan niet te adapteren.] |
|---|---|---|---|
| Klinische vraag 1: Welke niet-farmacologishe behandelingen kan de huisarts opstarten bij patienten met een meniscusletsel? | Mild symptoms require only follow-up, exercise of the quadriceps muscle | ja, enige vorm van niet-farmacologische behandeling dat wordt aangeraden is quadriceps oefeningen, verder wordt er geen andere alternatieven voorgesteld | **NHG:** rust en eventueel elleboogskrukken, belasting mag opgevoerd worden als de pijn en de zwelling vermindert, quadricepsoefeningen, ijsapplicatie en fysiotherapie (?) |
| | | | **New Zeeland guidelines group**: RICE en avoid HARM, ijsapplicatie gedurende 20 minuten om de 2 uren gedurende 2-3 dagen (evidentie 4) , physiotherapie is niet aangeraden (1++), ultrasound-NMES-TENS of biofeedback is niet aangeraden (evidentie 4), TENS kan aangeraden worden bij acuut trauma waarbij orale analgesie gecontraïndiceerd is (evidentie 1+), brace is niet aangeraden (evidentie 4), geen acupunctuur, chiropraxie of osteopathie (evidentie 1++) |
| Klinische vraag 2: Welke farmacologische behandeling kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel? | NSAIDs for pain relief | ja, er wordt te snel aangeraden om NSAID te geven, welke?, duur en dosissen werden niet aangegeven | **New Zeeland guidelines group:** paracetamol als eerste keuze (evidentie 1+), NSAID's als tweede keuze (evidentie 4), topische NSAIDs (evidentie 1+) |
| | | | **NHG:** als eerste keuze van paracetamol voor 2weken, als tweede keus of bij onvoldoende resultaat ibuprofen, diclofenac of naproxen gedurende 1-2 weken |
| Klinische vraag 3: Wanneer moet je als huisarts doorverwijzen naar de tweedelijn? | If meniscus injury is suspected, the patient should be referred to a specialist if he/she has continuous or recurrent disturbing symptoms | ja, er worden geen alarmsymptomen vernoemd, de situaties waarbij doorverwijzing noodzakelijk zijn, zijn te vaag beschreven, ook wordt er niet aangegeven wanneer de klachten als "aanhoudend" mogen beschouwd worden en hoe urgent de doorverwijzing moet gebeuren | **NICE:** urgente doorverwijzing naar de spoed bij: fractuur, gecombineerd letsel, neurovasculaire schade, patellapeesscheur/quadricepsscheur, bloedingsrisico/anticoagulatie, traumatische patella dislocatie, septische artritis, onzekerheid over diagnose, urgente doorverwijzing naar orthopedie bij: vermoeden van tumor, voorste/achterste kruisbandletsel, letsel van posterolateraal complex, meniscusletsel met geblokkeerde knie, routine doorverwijzing naar orthopedie bij: meniscusletsel met werkonbekwaamheid of aanhoudende klachten gedurende 6-8 weken ondanks fysiotherapie, vermoeden van med/lat collateraal ligament met werkonbekwaamheid en aanhoudende klachten gedurende 4-6 weken ondanks fysiotherapie |
| | | | **New Zeeland guidelines group:** afwachtende houding gedurende 6-8 weken bij een vermoeden van meniscusletsel zonder knie blokkage, doorverwijzing naar een specialist bij aanhoudende klachten (evidentie 4) |
| | | | **NHG**: doorverwijzen naar orthopedie bij: aanhoudende instabiliteitklachten, pijn, beperkingen of ballottement door een mogelijk meniscus- of kruisbandletsel, of (recidiverende) patellaluxatie, urgente doorverwijzing naar orthopedie bij: een fractuur (of bij het vermoeden van een fractuur voor een röntgenfoto); een (gereponeerde) patellaluxatie in combinatie met ernstige klachten (niet kunnen belasten van het been, vermoedelijk intra-articulair letsel); een slotstand |

| BESLUIT | | |
|---|---|---|
| Commentaar - toelichting bij gemaakte keuzes | Geadapteerde aanbeveling | GRADE |
| de richtlijn geeft in verschillende stappen weer hoe de belasting moet gebeuren, instructie over quadricepsoefeningen: houd in zittende houding het been gedurende tien seconden gestrekt boven de grond-herhaal dit tien maal achter elkaar met pauzes van tien seconden en doe deze oefening drie tot vier maal per dag, over ijsapplicatie en fysiotherapie is er geen evidentie bekend, niveau van evidentie is niet bekend | RICE en AVOID HARM de eerste 72 uren. Naargelang de pijn en zwelling vermindert mag de belasting worden opgevoerd. Quadricepsoefeningen worden aangeraden. | 2C |
| conservatieve behandeling wordt stap voor stap uitgelegd, ondanks weinig evidentie over ijsapplicatie wordt het toch aangeraden de eerste 3 dagen ijs te appliceren voor pijnstilling, TENS wordt alleen aangeraden bij patienten waarbij pijnmedicatie contrageïndiceerd is, evidentie is bekend in de richtlijn, komt overeen met de NHG standaard | | |
| de aanbeveling komt overeen met de pijnladder, doch wordt er niet aangegeven hoe lang de behandeling mag worden voortgezet, topische NSAID kunnen gebruikt worden bij acute sportongevallen, evidentie is bekend in de richtlijn | Geef paracetamol als pijnstiller gedurende 2 weken. Indien onvoldoende, geef NSAID zoals ibuprofen, diclofenac of naproxen voor 1-2 weken. Topische NSAID bij acuut trauma. | 1C - 1C - 1B |
| de aanbeveling komt overeen met de pijnladder, ook de duur van de behandeling wordt duidelijk aangegeven, evidentie is niet bekend | | |
| duodecim richtlijn was te vaag, NICE richtlijn geeft duidelijk aan in welke situaties er moet doorverwezen worden aldanniet urgent/niet-urgent, hoewel de richtlijn geen behandelingsmogelijkheden geeft, wordt er wel aangeraden om na 6-8 weken fysiotherapie door te verwijzen bij aanhoudende klachten, doch werd er hierover geen uitspraak over gedaan, evidenties zijn niet aangegeven, komt ook overeen met de richtlijn uit Nieuw Zeeland | Milde symptomen kunnen 6-8 weken, conservatief behandeld worden. Bij aanhoudende klachten, de patient doorverwijzen naar een orthopedist. | 2C |
| in de duodecim richtlijn was de duur van conservatieve behandeling niet te vinden, de richtlijn uit Nieuw Zeeland geeft duidelijk een periode weer waarbij een afwachtende houding wordt aangeraden, evidentie is bekend, komt ook overeen met de NICE richtlijn | | |
| NHG geeft duidelijk weer wanneer men moet doorverwijzen, in welke gevallen urgent en in welke gevallen ambulant,deze komt ook overeen met de NICE richtlijn, behalve bij fractuur, bij NICE wordt aangeraden om bij een fractuur naar de spoedgevallendienst te verwijzen, doch wordt er niet aangegeven vanaf wanneer de klachten als "aanhoudend" mogen worden beschouwd, evidentie is niet bekend | Verwijs naar de tweedelijn bij een vermoeden van een fractuur, neurovasculaire schade, patellapeesruptuur, quadricepsscheur, patelladislocatie, gecombineerd letsel, septische artritis, bloedingsrisico, een vermoeden van een tumor, voorste/achterste kruisbandletsel en bij een meniscusletsel met knieblokkage. | 2C |

## STAP 7 Adaptatiefase (fase 2)

| | Oorspronkelijke aanbeveling uit de Duodecim guideline | Nieuwe (al dan niet) geadapteerde aanbeveling | Vermelden de weerhouden richtlijnen het niveau van bewijskracht (level of evidence) van de aanbeveling? Ja/Nee? Zo ja, welk (hoog, laag, matig)? *Indien niveau beschikbaar, ga rechtstreeks naar kolom H* | Zo niet, welke studies onderbouwen de aanbeveling? |
|---|---|---|---|---|
| Klinische vraag 1: Welke niet-farmacologishe behandelingen kan de huisarts opstarten bij patienten met een meniscusletsel? | Mild symptoms require only follow-up, exercise of the quadriceps muscle | RICE en AVOID HARM de eerste 72 uren. Belasting opvoeren naargelang de pijn en zwelling vermindert. Quadricepsoefeningen worden aangeraden. | ja, laag, expert opinion, geen onderbouwde studies voor handen | / |
| Klinische vraag 2: Welke farmacologische behandeling kan de huisarts opstarten bij patiënten met een meniscusletsel? | NSAIDs for pain relief | Geef paracetamol als pijnstiller gedurende 2 weken. Indien onvoldoende, geef NSAID zoals ibuprofen, diclofenac of naproxen voor 1-2 weken. Topische NSAID bij acuut trauma. | ja, hoog | / |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Klinische vraag 3: Wanneer moet je als huisarts doorverwijzen naar de tweedelijn? | If meniscus injury is suspected, the patient should be referred to a specialist if he/she has continuous or recurrent disturbing symptoms | Milde symptomen kunnen 6-8 weken conservatief behandeld worden. Bij aanhoudende klachten, de patient doorverwijzen naar een orthopedist. | ja, hoog | / |
| | | Verwijs naar de tweedelijn bij een vermoeden van een fractuur, neurovasculaire schade, patellapeesruptuur, quadricepsscheur, patelladislocatie, gecombineerd letsel, septische artritis, bloedingsrisico, een vermoeden van een tumor, voorste/achterste kruisbandletsel en bij een meniscusletsel met knieblokkage. | nee | Unity's Clinical Quality Improvement Committee on May 18, 2007, Adult and Adolescent Knee Pain Guidelines – 2007 |
| | | | | richtlijn artroscopie van de knie: indicatie en behandeling, Nederlandse Orthopaedische Vereniging, 2010 |

Niveau - Conclusie gebaseerd op
1 Onderzoek van niveau A1 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2 (Het is aangetoond dat…)
2 1 onderzoek van niveau A2 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B (Het is aannemelijk dat…)
3 1 onderzoek van niveau B of C
(Er zijn aanwijzingen dat…)
4 Mening van deskundigen
(De werkgroep is van mening dat…)

| Zeg iets over de kwaliteit van het bewijs van deze studies, meer bepaald:<br>- zijn er beperkingen in studiedesign (risico op bias)?<br>- zijn de resultaten inconsistent?<br>- betreft het een indirect bewijs?<br>- zijn de resultaten onnauwkeurig? (o.a. brede BI)<br>- is er vermoeden van publicatiebias?<br>- is het gemeten effect groot of klein?<br>- is er een rechtstreeks verband tussen interventie en respons? | Rekening houdend met de antwoorden op voorgaande vragen, wat is je algemeen oordeel over de kwaliteit van bewijs? (hoog=A, matig=B, laag=C) | Balans tussen voor- en nadelen van de aanbeveling:<br>- is onzeker?<br>- is in evenwicht?<br>- de voordelen overtreffen de nadelen?<br>*(hoe meer de voordelen de nadelen overtreffen, hoe sterker de aanbeveling* ) | Waarden en voorkeuren van de doelgroep (patiëntenpopulatie) zijn onzeker of verschillend?<br>*(hoe kleiner de verschillen, hoe sterker de aanbeveling)* |
|---|---|---|---|
| / | / | voordelen overtreffen de nadelen: bij zwelling en pijn wordt er aangeraden om de eerste 72u ijs te appliceren, voor pijnstilling en ontzwelling, deze is gemakkelijk uit te voeren, 3/ keer gedurende 15tal minuten, doch is er een lage niveau van evidentie aangezien het gebaseerd is op expert opinion, quadricepsoefeningen kunnen door de patient thuis uitgevoerd worden, het is kosteloos, geen hulpverlening hiervoor nodig | geen verschil, bij elke patient rust, ijs, quadricepsoefeningen aanbevelen |
| / | / | voordelen overtreffen de nadelen: dit schema is gemakkelijk om te volgen, eerst begint men met het meest veilige, dan schakelt men over naar een NSAID bij onvoldoende pijncontrole, geschikt voor de eerste lijn, nadeel is dat deze aanbeveling alleen maar een symptomatische behandeling voorstelt en geen curatieve | bij jonge mensen zal men sneller overgaan naar een NSAID, terwijl bij ouderen en bij comorbiditeit eerder het zal houden bij paracetamol |

| | | | |
|---|---|---|---|
| / | / | voordelen overtreffen de nadelen: patient wordt in de eerste instantie conservatief behandeld voor 6-8 weken, dit kan lang lijken voor de patient, lange arbeidsongeschiktheid, maar voor de maatschappij zal dat goedkoper uitkomen, het letsel zal spontaan genezen, geen operatie/geen consult bij de orthopedist | duur van de conservatieve behandeling is verschillend van persoon tot persoon, het is moeilijk om te voorspellen hoe lang het herstel zal duren, ook het beroep van de patient zal hierop een invloed hebben |
| richtlijn samengesteld door reumatologen en orthopedisten, geen studies vermeld, geen evidentie vermeld, gebaseerd op expert opinion??<br><br>niveau 3 van evidentie: Er zijn aanwijzingen dat bij een acuut kniebandletsel met hemartrose in meer dan de helft van de gevallen één of meer banden geruptureerd zijn.<br>B Laprade, 2007<br><br>Er zijn aanwijzingen dat vroege (< 3 weken) chirurgische behandeling van knieletsels, waarbij meerdere banden geruptureerd zijn, een beter herstel geeft dan niet-chirurgische of uitgestelde chirurgische behandeling. C Levy, 2009 (systematische review van studies met bewijsniveau C) | C | voordelen overtreffen de nadelen: situaties die niet in de eerste lijn kunnen worden behandeld, moeten doorverwezen worden naar de tweede lijn, voordeel is dat je de patient doorverwijst en de verdere behandeling wordt door de specialist ingesteld, nadeel is dat er hiervoor best een doorverwijsbrief wordt opgemaakt met de bevindingen van het klinisch onderzoek, het moet voor de patient praktisch haalbaar zijn om naar het ziekenhuis te kunnen rijden, de vraag is: wat moet de huisarts doen bij twijfelgevallen?? conservatief behandelen / doorverwijzen?? | geen verschil tussen de patienten, elk patient met alarmtekens moet doorverwezen worden voor verder nazicht |

| De aanbevolen interventie is kosteneffectief? *(hoe lager de kosten, hoe sterker de aanbeveling)* | Is de aanbevolen interventie toepasbaar in de Belgische (huisarts)praktijk? | **GRADE** |
|---|---|---|
| ja | ja | 2C |
| ja | ja | 1C - 1C - 1B |

| | | |
|---|---|---|
| ja | ja | 2C |
| ja | ja | 2C |