Universiteit Antwerpen

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

Masterthesis Manama huisartsgeneeskunde:

“Diagnostiek van Trochanter pijn syndroom” Adaptatie Duodecim richtlijn aan Belgische context

Agne Paskeviciute

Promotor: Prof. Dr. P. Van Royen, Universiteit Antwerpen

Universiteit Antwerpen, 2014-2016

Inhoudstafel

INHOUDSTAFEL 3

ABSTRACT 5

INLEIDING 7

Trochanterpijn pathologie en epidemiologie 7

Duodecim en EBMPracticeNet databanken 7

Doel van thesisonderzoek 8

METHODOLOGIE 9

A. Screeningsfase 9

B. Adaptatie fase 16

C. Implementatiefase 16

RESULTATEN 25

Definitieve Richtlijn: Diagnostiek Trochanter Pijn Syndroom 25

E-learning module 28

DISCUSSIE 39

REFERENTIES 40

LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN 42

BIJLAGEN 43

Abstract

Inleiding: Trochanter pijnsyndroom (GTPS) is een frequent voorkomende pathologie in de eerstelijn. De huidige richtlijn voor huisartsen is echter afkomstig van het Duodecim project en kreeg een opmerking van de EBMPracticeNet redactie. Het was nodig om de bestaande richtlijn te evalueren en indien nodig aan te passen aan de Belgische context. Het doel was dus een aangepaste richtlijn te formuleren en meer specifiek dieper in te gaan op de volgende klinische vragen: "Bij welke symptomen denkt men aan trochanterpijn syndroom?" en "Welk klinisch onderzoek doen vermoeden van trochanterpijn syndroom diagnose?"

Methodologie: Volgens het draaiboek van EBMPracticeNet, dat specifiek werd opgesteld ter adaptatie van Duodecim richtlijn, werd systematisch andere richtlijnen en literatuur opgezocht en beoordeeld. De gevonden richtlijnen werden geëvalueerd met de AGREE II methode. Weerhouden stellingen die passen bij GTPS kregen een GRADE score en werden geëvalueerd via peer-review door huisartsen in België. In het kader van de herwerking van de richtlijn rond trochanter pijnsyndroom en de evaluatie ervan, werd een online opleidingsmodule ontwikkeld die beschikbaar gemaakt werd voor andere huisartsen.

Resultaten: Voor anamnese bij GTPS werden drie specifieke kernboodschappen in de richtlijn duidelijk geformuleerd: 1. Pijn straalt uit van het trochanter major gebied naar proximaal en lateraal aspect van de dij. 2. Pijn komt voor aan de aangedane zijde bij fysieke belasting "bv. wandelen, trappenlopen". 3. Pijn bij het slapen op de aangetaste zijde. Voor klinisch onderzoek worden vijf kernboodschappen duidelijk geformuleerd: 1. Pijn treedt op bij palpatie van trochanter major gebied. 2. Passieve extreme adductie van de heup is pijnlijk. 3. Endorotatie tegen weerstand produceert pijn lateraal in de heup. 4. Exorotatie tegen weerstand produceert pijn lateraal in de heup. 5. Actieve abductie tegen weerstand produceert pijn aan de aangedane zijde van de heup.

Conclusie: Deze aangepaste richtlijn is een bruikbaar instrument die huisartsen kan helpen om een diagnose van GTPS vast te stellen. Tijdens het literatuur onderzoek bleek dat er nog nood is aan verder onderzoek omtrent diagnostiek van deze pathologie.

Inleiding

Het onderwerp betreffende deze Manama-thesis in de huisarts geneeskunde handelt over trochanterpijn syndroom.

Trochanterpijn pathologie en epidemiologie

Trochanterpijn (Greater Trochanter Pain Syndrome, GTPS) is een van de meest voorkomende oorzaken van laterale heup pijn bij volwassenen (Fearon et al., 2013; Segal et al., 2007) waarbij unilaterale aandoeningen een globale prevalentie hebben van ongeveer 15% bij vrouwen en ongeveer 7% bij mannen (Segal et al., 2007). Een Nederlandse studie toonde een incidentie aan van bijna 2 patiënten per 1000 per jaar in de eerstelijns zorg. Opvolging van de patiënten na één jaar toonden aan dat 76% nog steeds last hadden van GTPS. In het beste geval waarbij een cohort van genezen patiënten werden opgevolgd bleek dat één jaar na diagnose van GTPS 36% van de patiënten nog steeds lijden aan de aandoening en tot 29% na 5 jaar (Lievense et al., 2005). Belangrijke risico factoren voor het ontwikkelen van GTPS zijn: vrouwelijk geslacht, hogere leeftijd, artritis aan knie of heup, lage rugpijn, fibromyalgie, obesitas (Williams and Cohen, 2009). Bij jongere personen hebben vooral zij die frequent lopen een verhoogd risico op GTPS (Strauss et al., 2010).

GTPS wordt gekarakteriseerd als een tendinopathie van de gluteus medius en minimus oftewel als een ontsteking van de regionale bursae, alhoewel deze laatste minder voorkomend is. De belangrijkste kenmerken van GTPS bestaan uit een chronische intermitterende pijn rond de trochanter major soms uitstralend naar de heup en de dij en toenemend met fysieke activiteit.

De diagnostiek van GTPS is echter moeilijk vanwege de gelimiteerde validiteit van de mogelijke klinische tests (Woodley et al., 2008). Een positieve test voor Trendelenburg, passieve heup rotatie en heup abductie tegen weerstand zijn indicatoren voor tendinopathie alhoewel ze een lage sensitiviteit en specificiteit hebben (Bird et al., 2001; Lequesne et al., 2008; Segal et al., 2007). Daarom wordt meer en meer gebruikt gemaakt van beeldvorming als een hulpmiddel voor het lokaliseren van de oorzaak van de pijn en de onderliggende pathologie van GTPS (Fearon et al., 2013; Klauser et al., 2013).

GTPS is een zelflimiterende aandoening en wordt meestal conservatief behandeld in de eerstelijn door te rusten, ijsapplicatie, pijn en anti-inflammatoire medicatie. Indien deze behandelingen niet voldoende blijken kan worden overgegaan op lokale corticosteroïde injecties (Rompe et al., 2009) en kinesitherapie.

Duodecim en EBMPracticeNet databanken

Duodecim is een Finse organisatie die Evidence Based Medicine (EBM) richtlijnen voor de eerstelijnszorg ontwerpt (EBMG database). Deze database omvat een 1000-tal eerstelijnsrichtlijnen en meer dan ondersteunende 4000 referenties en samenvattingen gerangschikt op basis van kwaliteit. Deze database wordt continu aangepast, is online beschikbaar en is vertaald naar onder andere het Engels en het Nederlands. De richtlijnen zijn tevens zo ontworpen dat het de arts gemakkelijk maakt om beslissingen te nemen in bepaalde punten betreffende diagnose of behandeling, opgesteld door meer dan

2000 Finse medische experten. De Duodecim richtlijnen zijn ook formeel geaccrediteerd door de Britse National Health Service (NHS).

EBMPracticeNet is een gelijkaardige elektronische databank van evidence-based praktijkrichtlijnen voor de zorgverleners die nauw samenwerkt met de Finse huisartsen organisatie Duodecim. Hierin worden de richtlijnen opgenomen die in België opgesteld werden, alsook buitenlandse, internationaal geaccrediteerde richtlijnen. Buitenlandse richtlijnen dienen echter stapsgewijs aangepast te worden aan de Belgische zorgcontext. Met behulp van de GRADE-classificatie wordt de sterkte en dus ook de zwakte van een aanbeveling aangeduid (Schunemann et al., 2003). Sterke aanbevelingen worden getypeerd door voordelen die duidelijk de risico's of nadelen overtreffen. Wanneer dit niet het geval is, spreekt men van zwakke aanbevelingen. Daarnaast geeft GRADE ook weer op welke mate van bewijskracht de aanbevelingen steunt. Daarin wordt de kwaliteit van de achterliggende studies geëvalueerd, bijvoorbeeld gerandomiseerde gecontroleerde studies worden hoger ingeschat als case reports. Bij een laag niveau van bewijskracht wordt er verwacht dat verder onderzoek een belangrijke invloed kan hebben op de formulering van de aanbeveling.

Ondanks de samenwerken tussen EBMPracticeNet en Duodecim, krijgen de richtlijnen van laatstgenoemde het statuut van "buitenlandse richtlijn" en dienen dus aangepast aan de Belgische zorgcontext.

Doel van thesisonderzoek

De richtlijn rond GTPS van Duodecim (Duodecim, 2013) kreeg een opmerking van de EBMPracticeNet redactie wat betreft kwaliteit van de inhoud, consistentie en toepasbaarheid binnen de Belgische context. Dit thesisonderzoek dient om de anamnese en klinisch onderzoek van GTPS uit de Duodecim richtlijn te herzien en indien nodig, te herschrijven.

Methodologie

De onderzoeksmethode werd opgedeeld in 3 grote fasen: een Screeningsfase (A), een Adaptatiefase (B) en een Implementatiefase (C).

In de screeningsfase werden eerst 2 relevante klinische vragen geïdentificeerd en de PIPOH-elementen bepaald binnen de diagnostiek van GTPS. Daarna werd een systemische onderzoek uitgevoerd naar relevante internationale richtlijnen, Belgische EBM-informatie en recente peer-reviewed onderzoekartikels. Op de bekomen richtlijnen werd een ruwe selectie gemaakt op basis van de bepaalde in- en exclusiecriteria waarna de gevonden richtlijnen gescreend werden voor relevante informatie. De bekomen richtlijnen werden geëvalueerd met AGREE II en vervolgens gewaardeerd voor courantheid, samenhang en toepasbaarheid.

Tijdens de adaptatie fase werden de aanbevelingen uit de Duodecim richtlijn vergeleken met de weerhouden aanbevelingen uit de screeningsfase. Aan elke aanbeveling werd een GRADE score toegekend. GRADE is een instrument om aanbevelingen te evalueren op basis van de kwaliteit van de geleverde bewijskracht alsook de sterkte of graad van de aanbeveling. Bij eventuele discrepanties tussen de Duodecim en de gevonden aanbevelingen wordt de GRADE score gebruikt als een hulpmiddel voor het al dan niet aanpassen van de Duodecim richtlijn.

Tijdens de laatste implementatie fase wordt de nieuwe richtlijn onderworpen aan peer-review en nadien toegepast binnen de huisartspraktijk.

A. Screeningsfase

1. Definiëren van klinische vragen

Twee specifieke klinische vragen werden geformuleerd en handelden rond de thema's anamnestische vragen en klinisch onderzoek bij GTPS:

> **1**. Bij welke klachten/symptomen denkt men aan trochanterpijn syndroom?
>
> **2.** Welk klinisch onderzoek/welke testen doen vermoeden van diagnose trochanterpijn syndroom diagnose ?

Andere klinische vragen waren eerder achtergrond vragen en minder relevant, waardoor ze niet verder werden meegenomen in de adaptatieproces van Duodecim-richtlijn. Deze klinische vragen waren:

- Wat is de incidentie en prevalentie van het trochanterpijn syndroom in de algemene bevolking?
- Wat zijn mogelijke oorzaken of predisponerende factoren voor het ontstaan van trochanterpijn in de algemene bevolking?
- Met welke differentiaal diagnoses moet de huisarts rekening houden?
- Wanneer moet je in de eerstelijn iemand met trochanterpijn syndroom doorverwijzen?

Tijdens het definiëren van de klinische vragen werd voor elke vraag ook de PIPOH-elementen bepaald. De bedoeling van PIPOH elementen was om de klinische vragen zo concreet en kort mogelijk op te stellen.

Tabel 1: PIPOH-elementen als basis voor de klinische vragen

PIPOH-elementen	Klinische vraag 1	Klinische vraag 2
Patient population	Patiënten met pijn thv bovenbeen	Patiënten met pijn thv bovenbeen
Intervention	Symptomen	Klinisch onderzoek
Professionals	Huisarts	Huisarts
Outcomes	Diagnose trochanterpijn syndroom	Diagnose trochanterpijn syndroom
Healtcare Setting	Eerste lijn	Eerste lijn

Verder werd in dit proces ook rekening gehouden met de inclusiecriteria (individuen ouder dan 18 jaar) en exclusiecriteria (individuen jonger dan 18 jaar, publicatiedatum van 5 jaar of ouder, andere taal dan Engels of Nederlands). Alle verzamelde gegevens werden goed genoteerd in een data-matrix.

2. Zoeken naar relevante richtlijnen

Een systematische zoektocht voor relevante medische literatuur werd verder uitgevoerd op basis van specifieke zoektermen: “hip pain” OR “bursitis” OR “trochanter” OR “trochanteric bursitis” OR “trochanteric pain”.

Volgende databases werden geraadpleegd: G-I-N, NGC, NHS, Trip database, KCE, HGR, Minerva, Farmaka, Riziv, BCFI, FOD volksgezondheid en Artsennet. Deze zoektocht leverde 656 referenties op waarvan er 5 werden geselecteerd op basis van relevantie. Alle gevonden data is recent tot 01/02/2015. Tijdens deze procedure werden alle resultaten en beslissingen genoteerd in de data-matrix.

3. Screenen van gevonden richtlijnen

De 5 geselecteerde referenties werden verder uitgebreid nagekeken of deze een antwoord kunnen geven op de klinische vragen. Drie van de 5 geselecteerde richtlijnen werden geëxcludeerd.

Tabel 2: Gevonden richtlijnen

Richtlijntitel/titel Belgische EBM-informatie	Organisatie	Land	Publicatie-jaar	Inclusie	Exclusie	Reden voor exclusie
1. Greater trochanteric pain syndrome (trochanteric bursitis)	NICE	VK	2010	✓		
2. Hip & pelvis (acute & chronic)	ACOEM	VS	2013		✓	Geen info over GTPS
3. Hip and groin disorders	ACOEM	VS	2011	✓		
4. Distal iliotibial band lengthening for refractory greater trochanter pain syndrome	NICE	VK	2011		✓	Onderzoeksmethode niet beschreven. IIde lijns gerelateerd
5. Extracorporeal shockwave therapy for refractory greater thochanteric pain syndrome	NICE	VK	2011		✓	Onderzoeksmethode niet beschreven. IIde lijns gerelateerd
6. Corticosteroïdinfiltraties effectief voor het trochanter major pijnsyndroom?	MINERVA	Ned	2011	✓		

Richtlijn n°2 (Hip & pelvis, acute & chronic, ACOEM 2013) handelt over fracturen zonder specifieke informatie rond GTPS. Richtlijn n°4 (Distal iliotibial band lengthening for refractory greater trochanter pain syndrome, NICE 2011) en n°5 (Extracorporeal shockwave therapy for refractory greater trochanteric pain syndrome, NICE 2011) zijn gespecialiseerd over de 2de lijns behandeling. Alhoewel de richtlijnen wetenschappelijk goed onderbouwd zijn, werd de zoekmethode niet beschreven. Alle criteria tijdens deze selectie werden ook goed genoteerd in de data-matrix.

Uiteindelijk hebben wij gekozen om 2 richtlijnen verder te gebruiken voor de beoordeling met AGREE II instrument. Deze zijn:

- Greater trochanteric pain syndrome (trochanteric bursitis), NICE 2010: zeer uitgebreide richtlijn en up-to-date met goed beschreven systematische methode. Het is de meest complete richtlijn die er te vinden is rond GTPS (NICE-CKS, 2010).
- Hip & groin disorder, ACOEM 2013: uitgebreide richtlijn waarin bursitis trochanterica beperkt wordt behandeld. De richtlijn is echter zeer sterk evidence based uitgewerkt en de niveaus van evidence werden duidelijk vermeld. Een goed beschreven systematische methodologie (ACOEM-NGC, 2012).

4. Waarderen van geselecteerde richtlijnen

In 5 discrete stappen werd de waarde van de geselecteerde richtlijnen geëvalueerd. Eerst met behulp van AGREE II, daarna werd de inhoud van de 2 richtlijnen geïnventariseerd. Als laatste stap werd de couranthand, samenhang en toepasbaarheid nagegaan.

- ***Evalueren van richtlijnen met AGREE II***

Met behulp van AGREE II instrument werden de 2 klinische richtlijnen op methodologie en transparantie beoordeeld. Op deze manier werd een inzicht verworven over de sterke en zwakke punten van de gekozen richtlijnen.

Elke richtlijn werd onafhankelijk beoordeeld en daarna vergeleken (zie bijlage 1). Bij sterk afwijkende scores werden de scores door consensus aangepast.

De CKS-NICE richtlijn: Kreeg in het algemeen een goede beoordeling op alle aspecten en kan aanbevolen worden voor verder gebruik. Het is een uitgebreide consensusrichtlijn met eenduidige aanbevelingen. Het heeft ook een goede score op het AGREE onderdeel "Rigour of development". Het is een gekende, kwaliteitsvolle bron met aanbevelingen die specifiek zijn voor de eerste lijn en daardoor sterk aanbevolen voor gebruik.

De ACOEM richtlijn: Kreeg ook positieve beoordeling met een zeer goede score op onderdeel van "Rigour of development". Het nadeel van deze richtlijn is dat het behandelt over de gehele pathologie van de heup. Het bevat echter zeer korte aanbevelingen over trochanterpijn bij de "summaries van recommendations" in verband met de gekozen klinische vragen. Toch werd deze richtlijn gekozen voor verder gebruik.

- ***Inventariseren van inhoud van aanbevelingen***

Iedere aanbeveling van beide richtlijnen werd opgelijst in een matrix en de onderliggende evidentie erbij vermeld om verschillen of gelijkenissen alsook sterktes en zwaktes te identificeren.

In de **Duodecim richtlijn** werd er geen niveau van bewijskracht of graad van aanbeveling vermeld voor mijn klinische vragen. Er worden enkel 2 algemene referenties voor de hele richtlijn vermeld (Bird et al., 2001; Kong et al., 2007).

In de **CKS-NICE richtlijn** zijn de aanbevelingen over anamnestische vragen en klinisch onderzoek van GTPS gebaseerd op de mening van deskundigen "expert opinion" uit 2 review artikels (Hamer, 2004; Williams and Cohen, 2009).

In de **ACOEM richtlijn** werd ook geen niveau van bewijskracht en graad van de aanbeveling vermeld voor mijn specifieke klinische vragen, wel voor andere aanbevelingen betreffende therapie van de trochanterpijn. Er waren 2 referenties vermeld (RD, 2008; Sanders et al., 2005).

- ***Waarderen van aanbevelingen op courantheid***

Tijdens deze stap werd nagekeken of er recentere updates van de geselecteerde richtlijnen verschenen zijn.

Van de **Duodecim richtlijn** is geen recentere update te vinden. De laatste versie is verschenen in augustus 2013. De aangehaalde referenties betreffende mijn klinische vragen in de richtlijn dateren echter wel van 2007 (Kong et al., 2007) en 2001 (Bird et al., 2001).

De **CKS-NICE richtlijn** dateert van 2010 maar onderging frequent updates met de meest recente in juli 2013. De aangehaalde referenties in kader van mijn klinische vragen in de richtlijn dateren van 2009 (Williams and Cohen, 2009) en 2004 (Hamer, 2004).

De **ACOEM richtlijn** dateert van 2011 en onderging in november 2013 een kleine update in verband met "Low molecular weight heparins". De referenties betreffende mijn klinische vragen in de richtlijn dateren van 2008 (RD, 2008) en 2005 (Sanders et al., 2005).

Er werden dus geen aangepaste versies van de richtlijnen gevonden met betrekking tot mijn klinische vragen rond GTPS.

Bijkomend werd er nagekeken of de referenties waarop onze richtlijnen gebaseerd zijn, niet gedateerd waren. Hiervoor werden de Cohrane en Medline databases doorzocht voor nieuwe informatie die een invloed kunnen hebben op de aanbevelingen van de richtlijnen. Volgende zoektermen volgens de PIPOH-elementen werden gehanteerd:

- Patient: trochanter pain syndrome, trochanteric pain syndrome, trochanteric bursitis
- Intervention: clinical test, diagnostic test, diagnosis
- Outcome: diagnosis

Om deze selectie verder te verfijnen werden bijkomende criteria gebruikt:

- Publication date - 5 years
- Species – humans
- Languages – English

Deze zoekstrategie leverde geen studies met sterke evidentie op, slechts enkele publicaties van mindere kwaliteit. Deze studies waren niet van toepassing voor verdere gebruik omwille van lage onderliggende evidentie. De aanbevelingen werden niet ondersteund door de referenties en sommige "clinical reviews" werden enkel gebruikt in de 2de lijns-sector. Voor deze redenen werden ze geëxcludeerd voor het adaptatie proces.

Enkel één case control studie (Fearon et al., 2013) werd weerhouden voor gebruik van adaptatie vanwege een bruikbare conclusie en toepasbaarheid betreffende mijn klinische vragen.

- ***Waarderen van aanbevelingen op samenhang***

De beoordeling van de samenhang van een aanbeveling omvatte 3 stappen. Initieel werd de gekozen zoekstrategie geëvalueerd. Verder werd nagezien of de interpretatie en de samenvatting van de geselecteerde evidentie consistent was. En ten slotte werd er beoordeeld of er samenhang was tussen de interpretatie van de evidentie en de geformuleerde aanbeveling.

In de **Duodecim richtlijn** is er geen beschrijving van zoekstrategie. De aanbevelingen worden niet geciteerd. De opgegeven algemene referenties bevatten wel informatie rond GTPS maar echter niet voldoende om alle aanbevelingen te ondersteunen. Deze referenties behandelen de aanbevelingen rond beeldvorming bij GTPS. Verder is er geen wetenschappelijke onderbouwing en evidentie vermeld.

In de **CKS-NICE richtlijn** is de zoekstrategie consistent met een klinische vraag. De zoekperiode, de gebruikte zoektermen, de geraadpleegde databanken en gevonden literatuur worden uitgebreid beschreven. Er blijkt ook consistentie te zijn tussen de geselecteerde evidence en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten. De informatie is gebaseerd op de mening van deskundigen uit 2 recente reviews. Alhoewel de tweede referentie geen systematische review is, is hij wel gebaseerd op veel evidentie (50 referenties). Er is ook consistentie tussen de evidentie-samenvatting en de formulering van de aanbeveling.

In de **ACOEM richtlijn** is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag. De zoekperiode, de inclusie en exclusie criteria, de geraadpleegde databanken worden goed beschreven. Er is weinig consistentie tussen interpretatie en de samenvatting van de geselecteerde evidentie. De geselecteerde aanbevelingen voor mijn klinische vraag worden gebaseerd op twee referenties. De eerste aangehaalde referentie is niet van toepassing voor de aanbeveling. De tweede referentie is een boek, waarin geen relevante informatie stond betreffende de klinische vraag. Alle aanbevelingen zijn geformuleerd op basis van consensus. Er is echter geen vermelding van sterkte van evidentie van de aanbevelingen. In het algemeen is het een heel uitgebreide richtlijn met duidelijke beschrijving van de

waardering en screeningsproces maar de informatie is weinig relevant voor mijn klinische vraag.

- ***Waarderen van aanbevelingen op toepasbaarheid***

Al laatste stap werden de aanbevelingen beoordeeld op hun toepasbaarheid in de Belgische context. Algemeen zijn de geselecteerde aanbevelingen zeker toepasbaar in de Belgische praktijk gezien dat het gaat over de anamnestische vragen en klinische onderzoeken en er geen culturele conflicten zijn.

In de **Duodecim richtlijn** worden de huisartsen als doelgroep vermeld. Patiëntengroep wordt niet specifiek vernoemd.

In de **CKS-NICE richtlijn** is de doelgroep vermeld als huisarts: "The target audience for this CKS topic is healthcare professionals working within the NHS in the UK, and providing first contact or primary health care". De patiënten zijn individuen van 16 jaar en ouder: "This CKS topic covers the management of the greater trochanteric pain syndrome in people age from 16 onwards".

In de **ACOEM richtlijn** is de doelgroep breder vermeld als "Advanced practice nurses, allied health personnel, health care providers, occupational en physocal therapists, physician assistants, physicians, utilization management". De patiënten zijn volwassenen: "Adults with potentially work-related hip and groin disorders seen in primary care settings". Leeftijdscategorie: “Adult 19 to 44 years, middle age 45 to 64 years, aged 65 to 79 years, aged 80 and over”.

5. Selecteren van aanbevelingen voor verdere adaptatie

Tijdens deze stap werd er nagekeken of de aanbevelingen in de Duodecim richtlijn geadapteerd moeten worden. Alle aanbevelingen van de geselecteerde richtlijnen werden overlopen en met elkaar vergeleken. Op basis hiervan kan er beslist worden om aanbevelingen aan te passen.

Alle aanbevelingen van de Duodecim richtlijn aangaande mijn klinische vraag rond anamnese zijn grotendeels in overeenstemming met zowel NICE als ACOEM richtlijnen.

- Pijn straalt uit van het trochanter major gebied naar proximaal en lateraal aspect van de dij.
- Pijn komt voor aan de aangedane zijde bij fysieke belasting “bv. wandelen, trappenlopen”.
- Pijn bij het slapen op de aangetaste zijde.

Er werd echter een verschil opgemerkt over de karakter en de uitstraling van de pijn bij GTPS tussen Duodecim en NICE enerzijds en ACOEM richtlijn anderzijds. De ACOEM richtlijn vermeld specifiek "niet uitstralende laterale heuppijn".

De NICE richtlijn vermeldt ook bijkomende informatie hetgeen niet vermeld staat in Duodecim en ACOEM richtlijnen:

- Pijn wordt beschreven als diep en brandend.
- De pijn neemt in het begin meestal geleidelijk toe, maar kan ook snel toenemen.

Tevens zijn alle aanbevelingen van de Duodecim richtlijn aangaande mijn klinische vraag rond het klinische onderzoek in overeenstemming met zowel NICE als ACOEM richtlijnen maar zijn anders geformuleerd.

- Pijn treedt op bij palpatie van trochanter major gebied. Tijdens het onderzoek ligt de patiënt op zijn/haar zijde.
- Extreme abductie van de heup is meestal pijnlijk alsook passieve extreme adductie en externe rotatie tegen weerstand.
- Interne rotatie tegen weerstand produceert pijn lateraal in de heup.

De Duodecim richtlijn vermeldt dat pijn optreedt bij palpatie van trochanter major gebied. Dit standpunt wordt gedeeld met de NICE en ACOEM richtlijn. Er zijn wel kleine discrepanties tussen de Duodecim en NICE richtlijnen over de locatie van gevoeligheid die in de praktijk minder relevant zijn.

De NICE richtlijn vermeldt ook dat “actieve abductie tegen weerstand” pijn geeft aan de aangedane zijde van de heup.

De de ACOEM richtlijn beschrijft het klinisch onderzoek minder specifiek: “de bewegingsvrijheid van de heup is zowel beperkt bij extreme rotatie als bij abductie alsook adductie en bij flexie”.

In de Duodecim richtlijn werd er echter niets gezegd over "antalgische gang", “palpatie van trochanter bursae” en “Trendelenburg test” hetgeen wel terug te vinden is in de NICE en ACOEM richtlijnen.

In de ACOEM richtlijn worden de aanbevelingen betreffende het klinisch onderzoek minder gedetailleerd beschreven: "pijn bij heupbeweging" en "normale bewegingsvrijheid van de heup".

Tijdens de beoordeling op courantheid werd één case controle studie gekozen (Fearon et al., 2013). Deze referentie wordt niet vermeld in zowel de Duodecim, NICE als ACEOM richtlijnen. Het nadeel van deze studie is een laag niveau van bewijskracht. Er wordt echter een duidelijk conclusie vermeld die kan dienen als extra aanbeveling aangaande zowel anamnese als klinisch onderzoek. De samenhang van volgende drie stellingen ondersteunt de diagnose van trochanter pijnsyndroom:

- Patiënten met laterale heuppijn in afwezigheid van problemen met het manipuleren van schoenen en sokken
- Pijn bij palpatie van trochanter major gebied
- Laterale heup pijn bij FABER test (flexie, abductie, externe rotatie).

Alle bovengenoemde aanbevelingen van de Duodecim richtlijn in verband met anamnese en klinisch onderzoek werden niet geadapteerd, want de bijkomende informatie verandert de belangrijkste boodschap niet.

De Duodecim richtlijn kan wel duidelijker geformuleerd worden en kunnen er eventueel bijkomende aanbevelingen toegevoegd worden uit de andere richtlijnen en studies.

Het nadeel van al deze aanbevelingen is de slechte onderbouwing hiervan. Ze zijn gebaseerd op praktijkconsensus en niet op wetenschappelijk onderzoek.

6. Nazicht door leescomissie

Alle gegevens die verzameld werden tijdens de screeningsfase werden voorgelegd aan de leescomissie van EBMPracticeNet.

In het algemeen werd het werkproces goed beoordeeld, vormde het een accurate basis voor de eventuele adaptatiefase en werd het zonder aanpassingen goedgekeurd.

Er werden kleine opmerkingen gegeven in verband met de zoektermen die ook voor de Belgische bronnen moesten aangegeven worden.

Als laatste werd er beslist dat er geen adaptatie nodig is van de klinische vragen van deze thesis omdat de bijkomende informatie van de gevonden bronnen de belangrijkste boodschap van de Duodecim richtlijn niet verandert. De vernoemde aanbevelingen van Duodecim kunnen echter wel beter onderbouwd worden.

B. Adaptatie fase

Aangezien dat de aanbevelingen uit de matrix betreffende mijn klinische vragen 1 en 2 met hun toelichting en basis overeenkwamen met de aanbevelingen van Duodecim werd de tekst van de Duodecim aanbevelingen ongewijzigd behouden.

Grade analyse

Alle stellingen afkomstig uit de Duodecim richtlijn met betrekking tot de voorgenoemde klinische vragen werden geanalyseerd met behulp van de GRADE methode (Atkins et al., 2004)(zie bijlage 2).

Deze methode helpt om op een overzichtelijke wijze met uniforme codering een inzicht te krijgen over de sterkte van de aanbeveling alsook de kwaliteit van de achterliggende evidentie.

Alle stellingen uit de Duodecim richtlijn in verband met klinisch onderzoek en anamnese kregen een “GRADE 1C” toegekend.

De graad 1 wil zeggen een sterke aanbeveling omdat de voordelen, zoals betere diagnostiek van trochanter pijnsyndroon, kostenbesparend en vlotte toepasbaarheid, duidelijk de nadelen overstijgen. De score C wil zeggen dat de stellingen een laag niveau van bewijskracht hebben omdat er geen goede studies beschikbaar zijn die deze aanbevelingen ondersteunen en omdat deze stellingen gebaseerd zijn op consensus vanuit expert opinies.

Indien hogere bewijskracht beschikbaar wordt in de toekomst kunnen deze stellingen veranderen. Echter op dit moment blijven de stellingen rond anamnese en klinisch onderzoek aanbevolen.

C. Implementatiefase

1. Peer Review

De Duodecim stellingen rond klinisch onderzoek en anamnese dienen niet geadapteerd te worden. Om echter hun praktische toepasbaarheid en duidelijkheid te toetsten, werd een peer review opgesteld waarbij de Duodecim

aanbevelingen samen met aanbevelingen uit andere richtlijnen en recente publicaties gepresenteerd werden aan huisartsen. In totaal werden 6 stellingen i.v.m. anamnese en 10 stellingen i.v.m. klinisch onderzoek geformuleerd afkomstig uit volgende bronnen:

- Duodecim - Trochanteric pain, 2013 (Duodecim, 2013)
- NICE CKS - Greater Trochanteric Pain Syndrome, 2010 (NICE-CKS, 2010)
- ACOEM - Hip and groin disorders, 2012 (ACOEM-NGC, 2012)
- Fearon et al. - Greater trochanteric pain syndrome: defining the clinical syndrome, 2013 (Fearon et al., 2013)

De stellingen werden voorgelegd aan 1 HAIO seminariegroep (n=10) en 1 LOK groep (n=12) aan de hand van een PowerPoint presentatie (zie bijlage 3) en antwoordformulieren (zie bijlage 4). Bij de peer review georganiseerd tijdens de LOK vergadering werd tevens een orthopedist Dr. Steven Heylen uitgenodigd voor expert opinie.

Stellingen i.v.m. anamnese van GTPS werden vervolgens geformuleerd:

1. Pijn straalt uit van het trochanter major gebied naar proximaal en lateraal aspect van de dij.
2. Pijn wordt beschreven als diep en brandend.
3. Het begin is geleidelijk.
4. Het begin is snel.
5. Pijn komt voor aan de aangedane zijde bij fysieke belasting “bv. wandelen, trappenlopen”.
6. Pijn bij het slapen op de aangetaste zijde.

Stellingen i.v.m. klinisch onderzoek van GTPS werden vervolgens geformuleerd:

1. Pijn treedt op bij palpatie van trochanter major gebied.
2. De antalgische gang is aanwezig - bij het wandelen wordt vooral gesteund op het niet aangedane been.
3. Actieve abductie tegen weerstand produceert pijn aan de aangedane zijde van de heup.
4. Passieve extreme adductie van de heup is pijnlijk.
5. Endorotatie tegen weerstand produceert pijn lateraal in de heup.
6. Exorotatie tegen weerstand produceert pijn lateraal in de heup.
7. De bewegingsvrijheid van de heup is zowel beperkt bij extreme rotatie als bij abductie alsook bij adductie en bij flexie.
8. De Trendelenburg (één been houdingstest) is positief.
9. De trochanter bursae zijn voelbaar.
10. Ondersteunt de samenhang van volgende drie stellingen de diagnose van trochanter pijnsyndroom? Patiënten met laterale heuppijn in afwezigheid van problemen met het manipuleren van schoenen en sokken, pijn bij

palpatie van de trochanter major gebied laterale heup pijn bij FABER test (flexie, abductie, externe rotatie).

Bij iedere stelling werd nagevraagd :

- Past deze stelling bij de diagnose van GTPS?
- Wordt de beschreven stelling effectief gebruikt in de praktijk ter ondersteuning van de diagnose?
- Eventuele opmerkingen

- ***Verslag LOK groep***

De LOK groep bestaat uit huisartsen uit de regio wachtpost zuid, Antwerpen. Er werden in totaal 12 huisartsen ondervraagd. Resultaten van de peer review van de LOK groep staan gepresenteerd in **Tabel 3**.

Peer review anamnese

Voor de 1ste stelling afkomstig uit de Duodecim richtlijn: "pijn straalt uit van het trochanter major gebied naar proximaal en lateraal aspect van de dij" werd door iedereen die een mening had "ja" geantwoord. Sommigen vragen in de praktijk de uitstraling van de pijn na, om te kunnen differentiëren met de andere pathologieën zoals ischialgie, meralgia paraesthetica en piriformis syndroom.

Bij de 2de stelling uit de NICE richtlijn: "pijn wordt beschreven als diep en brandend" denkt 91% van de artsen dat het bij de diagnose van GTPS past en 83% past dit toe bij de praktijk. Sommige artsen vermelden dat de pijn bij GTPS eerder oppervlakkig en zeurend is, andere artsen vragen naar het karakter van de pijn om te kunnen differentiëren tussen meralgia paraesthetica en andere heup aandoeningen.

De stelling uit NICE richtlijn: "het begin is meestal geleidelijk, maar het kan ook snel zijn" werd opgesplitst in twee stellingen: "het begin is geleidelijk" en "het begin is snel" om de mening van de artsen te kunnen evalueren. Na peer review bleek er veel discrepanties te zijn bij deze stellingen, aangezien dat deze heel abstract zijn en elkaar opheffen. Sommige artsen vragen naar de evolutie van de geleidelijkheid van de pijn om te kunnen differentiëren tussen acute (bv. trauma) en chronische heup aandoeningen (bv. artrose).

De 5de stelling uit Duodecim: "pijn komt voor aan de aangedane zijde bij fysieke belasting "bv. wandelen, trappenlopen" werd door 80% van de ondervraagden als belangrijk ingeschat. Deze stelling wordt door alle ondervraagde huisartsen toegepast in de praktijk. Sommige artsen gebruiken deze stelling om de ernst van de aandoening te kunnen inschatten en ook om te kunnen differentiëren met de heupartrose (rustpijn).

De 6de stelling uit Duodecim: "pijn bij het slapen op de aangetaste zijde" werd door iedereen die een mening had "ja" geantwoord. Veel van de artsen beschouwen het als een zeer belangrijke vraag en is typisch voor pijnlijke trochanter bursitis. Het wordt meestal spontaan door de patiënt vermeld.

Peer review klinisch onderzoek

De Duodecim stellingen i.v.m. klinisch onderzoek (stellingen n° 1, 4, 5, 6) werden door bijna alle ondervraagden als belangrijk ingeschat voor diagnose van GTPS.

Alle artsen uit LOK groep vonden gevoelige palpatie (1ste stelling, afkomstig uit de Duodecim richtlijn) van trochanter major gebied zeker indicatief bij de diagnose van GTPS.

83% van de artsen uit LOK groep vonden dat antalgische gang (2de stelling uit de NICE en ACOEM richtlijnen) bij diagnose van GTPS past en bij 100% van de artsen wordt antalgische gang geobserveerd in de praktijk om diagnose te ondersteunen. Vaak wordt de antalgische gang door de artsen al in het begin van consultatie waargenomen als de patiënt de consultatieruimte binnenkomt. Volgens sommige artsen helpt deze test om de ernst en intensiteit van pijn te meten en ook om te kunnen differentiëren met andere aandoeningen.

Bij de 3de stelling afkomstig uit de NICE richtlijn: "actieve abductie tegen weerstand produceert pijn aan de aangedane zijde van de heup", vonden alle artsen dat het relevant is voor GTPS diagnose en 83% past het toe in de praktijk. Als opmerking, vonden sommigen dat een positieve weerstandtest een goede aantoner is.

Bij de 4de stelling: "passieve extreme adductie van de heup is pijnlijk", komende uit Duodecim richtlijn, vond 82% van de artsen dat het bij GTPS past, maar enkel 57% gebruikt het effectief in de praktijk. Dit lage percentage van toepassing kan mogelijks verklaard worden doordat een positieve test ook op andere aandoeningen kan wijzen (bv. rektest van bekken-bovenspieren bij mm. tensor fascia lata en tractus iliotibialis).

In de LOK groep vonden 78% van ondervraagden dat "pijnlijke endorotatie tegen weerstand" (5de stelling afkomstig uit zowel Duodecim als NICE richtlijnen) past bij GTPS en 67% gebruikt het in de praktijk. Sommige artsen gebruiken heup-endorotatie tijdens het klinisch heuponderzoek, maar eerder niet met weerstand.

De 6de stelling uit de Duodecim richtlijn: "exorotatie tegen weerstand produceert pijn lateraal in de heup" scoorde zeer hoog. Alle artsen waren van mening dat het past bij GTPS en 86% gebruikt het in de praktijk.

De 7de stelling uit zowel Duodecim als NICE: "de bewegingsvrijheid van de heup is zowel beperkt bij extreme rotatie als bij abductie, adductie en flexie", scoorde bij de LOK groep minder goed. 40% vond deze stelling niet belangrijk vanwege te complex en abstract. Sommige artsen vonden ook dat deze stelling de GTPS diagnose niet kan bevestigen.

75% van de ondervraagden vonden dat een positieve Trendelenburg test (8ste stelling uit NICE richtlijn) bij GTPS diagnose past, maar enkel 50% gebruikt het effectief in de praktijk om diagnose te ondersteunen. Sommigen gebruiken het eerder om tussen ischialgie of heuppathologie te kunnen differentiëren.

De 9de stelling uit NICE: "de trochanter bursae zijn voelbaar", scoorde minder goed bij de artsen uit de LOK groep. 60% vond dat de bursae niet voelbaar zijn, omdat deze vaak te diep liggen en de helft van de artsen palpeert dit niet in de

praktijk. Sommige dokters gebruiken deze palpatie om te kunnen differentiëren tussen spier- of heupgewricht problematiek.

Als laatste werd een algemene stelling gepresenteerd (Fearon et al., 2013). 89% vond dat het een goede stelling is voor GTPS diagnose en 67% gebruikt het wel in de praktijk. Sommige artsen vermeldden dat het bruikbaar is voor diagnostische bevestiging, maar sommigen vergeten dit uit te voeren. Er wordt ook afgevraagd of de patiënt in zittende of staande positie moet zijn bij het manipuleren van sokken en schoenen. Expert-orthopedist vermeldde dat FABER niet gebruikelijk is bij GTPS diagnose.

- ***Verslag seminariegroep***

De seminariegroep bestond uit 1ste en 2de jaars huisartsen in opleiding. In totaal werden 10 artsen ondervraagd. Resultaten van de peer review van de seminariegroep zijn gepresenteerd in **Tabel 3**.

Peer review anamnese

Voor de Duodecim stellingen i.v.m. anamnese (n°1, 5 en 6) werd door iedereen die een mening had "ja" geantwoord. Deze stellingen worden tevens ook door bijna alle ondervraagden toegepast in de eigen praktijk.

De uitstraling van de pijn (1ste stelling) wordt door vele effectief nagevraagd om onderscheid te kunnen maken met andere pathologieën zoals lumbosacraal radiculair syndroom of coxartrose. Sommigen vonden de uitstraling van de pijn bij GTPS niet opzichtig en eerder erg vaag omschreven door de patiënt.

De 5de stelling uit Duodecim: "pijn bij fysieke belasting" leverde geen bijkomende discussie op en werd beschouwd als een zeer belangrijke stelling bij het diagnosticeren van GTPS.

De 6de stelling uit Duodecim: "pijn bij het slapen op de aangetaste zijde" werd beschouwd als relevant omdat het een sterke argument is voor lokale irritatie bij het liggen met hoge specificiteit omdat het niet voorkomt bij andere pathologieën zoals coxartrose of lage rugpijn met ischialgie.

Bij de 2de stelling uit NICE: "pijn wordt beschreven als diep en brandend", had 50% van de HAIO's geantwoord dat dit indicatief is voor GTPS diagnose. Het karakter van de pijn wordt ook nagevraagd door de HAIO's om onderscheid te maken tussen andere pathologieën zoals bv. zenuwpijn. Veel van de HAIO's vermeldden dat deze stelling subjectief is. Het karakter van de pijn bij GTPS is zelfs niet echt gekend en zeker niet opmerkelijk. Sommigen vermeldden dat het karakter van GTPS pijn eerder knagend en soms stekend kan zijn.

Ook bij een andere stelling uit de NICE richtlijn, opgesplitst in de 3de en 4de gepresenteerde stelling, bestond er een grote discrepantie in de seminariegroep. Alle HAIO's vonden dat het begin geleidelijk is bij GTPS. Echter niemand antwoorde positief op de vraag of het begin snel kan zijn.

Peer review klinisch onderzoek

I.v.m. het klinisch onderzoek scoorde de 1ste stelling uit Duodecim heel hoog. Bij de seminariegroep vond iedereen dat gevoelige palpatie van trochanter major gebied een standaard test is voor GTPS diagnose. Veel van de HAIO's baseren GTPS diagnose op deze bevinding. De locatie van de pijn bepaalt ook de infiltratieplaats en helpt differentiëren met de andere aandoeningen.

67% van de HAIO's vond dat antalgische gang (2de stelling) bij GTPS diagnose past. Er werd vermeld dat antalgische gang niet specifiek is voor GTPS en ook kan optreden bij de andere aandoeningen zoals coxarthrose. De antalgische gang wordt vaak door de HAIO's geobserveerd als de patiënt de praktijkruimte binnenkomt.

Bij de 3de stelling uit NICE: "actieve abductie tegen weerstand produceert pijn aan de aangedane zijde van de heup", vond 86% van de HAIO's dat het indicatief is voor diagnose van GTPS en enkel 50% gebruikt deze test in het praktijk. Sommige HAIO's laten de heupbewegingen meestal passief uitvoeren en gebruiken actieve testen tegen weerstand eerder niet.

In de seminariegroep vond 83% van de HAIO's dat pijnlijke passieve adductie van de heup (4de stelling uit Duodecim) bij GTPS diagnose past en 33% gebruikt het effectief om de diagnose te ondersteunen. Sommige HAIO's beschrijven in de commentaren dat ze deze test niet kennen.

Twee Duodecim stellingen i.v.m. klinisch onderzoek (stellingen n° 5, 6) scoorden beduidend lager. Het feit dat 30% van de ondervraagden voor deze stellingen geen mening had kan mogelijks betekenen dat rotatietesten minder goed gekend zijn bij deze artsengroep en dit verklaart ook de verlaagde toepasbaarheid binnen de eigen praktijk.

De 7de stelling uit zowel de Duodecim als NICE richtlijn: "de bewegingsvrijheid van de heup is zowel beperkt bij extreme rotatie als bij abductie, adductie en flexie", scoorde ook bij deze artsengroep minder goed. Enkel 13% van de ondervraagden vond dat het bij GTPS diagnose past, maar 83% gebruik het wel in de praktijk. Veel HAIO's vonden dat deze testen meer gericht zijn om capsulair-patroon van de heup te evalueren en andere heuppathologieën uit te sluiten. Veel vonden dat het niet specifiek genoeg is om GTPS diagnose te ondersteunen.

Geen van de ondervraagden HAIO's uit de seminariegroep vond dat een positieve Trendelenburg test (8ste stelling uit de NICE richtlijn) past bij GTPS diagnose. Het wordt door niemand effectief gebruikt in praktijk om GTPS diagnose te ondersteunen. Bij sommigen artsen wordt deze test vaak vergeten.

In de seminariegroep vond 57% van de artsen dat de trochanter bursae voelbaar zijn (9de stelling uit NICE) en 67% gebruiken het in de praktijk. Vele HAIO's vermeldden in de commentaren dat trochanter bursitis in het algemeen zeldzaam voelbaar is. Sommigen gebruiken palpatie van de bursae om de lokalisatie en pijn op te wekken.

86% van de HAIO's vond dat de 10de algemene stelling past bij GTPS, maar enkel 33% gebruiken het effectief in de praktijk, waarschijnlijk doordat de FABER test niet gekend is bij vele HAIO's.

- ***Conclusie implementatiefase***

Globaal kan aangenomen worden dat de drie vermelde Duodecim stellingen i.v.m. anamnese (n° 1, 5, 6) passen bij diagnose van trochanterpijn (90%-100%) volgens de ondervraagde artsen. Deze stellingen worden echter niet door iedereen toegepast in de eigen praktijk (76%-93%) (zie **Tabel 3** voor resultaten peer review). I.v.m. het klinisch onderzoek kan aangenomen worden dat de vermelde Duodecim stellingen (n°1, 4, 5, 6) passen bij diagnose van trochanterpijn (60%-100%) volgens de ondervraagde artsen. Deze stellingen worden echter niet door iedereen toegepast in de eigen praktijk (45%-100%). De lagere scores betreffende stellingen uit het klinisch onderzoek zijn te wijten aan de lagere beoordelingen van de seminariegroep. Deze artsengroep vermeldde echter dat de geformuleerde testen niet goed gekend waren.

Van de stellingen uit andere richtlijnen scoorde "actieve abductie tegen weerstand" uit de NICE richtlijn in beide artsengroepen zeer hoog (93% globaal). Deze test kan als een goede aantoner beschouwd worden voor GTPS. De Duodecim richtlijn stelt dat terminale of extreme abductie meestal pijn veroorzaakt. Beide stellingen zeggen vrijwel hetzelfde, echter de formulatie van de NICE richtlijn is duidelijker, beter toepasbaar en dient dus overwogen te worden voor betere verduidelijking van de Duodecim richtlijn.

Ook de stelling "antalgische gang is aanwezig" uit zowel de NICE alsook de ACOEM richtlijnen scoorde (93% globaal) op toepasbaarheid en (75% globaal) op diagnose-relevantie bij GTPS. Deze test is minder gebruikelijk voor het diagnosestelling bij GTPS omdat het andere aandoeningen kan optreden zoals coxarthrose of lumbosacraal radiculair syndroom.

De grootste discrepantie tussen beide artsenpopulaties werd geobserveerd bij de Trendelenburg test stelling (8ste bij klinisch onderzoek). De LOK groep scoorde deze test eerder hoog maar de seminariegroep scoorde voor zowel diagnose als toepasbaarheid 0%. De NICE richtlijn vermeldt dat de deze test tot de belangrijke diagnostische criteria behoort en frequent positief kan zijn bij GTPS. Zoals vermeld door de LOK artsengroep zou deze test gebruikt kunnen worden voor het differentiëren maar eerder niet voor het stellen van de diagnose.

Tabel 3. Resultaten peer review

			Resultaten LOK					Resultaten seminariegroep					Globaal	
n°	Geformuleerde stelling anamnese	Bron	ja	nee	GM	% ja	% ja TP	ja	nee	GM	% ja	% ja TP	% ja	% ja TP
1.	Pijn straalt uit van het trochanter major gebied naar proximaal en lateraal aspect van de dij.	Duodecim	10		2	100%	82%	8		2	100%	88%	**100%**	**85%**
2.	Pijn wordt beschreven als diep en brandend.	Andere	10	1	1	91%	83%	3	3	4	50%	50%	**70%**	**67%**
3.	Het begin is geleidelijk.	Andere	9	3		75%	80%	9		1	100%	88%	**88%**	**84%**
4.	Het begin is snel.	Andere	4	6	2	40%	75%		8	2	0%	88%	**20%**	**81%**
5.	Pijn komt voor aan de aangedane zijde bij fysieke belasting "bvb wandelen, trapenlopen".	Duodecim	8	2	2	80%	100%	9		1	100%	86%	**90%**	**93%**
6.	Pijn bij het slapen op de aangetaste zijde.	Duodecim	10		2	100%	67%	9		1	100%	86%	**100%**	**76%**
	Geformuleerde stelling klinisch onderzoek													
1.	Pijn treedt op bij palpatie van trochanter major gebied.	Duodecim	12			100%	100%	10			100%	100%	**100%**	**100%**
2.	De antalgische gang is aanwezig (bij het wandelen wordt vooral gesteund op het niet aangedane been).	Andere	10	2		83%	100%	4	2	4	67%	86%	**75%**	**93%**
3.	Actieve abductie tegen weerstand produceert pijn aan de aangedane zijde van de heup.	Andere	10		2	100%	83%	6	1	3	86%	50%	**93%**	**67%**
4.	Passieve extreme adductie van de heup is pijnlijk.	Duodecim	9	2	1	82%	57%	5	1	4	83%	33%	**83%**	**45%**
5.	Endorotatie tegen weerstand produceert pijn lateraal in de heup.	Duodecim	7	2	3	78%	67%	3	4	3	43%	50%	**60%**	**58%**
6.	Exorotatie tegen weerstand produceert pijn lateraal in de heup.	Duodecim	11		1	100%	86%	2	5	3	29%	60%	**64%**	**73%**
7.	De bewegingsvrijheid van de heup is zowel beperkt bij extreme rotatie als bij abductie, adductie en flexie.	Andere	6	4	2	60%	67%	1	7	2	13%	83%	**36%**	**75%**
8.	De Trendelenburg test (één been houdingstest) is positief.	Andere	6	2	4	75%	50%		8	2	0%	0%	**38%**	**25%**
9.	De trochanter bursae zijn voelbaar.	Andere	4	6	2	40%	50%	4	3	3	57%	67%	**49%**	**58%**
10.	Algemene stelling + FABER test	Andere	8	1	3	89%	67%	6	1	3	86%	33%	**87%**	**50%**

Andere bronnen: NICE (NICE-CKS, 2010), ACOEM (ACOEM-NGC, 2012), Case control studie (Fearon et al., 2013). Percentage ja werd berekend op totaal van "ja" en "nee" antwoorden, geen mening (GM) werden geëxcludeerd. Globaal % ja is het gemiddelde van beide groepen. TP, toepasbaarheid in praktijk.

2. Ontwikkeling e-learning module

Op basis van de bovengenoemde resultaten werd een e-learning module ontwikkeld welke handelt over zowel anamnese en klinisch onderzoek alsook over mogelijke therapieën (resultaten van collega dr. Jasna Peeters). De module werd online beschikbaar gesteld op medische bijscholingsdienst "Excellencis.org". Deze module kan bezichtigd worden op de link:

https://www.excellencis.org/intro/intro?excellencis_text_id=983#

Accreditatie voor deze module werd tevens aangevraagd.

Resultaten

Definitieve Richtlijn: Diagnostiek Trochanter Pijn Syndroom

Overzicht materiaal

Inleiding: Trochanter pijnsyndroom (GTPS) is een frequent voorkomende pathologie in de eerstelijn. Deze richtlijn beoogt een antwoord te geven op de vragen: "Bij welke klachten/symptomen denkt men aan trochanterpijn syndroom?" en "Welk klinisch onderzoek/welke testen doen vermoeden van trochanterpijn syndroom diagnose?"

Methodologie: Een systemisch literatuuronderzoek werd uitgevoerd. De gevonden richtlijnen werden geëvalueerd met de AGREE II methode. Weerhouden stellingen die passen bij GTPS kregen een GRADE score en werden geëvalueerd via peer-review door huisartsen in België.

Resultaten: Voor anamnese bij GTPS worden 3 specifieke kernboodschappen duidelijk geformuleerd in de richtlijn. Voor klinisch onderzoek worden 5 kernboodschappen duidelijk geformuleerd.

Conclusie: Deze richtlijn is een bruikbaar instrument die huisartsen kan helpen om een diagnose van GTPS vast te stellen. Tijdens het literatuur onderzoek bleek dat er nog nood is aan verder onderzoek omtrent diagnostiek van deze pathologie.

Auteurs: Dr. Agne Paskeviciute, huisarts in opleiding, Universiteit Antwerpen, Prof. Dr. Paul Van Royen, Centrum Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen.

Voornaamste bronnen

- Duodecim. Trochanteric pain. EBM Guidelines; 2013.
- Clinical Knowledge Summaries. Greater Trochanteric Pain Syndrome. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2010.
- ACOEM. Hip and groin disorders. American college of occupational and environmental medicine; 2012.

Introductie en achtergrond

Trochanter pijnsyndroom (GTPS) is een frequent voorkomende pathologie in de eerstelijn. Verder onderzoek en navraag heeft getoond dat er bij de huisartsen vaak onduidelijkheid bestaat rondom de pathologie "trochanterpijn". Zo wordt er bijvoorbeeld al te vaak vanuit gegaan dat het enkel gaat om een bursitis trochanterica, terwijl het in het merendeel van de gevallen een gluteus medius probleem betreft.

Doelstelling en Doelgroep

Deze richtlijn is ontworpen voor gebruik door huisartsen in België. Met deze richtlijn beogen de auteurs duidelijke toepasbare aanbevelingen aan licht te brengen omtrent de diagnostiek van GTPS.

Patiëntenpopulatie

Doelpopulatie van deze richtlijn zijn volwassen individuen (> 18 jaar), die zich presenteren bij de huisarts met laterale heuppijn.

Klinische vragen

In deze richtlijn wordt een antwoord gegeven op de volgende klinische vragen:

- *Bij welke klachten/symptomen denkt men aan trochanterpijn syndroom?*
- *Welk klinisch onderzoek/welke testen doen vermoeden van trochanterpijn syndroom diagnose?*

Aanbevelingen

Kernboodschappen

Bij de volgende symptomen bevelen we aan om te denken aan GTPS:

1. Pijn straalt uit van het trochanter major gebied naar proximaal en lateraal aspect van de dij *(GRADE 1C)*.
2. Pijn komt voor aan de aangedane zijde bij fysieke belasting "bv. wandelen, trappenlopen *(GRADE 1C)*.
3. Pijn bij het slapen op de aangetaste zijde *(GRADE 1C)*.

Bij vermoeden van GTPS diagnose bevelen we aan om de volgende klinische testen uit te voeren:

1. Pijn treedt op bij palpatie van trochanter major gebied *(GRADE 1C)*.
2. Passieve extreme adductie van de heup is pijnlijk *(GRADE 1C)*.
3. Endorotatie tegen weerstand produceert pijn lateraal in de heup *(GRADE 1C)*.
4. Exorotatie tegen weerstand produceert pijn lateraal in de heup *(GRADE 1C)*.
5. Actieve abductie tegen weerstand produceert pijn aan de aangedane zijde van de heup *(GRADE 1C)*.

Toelichting tot de aanbevelingen

Bij welke klachten/symptomen denkt men aan trochanterpijn syndroom?

De meest frequente oorzaken van het GTPS zijn gluteus medius tendinopathie, gluteus medius scheur, bursitis trochanterica of een combinatie van gluteus

medius tendinopathie en gluteus medius scheur (NICE-CKS, 2010). Gluteus medius tendinopathie of gluteus medius scheur is waarschijnlijk een meer frequente oorzaak van trochanterpijn dan bursitis trochanterica (Duodecim, 2013).

De drie stellingen afkomstig uit Duodecim richtlijn vormen de belangrijke kernsymptomen bij het vermoeden van GTPS welke ondersteund worden door richtlijnen van andere organisaties: NICE en ACOEM.

Na de beoordeling van peer reviews kan globaal aangenomen worden dat de geformuleerde aanbevelingen betreffende anamnese, passen bij diagnose van GTPS volgens ondervraagde artsen, al worden ze eerder gebruikt voor het differentiëren met andere pathologieën.

Welk klinisch onderzoek/welke testen doen vermoeden van trochanterpijn syndroom diagnose?

Gevoelige palpatie van trochanter major gebied is essentieel voor diagnosis van GTPS. Deze aanbeveling wordt geformuleerd in alle nieuwste richtlijnen rond GTPS (ACOEM-NGC, 2012; Boumans, 2008; Duodecim, 2013; NICE-CKS, 2010).

Pijn bij passieve extreme adductie van de heup past bij diagnose van GTPS (Duodecim, 2013). Pijn wordt veroorzaakt door compressie van de onderliggende bursa subtrochanterica wat wijst op GTPS. Echter, bij andere heuppathologieën kan rek van de bekken-bovenbeenspieren (mm. tensor fascia lata en tractus iliotibialis) ook pijn veroorzaken tijdens deze test (Van Loghum, 1994; Van Os, 2012).

Bij GTPS produceert endorotatie van de heup tegen weerstand pijn lateraal in de heup (Duodecim, 2013; NICE-CKS, 2010). Hierbij worden de endorotatoren van de heup op kracht en pijnlijkheid getest (Van Loghum, 1994). Endorotatoren van de heup zijn m. tensor fasciae latae, m. gluteus minimus en m. gluteus medius voorste deel (Van Os, 2012).

Bij GTPS produceert exorotatie tegen weerstand pijn aan de aangedane zijde van de heup (Duodecim, 2013). Hierbij worden de exorotatoren van de heup getest op kracht en pijnlijkheid. De M. iliopsoas is vaker aangedaan dat de M. sartorius. M. gluteus medius achterste deel neemt ook een deel in de exorotatie van de heup(Van Loghum, 1994; Van Os, 2012).

Tijdens actieve abductie van de heup tegen weerstand worden de abductoren van de heup op pijnlijkheid en kracht getest (m. gluteus medius, m. gluteus minimus, m. gluteus maximus en m. tensor fasciae latae) (Boumans, 2008; NICE-CKS, 2010; Van Loghum, 1994; Van Os, 2012).

Basis voor de aanbeveling

De basis van deze richtlijn is Finse Duodecim richtlijn “Trochanteric pain”.

Deze richtlijn hebben de auteurs geadapteerd op basis van de nieuwste richtlijn rond GTPS: NICE CKS “Greater Trochanteric Pain Syndrome” en ACOEM “Hip and groin disorders”.

Daarnaast hebben de auteurs de nodige aanvullingen aangebracht via literatuurstudie en consensus.

Peer review proces

Opmerkingen na peer review werden mee opgenomen in deze richtlijn.

Planning voor update

Herziening van de richtlijn om de 5 jaar.

Referenties

Zie bij de titel “Referenties” onderaan.

Lijst van Auteurs en belangenvermengingen

Prof. Dr. Paul Van Royen, Centrum Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen

Dr. Agne Paskeviciute, huisarts in opleiding, Universiteit Antwerpen

E-learning module

De ontwikkelde e-learning module is online beschikbaar op link

https://www.excellencis.org/intro/intro?excellencis_text_id=983#

Vraag 1



De juiste antwoorden zijn **A** en **B**.

De meest frequente klacht bij patiënten met greater trochanter pijnsyndroom (GTPS) is laterale heuppijn. Deze straalt uit van het trochanter major gebied naar proximaal en lateraal aspect van de dij. De pijn komt voor aan de aangedane zijde bij fysieke belasting en wordt erger bij het slapen op de aangetaste zijde en wordt beschreven als diep en brandend. Het begin is meestal geleidelijk. GTPS is meer voorkomend bij vrouwen van vijftig tot zeventig jaar. GTPS is ook een vaak voorkomende oorzaak van heuppijn bij jongere actieve mensen, voornamelijk frequente lopers (NICE-CKS, 2010).

De typische pijnklachten en de beperkte beweeglijkheid van de heup doen heupartrose vermoeden. Het röntgenonderzoek maakt de diagnose coxarthrose zeker (Boumans, 2008).

Patiënten met radiculair pijn klagen van pijn die in één been uitstraalt en scherp van karakter is. Meestal zijn de zenuwwortels van L5 en S1 aangedaan, waarbij de pijn uitstraalt tot in het onderbeen en de voet. Indien de uitstralende pijn beperkt blijft tot de gluteaalstreek, het bovenbeen of de lies, kan er sprake zijn van compressie van de zenuwwortels L2, L3 of L4. De klachten nemen soms toe bij druk verhogende momenten, zoals hoesten, niezen en persen. Bij een lumbale radiculair syndroom komt lage rugpijn ook frequent voor, de beenklachten staan echter op de voorgrond (NHG, 2015).

Vraag 2



De juiste antwoorden zijn **B** en **C**.

Studies hebben aangetoond dat de gemiddelde prevalentie van GTPS 17% bedraagt bij volwassenen van middelbare en oudere leeftijd (Segal et al., 2007; Williams and Cohen, 2009).

GTPS prevalentie is ongeveer drie keer hoger bij vrouwen dan bij mannen (24% tegenover 9% bij eenzijdige GTPS en 9% tegenover 2% bij bilaterale GTPS) (Segal et al., 2007; Williams and Cohen, 2009).

Bij jongere mensen met actieve levensstijl is GTPS een vaak voorkomende oorzaak van heuppijn, voornamelijk bij frequente lopers (Figler, 2000; Strauss et al., 2010).

Vraag 3



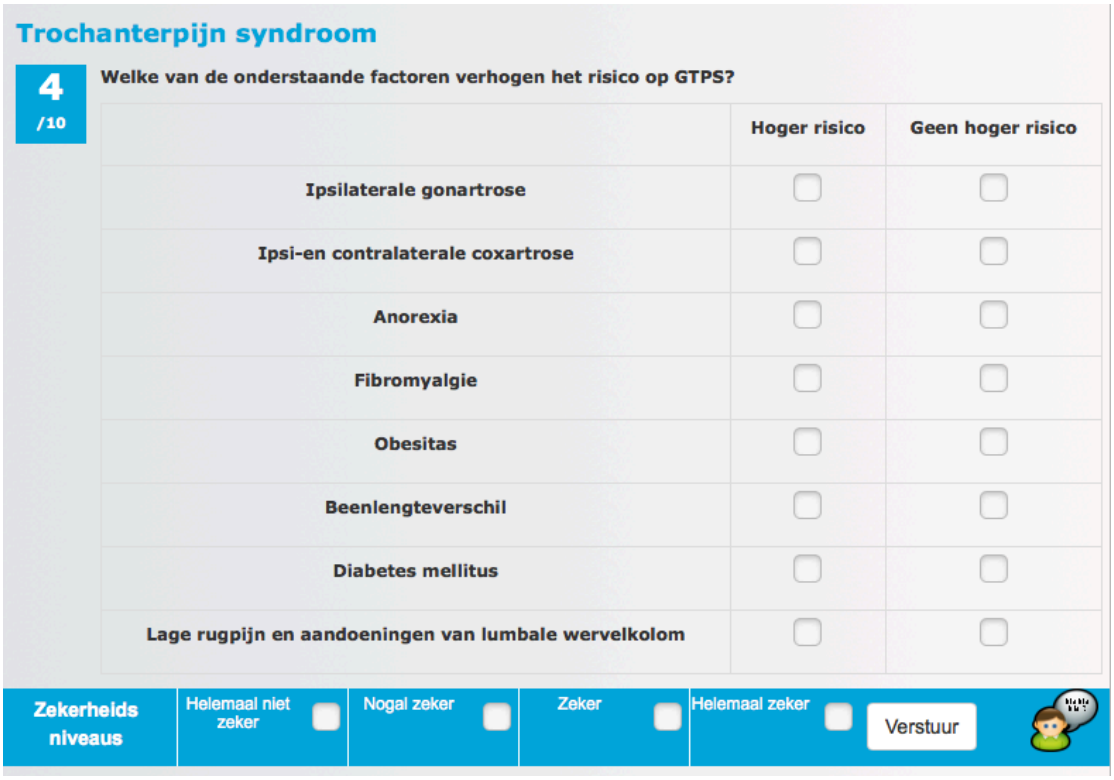
Het juiste antwoorden zijn **A**, **B** en **C**.

Gevoelige palpatie van trochanter major gebied is essentieel voor diagnosis van GTPS (ACOEM-NGC, 2012; Boumans, 2008; Duodecim, 2013; NICE-CKS, 2010).

Positieve abductie tegen weerstand van de heup wordt waargenomen tijdens GTPS. Tijdens deze test worden de abductoren van de heup op pijnlijkheid en kracht getest. (m. gluteus medius/minimus/maximus, m. tensor fasciae latae) (Boumans, 2008; NICE-CKS, 2010; Van Loghum, 1994; Van Os, 2012).

Studies tonen aan dat er een associatie is tussen beenlengteverschil en GTPS en dat een beenlengteverschil een mogelijke risicofactor is voor het ontwikkelen van GTPS (NICE-CKS, 2010; Segal et al., 2007).

Vraag 4



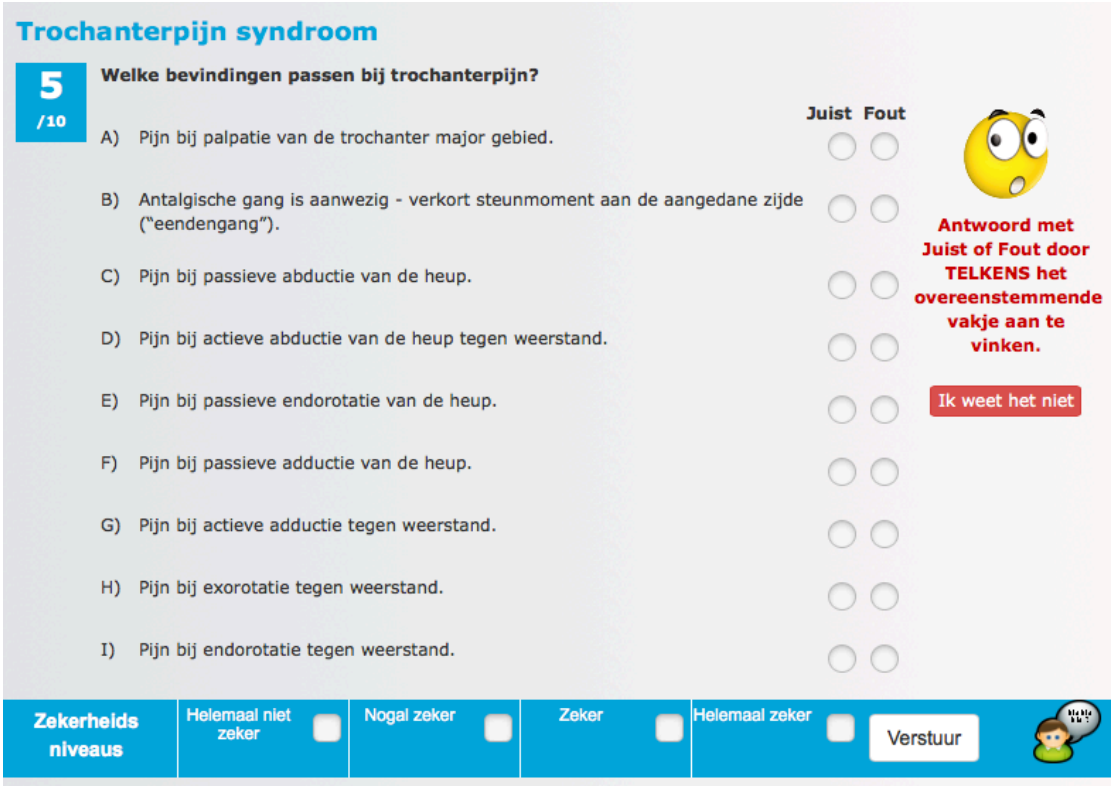
GTPS komt frequent voor samen met volgende andere medische condities (Segal et al., 2007; Williams and Cohen, 2009):

- Reumatoïde artritis
- Knie osteoartritis voornamelijk van aangetaste zijde
- Heupartritis van aangetaste en niet aangetaste zijde
- Fibromyalgie
- Lage rugpijn en aandoeningen van lumbale wervelkolom zoals degeneratieve osteoartritis, discopathieën en radiculopathieën.

Studies tonen aan dat er een associatie is tussen obesitas, beenlengteverschil met GTPS (Segal et al., 2007).

Voor zover bekend, spelen anorexia en diabetes mellitus geen rol.

Vraag 5



Het juiste antwoorden zijn **A**, **B, D, F, H** en I.

A. Bij GTPS treedt pijn op bij palpatie van trochanter major gebied (ACOEM-NGC, 2012; Boumans, 2008; Duodecim, 2013; NICE-CKS, 2010).

B. De antalgische gang is soms aanwezig. Bij het wandelen wordt vooral gesteund op het niet aangedane been (ACOEM-NGC, 2012; NICE-CKS, 2010).

C. Beperking tijdens passieve abductie van de heup is meestal het gevolg van een capsulaire aandoening en het meest frequent betreft hier een heupartrose. Heuppijn zonder bewegingsbeperking is meestal het gevolg van een aandoening van de heupadductoren (m. adductor magnus, m. adductor longus, m. adductor brevis, m. gracilis, m. pectineus)(Van Loghum, 1994; Van Os, 2012).

D. Tijdens actieve abductie van de heup tegen weerstand worden de abductoren van de heup op pijnlijkheid en kracht getest (m. gluteus medius, m. gluteus minimus, m. gluteus maximus en m. tensor fasciae latae) (Boumans, 2008; NICE-CKS, 2010; Van Loghum, 1994; Van Os, 2012).

E. Een bewegingsbeperking en pijn tijdens passieve endorotatie van de heup is bijna altijd capsulair, en wijst dus op artritis of artrose. Men dient er mee rekening te houden dat op het einde van de endorotatie er tevens een homolaterale lateraalflexie van de lumbale wervelkolom optreedt. Aandoeningen van de lumbale wervelkolom kunnen hier dus ook pijn veroorzaken (Van Loghum, 1994).

F. Pijn bij passieve extreme adductie van de heup past bij diagnose van GTPS (Duodecim, 2013). Pijn kan veroorzaakt zijn door rek van de bekken-

bovenbeenspieren (mm. tensor fascia lata en tractus iliotibialis) of door compressie van de daaronder liggende bursa subtrochanterica (Van Loghum, 1994; Van Os, 2012).

G. Tijdens actieve adductie tegen weerstand vanuit de nul stand worden de adductoren van de heup op pijnlijkheid en kracht getest. Bij verdenking van adductorenletsel is het uitvoeren van alleen deze test meestal niet voldoende (heupadductie in 45° en 90° heupflexie dient uitgevoerd worden) (Van Loghum, 1994).

H. Bij GTPS exorotatie tegen weerstand produceert pijn aan de aangedane zijde van de heup (Duodecim, 2013). Hierbij worden de exorotatoren van de heup getest op kracht en pijnlijkheid. De M. iliopsoas is vaker aangedaan dat de M. sartorius. M. gluteus medius achterste deel neemt ook een deel in de exorotatie van de heup (Van Loghum, 1994; Van Os, 2012).

I. Bij GTPS endorotatie van de heup tegen weerstand produceert pijn lateraal in de heup (Duodecim, 2013; NICE-CKS, 2010). Hierbij worden de endorotatoren van de heup op kracht en pijnlijkheid getest (Van Loghum, 1994). Endorotatoren van de heup zijn m. tensor fasciae latae, m. gluteus minimus en m. gluteus medius voorste deel (Van Os, 2012).

Vraag 6



Antwoorden **A**, **B** en **D** zijn juist, antwoord C is fout.

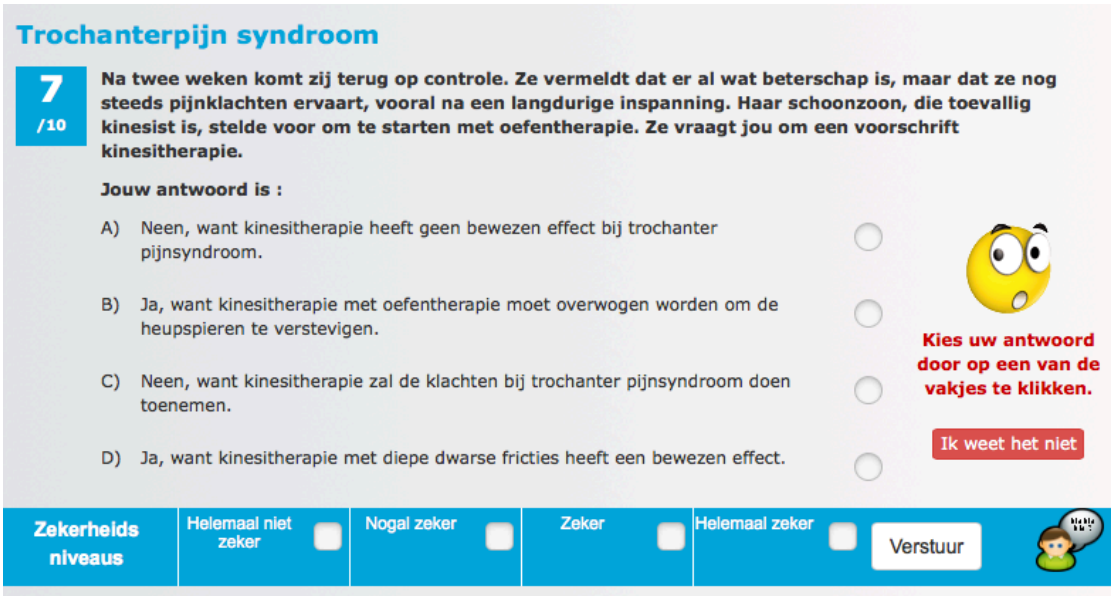
Stel de patiënt gerust dat het trochanterpijn syndroom meestal zelflimiterend is (NICE-CKS, 2010).

Raad aan om enkele keren per dag ijs te leggen op de pijnlijke plaats, dit kan de symptomen verlichten (NICE-CKS, 2010).

Indien aangewezen (bij overgewicht), raad aan dat gewichtsreductie kan helpen om de klachten te verminderen (NICE-CKS, 2010).

In de acute fase van trochanterpijn kan relatieve rust verbetering geven (ACOEM-NGC, 2012).

Vraag 7

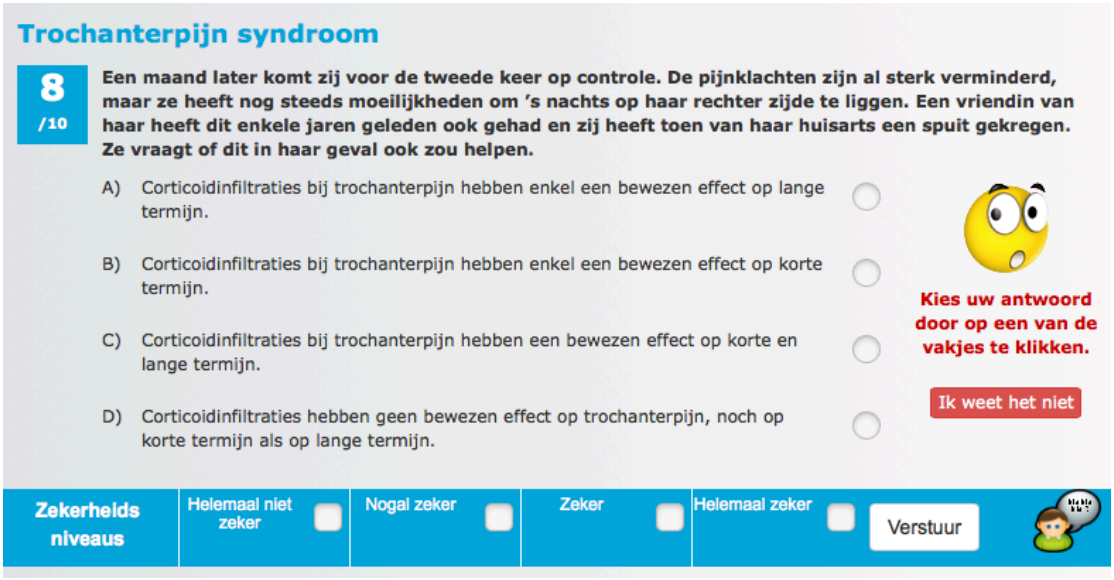


Antwoord **B** is juist, antwoorden A, C en D zijn fout.

Progressieve, excentrische oefeningen worden aanbevolen bij gluteus medius tendinose of –scheuren, vooral om de laterale heupspieren te verstevigen (ACOEM-NGC, 2012).

Verwijzing naar een kinesist moet overwogen als de symptomen persisteren ondanks conservatieve behandeling en corticoïdinfiltraties (NICE-CKS, 2010).

Vraag 8



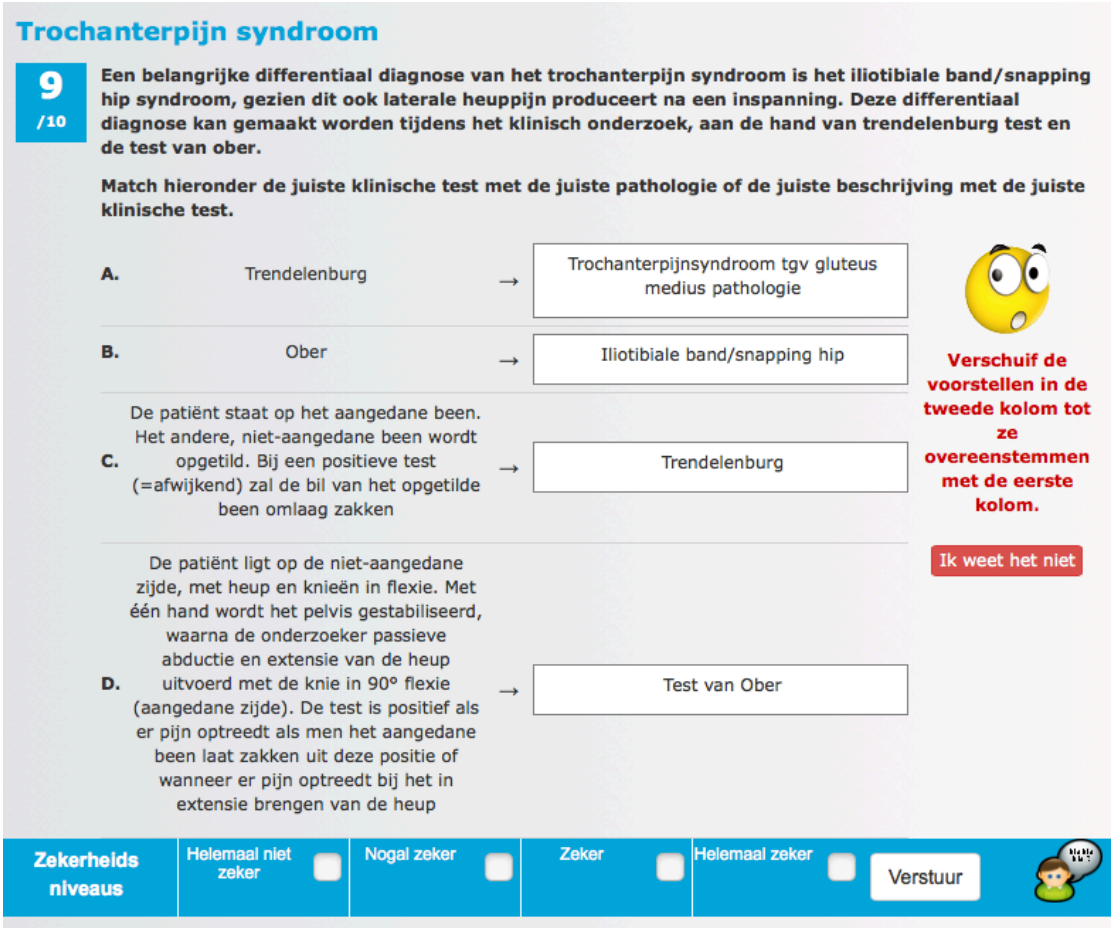
Het juiste antwoord is **B**

Als het initieel conservatief beleid geen voldoende verbetering geeft van de klachten moet een corticoïdinfiltratie overwogen worden. Hierbij wordt de pijnlijke plaats geïnjecteerd met een combinatie van een corticoïde en lidocaïne (NICE-CKS, 2010).

Corticoidinfiltraties worden aanbevolen als één van de behandelingsopties bij acute, subacute of chronische bursitis trochanterica en gluteus medius scheuren met begeleidende bursitis (ACOEM-NGC, 2012).

Corticosteroïdinfiltraties kunnen in vergelijking met gebruikelijke zorg op korte termijn nuttig zijn voor de behandeling van trochanter major pijnsyndroom. Op lange termijn hebben ze geen bewezen nut. Besluit : corticosteroïdinfiltraties (maximaal driemaal met een interval van drie maanden) in loco dolenti wanneer een conservatieve behandeling onvoldoende verbetering geeft (Minerva, 2012).

Vraag 9



De antwoorden: **A = 1**, **B = 2**, **C = 3**, **D = 4**

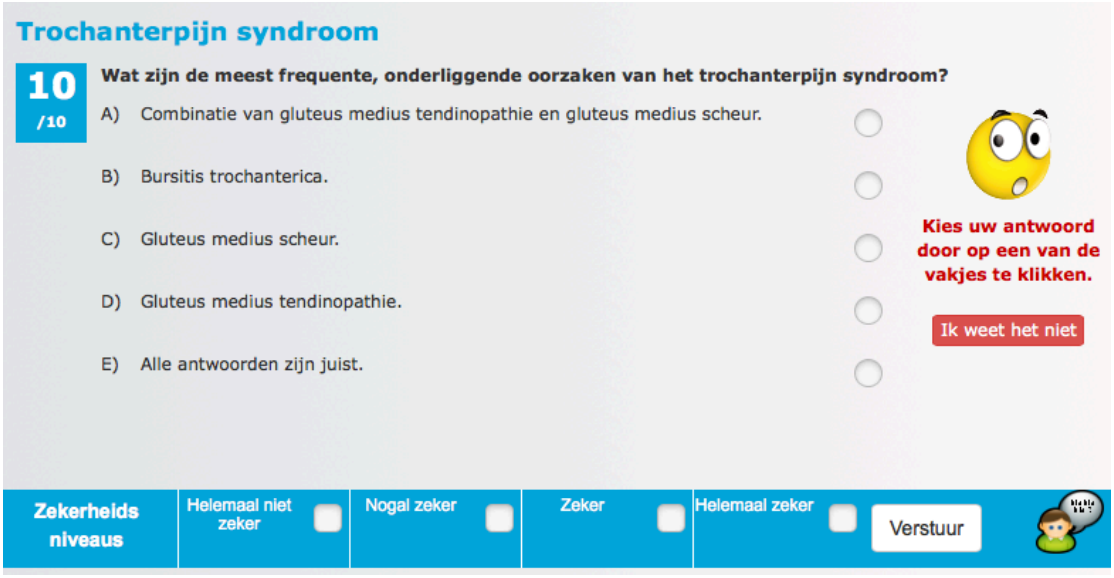
Iliotibiale band syndroom: De test van Ober:

Vraag aan de patiënt om op de niet-aangedane zijde te liggen, met de heup en knieën in flexie. Ga achter de patiënt staan, en stabiliseer de heup met één hand. Hef met de andere hand het aangedane been op en breng de heup in extensie, terwijl interne rotatie belet wordt. Als de klachten gereproduceerd worden wanneer de heup in extensie gebracht wordt, of wanneer men het been naar beneden laat zakken (terwijl flexie en interne rotatie van de heup belet wordt), kan dit wijzen op iliotibiale band syndroom (NICE-CKS, 2010).

Trochanterpijn syndroom: Trendelenburg test:

Observeer de patiënt terwijl je achter hem/haar staat en vraag hem/haar om beide voeten afwisselend van de grond te halen. De test is positief als de bil naar beneden zakt (in plaats van horizontaal te blijven of omhoog te komen) terwijl het niet-aangedane been opgetild wordt. De Trendelenburg test kan positief zijn bij verschillende aandoeningen van de heup, maar is waarschijnlijk de meest accurate test voor het trochanterpijn syndroom (NICE-CKS, 2010).

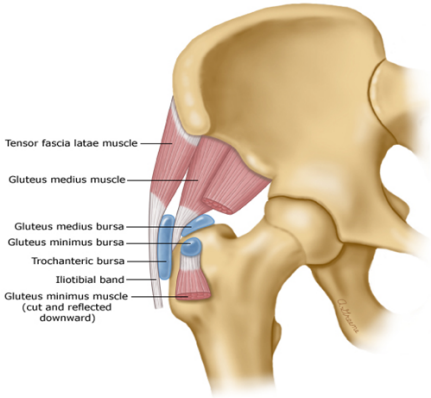
Vraag 10



Alle antwoorden zijn juist.

De meest frequente oorzaken van het trochanterpijn syndroom zijn : gluteus medius tendinopathie, gluteus medius scheur, bursitis trochanterica of een combinatie van gluteus medius tendinopathie en gluteus medius scheur (NICE-CKS, 2010).

Gluteus medius tendinopathie of gluteus medius scheur is waarschijnlijk een meer frequente oorzaak van trochanterpijn dan bursitis trochanterica (Duodecim, 2013).



Finaal nazicht door leescomissie

Op basis van de opmerkingen van de peer review werd de richtlijn herschreven. Deze voorstellen tot wijziging gaan uiteindelijk worden voorgesteld aan de leescommissie van EBMPracticeNet ter goedkeuring.

Discussie

Het doel van deze masterproef is het formuleren van duidelijke aanbevelingen omtrent de diagnose van trochanterpijnsyndroom met aandacht voor anamnese en klinisch onderzoek. Tijdens het doorlopen van het adaptatieproces en na overleg van leescommissie werd besloten om de richtlijn mineur te adapteren. De beschreven stellingen in de Duodecim richtlijn zijn relevant voor GTPS diagnose, echter de formulering was niet duidelijk en de onderbouwing kan beter zijn.

Tijdens het systematisch literatuur onderzoek kwam naar voren dat er weinig relevante informatie beschikbaar is betreffende de geformuleerde klinische vragen. De gevonden stellingen waren voornamelijk gebaseerd op basis van expert opinies of observationele studies met beperkte wetenschappelijke basis. Daardoor is er nood aan beter onderbouwde studies zoals gerandomiseerde gecontroleerde studies, welke een hoog niveau van bewijskracht kunnen aanbieden waardoor er sterke aanbevelingen met een hoge GRADE score geformuleerd kunnen worden.

De opmerking werd gemaakt tijdens de peer review dat de vraagstelling op de antwoordformulieren de neiging gaf om “ja” te antwoorden door de ondervraagde huisartsen. Hierdoor is er een grotere kans op vals positieve antwoorden. Tijdens de peer review bleek ook dat de specifieke testen tijdens klinisch onderzoek niet goed gekend zijn. De opgestelde e-learning module die online beschikbaar is voor andere huisartsen en waarvoor accreditatie werd aangevraagd, zou mogelijks kunnen bijdragen in de algemene kennis rond GTPS in de eerstelijn. Tenslotte dient vermeld te worden dat vanwege tijdsgebrek enkel twee huisartsgroepen ondervraagd werden voor de peer review. Voor een duidelijker representatief beeld voor Belgische context is dit mogelijks niet voldoende en zou uitgebreid kunnen worden in toekomstige studies. De opvolging van de e-learning module zou hierbij mogelijks kunnen helpen.

De uiteindelijk opgestelde richtlijn moet nog finaal goedgekeurd worden door de leescomissie van EBMPracticeNet. Indien dit gebeurt, wordt de richtlijn gepubliceerd en beschikbaar gesteld voor Belgische huisartsen. Om de richtlijn relevant te houden met de nieuwste gepubliceerde studies dient deze een nazicht te krijgen om de 2 jaar waarbij dezelfde zoektermen gebruikt worden tijdens het opstellen van de richtlijn. Na 5 jaar dient deze echter volledig herwerkt te worden.

Referenties

ACOEM-NGC (2012). Hip and groin disorders.

Atkins, D., Best, D., Briss, P.A., Eccles, M., Falck-Ytter, Y., Flottorp, S., Guyatt, G.H., Harbour, R.T., Haugh, M.C., Henry, D.*, et al.* (2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ *328*, 1490.

Bird, P.A., Oakley, S.P., Shnier, R., and Kirkham, B.W. (2001). Prospective evaluation of magnetic resonance imaging and physical examination findings in patients with greater trochanteric pain syndrome. Arthritis Rheum *44*, 2138-2145.

Boumans, M.T.A.V.O.A. (2008). Vaardigheden in de geneeskunde "het onderzoek van de onderste extremiteiten". Mediview.

Duodecim (2013), EBM Guidlines, Trochanteric pain.

Fearon, A.M., Scarvell, J.M., Neeman, T., Cook, J.L., Cormick, W., and Smith, P.N. (2013). Greater trochanteric pain syndrome: defining the clinical syndrome. Br J Sports Med *47*, 649-653.

Figler, A. (2000). Hip pain in athletes. Am Fam Physician.

Hamer, A.J. (2004). Pain in the hip and knee. BMJ *328*, 1067-1069.

Klauser, A.S., Martinoli, C., Tagliafico, A., Bellmann-Weiler, R., Feuchtner, G.M., Wick, M., and Jaschke, W.R. (2013). Greater trochanteric pain syndrome. Semin Musculoskelet Radiol *17*, 43-48.

Kong, A., Van der Vliet, A., and Zadow, S. (2007). MRI and US of gluteal tendinopathy in greater trochanteric pain syndrome. Eur Radiol *17*, 1772-1783.

Lequesne, M., Mathieu, P., Vuillemin-Bodaghi, V., Bard, H., and Djian, P. (2008). Gluteal tendinopathy in refractory greater trochanter pain syndrome: diagnostic value of two clinical tests. Arthritis Rheum *59*, 241-246.

Lievense, A., Bierma-Zeinstra, S., Schouten, B., Bohnen, A., Verhaar, J., and Koes, B. (2005). Prognosis of trochanteric pain in primary care. Br J Gen Pract *55*, 199-204.

Minerva (2012). Corticosteroïdinfiltraties effectief voor het trochanter major pijnsyndroom? Minerva.

NHG (2015). Lumbosacraal radiculair syndroom. NHG standaard.

NICE-CKS (2010). Greater Trochanteric Pain Syndrome (trochanteric bursitis).

RD, R. (2008). Guides to the Evaluation of Permanent Impairment. AMA Guides *Sixth Edition*.

Rompe, J.D., Segal, N.A., Cacchio, A., Furia, J.P., Morral, A., and Maffulli, N. (2009). Home training, local corticosteroid injection, or radial shock wave therapy for greater trochanter pain syndrome. Am J Sports Med *37*, 1981-1990.

Sanders, S.H., Harden, R.N., and Vicente, P.J. (2005). Evidence-based clinical practice guidelines for interdisciplinary rehabilitation of chronic nonmalignant pain syndrome patients. Pain Pract *5*, 303-315.

Schunemann, H.J., Best, D., Vist, G., Oxman, A.D., and Group, G.W. (2003). Letters, numbers, symbols and words: how to communicate grades of evidence and recommendations. CMAJ *169*, 677-680.

Segal, N.A., Felson, D.T., Torner, J.C., Zhu, Y., Curtis, J.R., Niu, J., Nevitt, M.C., and Multicenter Osteoarthritis Study, G. (2007). Greater trochanteric pain syndrome: epidemiology and associated factors. Arch Phys Med Rehabil *88*, 988-992.

Strauss, E.J., Nho, S.J., and Kelly, B.T. (2010). Greater trochanteric pain syndrome. Sports Med Arthrosc *18*, 113-119.

Van Loghum, B. (1994). Orthopedische geneeskunde en manuele therapie, deel 1: Extremiteiten. Dos Winkel en Geert Aufdemkampe.

Van Os, V. (2012). Anatomie van het bewegingsapparaat in beeld. BSL.

Williams, B.S., and Cohen, S.P. (2009). Greater trochanteric pain syndrome: a review of anatomy, diagnosis and treatment. Anesth Analg *108*, 1662-1670.

Woodley, S.J., Nicholson, H.D., Livingstone, V., Doyle, T.C., Meikle, G.R., Macintosh, J.E., and Mercer, S.R. (2008). Lateral hip pain: findings from magnetic resonance imaging and clinical examination. J Orthop Sports Phys Ther *38*, 313-328.

Lijst van gebruikte afkortingen

Afkorting	Betekenis
ACOEM	American College of Occupational and Environmental Medicine
AGREE II	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II
BCFI	Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie
CKS	Clinical Knowledge Summaries
EBM	Evidence-Based Medicine
EBMG	Evidence-Based Medicine Guidlines
FABER test	Flexion, Abduction and External Rotation
FOD	Federale Overheidsdienst
G-I-N	Guidlines International Network
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations (GRADE)
GTPS	Greater Trochanter Pain Syndrome
HAIO	HuisArts In Opleiding
HGR	Hoge Gezondheidsraad
KCE	Belgian Health Care Knowledge Centre
LOK groep	LOkale Kwaliteitsgroep
NGC	National Guideline Clearinghouse
NHS	The National Health Service
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
PIPOH	Patient population, Intervention, Professionals, Outcomes, Healthcare setting
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
UK	United Kingdom

Bijlagen

Bijlage 1: Beoordeling van de geselecteerde richtlijnen met AGREE II
Bijlage 2: GRADE (Samenvattende tabel)
Bijlage 3: Powerpoint presentatie van de peerreview sessie
Bijlage 4: Feedbackformulier van de peerreview sessie
Bijlage 5: Het protocol (onderdeel verzoek tot advies van het Ethisch Comité)
Bijlage 6: Goedkeuringsbrief van het Ethisch Comité

Bijlage 1

STAP 4.1 Beoordeel geselecteerde richtlijnen met AGREE II

RICHTLIJN TITEL: Greater trochanteric pain syndrome (CKS)

	Item	Evaluator 1	Evaluator 2	major remarks
Scope and purpose	1	3	6	Zeer duidelijk beschreven doelen. Volgens evaluator 1 te beknopt en te weinig gespecifieerd.
	2	4	5	korte vragen naast de grote hoofdstukken van thema's.
	3	2	4	Vrij beknopte beschrijving van de populatie, enkel de leeftijd wordt kort vermeld.
TOTAAL /21		9	15	
Stakeholder involvement	4	1	1	Geen beschrijving gevonden van de betrokken leden van de werkgroep.
	5	1	1	Geen informatie gevonden. Het perspectief en de voorkeuren van de doelpopulatie is niet vermeld.
	6	6	7	Heldere beschrijving van de doelgroep en hoe zij deze richtlijn kunnen gebruiken.
TOTAAL /21		8	9	
Rigour of development	7	6	6	goed beschreven zoekstrategie
	8	3	3	Geen beschrijving van exclusie/inclusie criteria, wel zoektermen.
	9	4	6	Beoordeling (sterke/zwakke punten) van de studies worden weinig omschreven. Na elke paragraaf wordt er wel vermeld op basis van welke studies de aanbevelingen gebaseerd werden (heel vaak op basis van consensus/expert opinion).
	10	5	5	Literatuur waarop ze zich baseren wordt duidelijk beschreven. Na de klinische vraag en de uitwerking hiervan volgt de 'basis of recommendation'. Hier wordt vermeld op welke studies de aanbevelingen gebaseerd werden (heel vaak consensus/expert opinion).
	11	5	3	Beschrijving van de risico's van de behandelingen, de overwegingen die men moet maken bij het starten van de behandeling. Beschrijving van de evidence voor de verschillende behandelingen ikv voordelen/winst/succes.
	12	6	6	Duidelijk samenhang tussen het wetenschappelijk bewijs en de aanbevelingen
	13	1	1	Geen uitsprake over beoordeling door externe experts
	14	6	7	Duidelijke vermelding van wanneer de laatste herziening plaatsvond, welke updates gemaakt werden, nieuw gevonden evidence, …
TOTAAL /56		36	37	
Clarity and presentation	15	6	6	Specifiek en ondubbelzinnig
	16	6	6	Duidelijke beschrijving van de verschillende behandelingsopties, met vermelding van indicaties, contra-indicaties, bijwerkingen, …
	17	6	6	Kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen. In het begin van de richtlijn is er een duidelijke, beknopte samenvatting van de relevante aanbevelingen.
TOTAAL /21		18	18	
Applicability	18	1	1	geen uitspraak over bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn
	19	4	3	samenvatting van de richtlijn
	20	1	1	geen informatie betreffende kosten
	21	1	4	criteria kan gevonden worden in een samenvatting
TOTAAL /28		7	9	
Editorial independence	22	1	1	geen uitspraak over financierende instantie
	23	1	1	geen uitspraak over conflicterende belangen
TOTAAL /14		2	2	

OVERALL ASSESSMENT			REMARKS
Strongly recommend			
Recommend (with provisos / alterations)	JA	JA	Uitgebreide richtlijn, met duidelijke aanbevelingen. Over het algemeen goede AGREE score, ook op rigour of development. Gekende, kwaliteitsvolle bron met richtlijnen specifiek voor de eerste lijn en daardoor zeer bruikbaar.
Would not recommend			
Unsure			

RICHTLIJN TITEL: Hip and Groin Disorders (ACOEM)

	Item	Evaluator 1	Evaluator 2	major remarks
Scope and purpose	1	5	5	Gezondheidsdoelen en doelpopulatie zijn specifiek beschreven, maar zijn vrij beknopt en bestaat geen specifieke formulering
	2	6	4	Specifieke beschrijving van de doelgroep, interventies en uitkomsten, maar geen gedetailleerde vragen/stellingen in de richtlijn vermeld
	3	5	6	Specifieke beschrijving van de doelgroep
TOTAAL /21		16	15	
Stakeholder involvement	4	7	6	Zeer gedetailleerde beschrijving van de leden van de werkgroep met vermelding van naam, discipline, functie, organisatie, …
	5	3	5	Geen informatie gevonden hieromtrent. Het perspectief van voorkeuren van doelpopulatie en gebruikte strategie wordt vermeld als "stakholder input".
	6	7	7	Zeer duidelijke opsomming van de beoogde gebruikers.
TOTAAL /21		17	18	
Rigour of development	7	7	6	Zeer duidelijke en volledige beschrijving zoekmethode die zeer systematisch gebeurde.
	8	7	7	Zeer duidelijke beschrijving van de inclusie en exclusiecriteria
	9	7	7	Per aanbeveling wordt het niveau van evidence gegeven. Waarop men zich baseert wordt in de inleiding zeer gedetailleerd beschreven.
	10	7	6	Zeer duidelijke en gedetailleerde beschrijving van de gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen
	11	6	7	Duidelijke beschrijving van de gezondheidswinst en de mogelijke bijwerkingen/risico's
	12	6	6	Uitgebreide referentielijst. Per aanbeveling worden er meestal evidentietabellen gegeven waarin de gebruikte evidence voor de aanbeveling besproken wordt.
	13	5	5	De richtlijn werd beoordeeld door externe experts. Wel slechts een beknopte beschrijving van de methodologie en er zijn geen referenties te vinden van de externe experts.
	14	5	4	Beschrijving van de data waarop de verschillende onderdelen van het proces gedaan werden. Geen beschrijving van de methodologie voor de herzieningsprocedure.
TOTAAL /56		50	48	
Clarity and presentation	15	6	6	Specifiek en ondubbelzinnig.
	16	6	6	Beknopte beschrijving van de beleidsopties en klinische situaties (acuut,subacuut…) in de samenvatting. Uitgebreidere bespreking in de volledige richtlijn.
	17	6	7	De aanbevelingen zijn helder gepresenteerd en gegroepeerd aan bewijsmateriaal in de kaders.
TOTAAL /21		18	19	
Applicability	18	4	3	Geen bevorderende en belemmerende factoren beschreven, wel korte kwalificerende uitspraken.
	19	5	4	Er wordt vermeld dat er 'implementation tools' zijn, namelijk een algoritme en hulpmiddelen voor smartphones.
	20	1	1	Geen uitspraak over kosteninformatie.
	21	2	2	Implementatie paragraaf is vermeld, implementatiecriteria werden niet verstrekt.
TOTAAL /28		12	10	
Editorial independence	22	4	4	Vermelding van de financiering instantie, maar geen uitspraak over het beïnvloeden van de inhoud.
	23	6	7	Duidelijke vermelding over conflicterende belangen van richtlijnwerkgroep leden.
TOTAAL /14		10	11	

OVERALL ASSESSMENT			REMARKS
Strongly recommend			
Recommend (with provisos / alterations)	JA	JA	Zeer goede score op rigour of development. Nadeel van de richtlijn is dat ze zeer beknopt is, met zeer korte aanbevelingen en enkel tabellen bevat met summaries of recommendations. Dit is vooral te wijten aan het feit dat het een brede richtlijn is, die niet enkel handelt over trochanterpijn.
Would not recommend			
Unsure			

Bijlage 2

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

Een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling aan te geven

Prof. dr. P. VAN ROYEN, Huisarts Nu, November 2008; 37(9)

24/04/16

Trochanterpijn
'Peer Review'

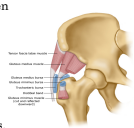


Agne Paskeviciute
Jasna Peeters

(Universiteit Antwerpen)
Promotor : Prof. Dr. Paul Van Royen

Inleiding (trochanterpijn)

- Meest voorkomende oorzaak van laterale heup pijn bij volwassenen
- **Prevalentie**
  - 15% bij vrouwen
  - 6.6% bij mannen
- **Risicofactoren :** vrouwelijk geslacht, oudere leeftijd, obesitas, artritis, lage rugpijn, fibromyalgie, frequente lopers



Inleiding (Duodecim)

- Duodecim project
  - Duodecim richtlijnen: EBM richtlijnen, opgesteld door Finse artsenvereniging 'Duodecim'
  - Doel van thesis: duodecim richtlijnen met negatieve beoordeling van EBMPracticeNet herzien en indien nodig adapteren aan de Belgische context

Inleiding (Duodecim)

- Methodologie
  - Screenings-adaptatie-fase
    - Systematische zoektocht literatuur
      andere richtlijnen over trochanterpijn
    - Screenen en waarderen van de nieuwe gevonden richtlijnen
    - Adaptatie (indien nodig) van de aanbevelingen van de Duodecim richtlijn aan nieuwe gevonden literatuur
      - nieuwe aanbeveling
  - Implementatie-fase
    - Deel 1 = Peer review
      waarna eventueel adaptatie van de nieuwe aanbevelingen
    - Deel 2 = Toetsing in de eigen praktijk
      E-learning pakket

Peer Review

DEEL 1 : Anamnese

Anamnese

- **Stelling 1** : Pijn straalt uit van het trochanter major gebied naar proximaal en lateraal aspect van de dij.
- *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?
  - Ja ☐
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Wordt de uitstraling van de pijn effectief door jullie nagevraagd in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/ niet)

Anamnese

- **Stelling 2** : Pijn wordt beschreven als diep en brandend.
- *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?
  - Ja ☐
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Wordt het karakter van de pijn effectief door jullie nagevraagd in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)

Anamnese

- **Stelling 3** : Het begin is geleidelijk.
- *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?
  - Ja ☐
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Vragen jullie in de praktijk naar de geleidelijkheid van de evolutie van de pijn om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/ niet)

Anamnese

- **Stelling 4** : Het begin is snel.
- *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?
  - Ja ☐
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Vragen jullie in de praktijk naar de snelheid van de evolutie van de pijn om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)

Anamnese

- **Stelling 5** : Pijn komt voor aan de aangedane zijde bij fysieke belasting "bvb wandelen, trapenlopen".
- *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?
  - Ja ☐
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Vragen jullie in de praktijk aan welke zijde de pijn bij fysieke belasting ontstaat om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/ niet)

Anamnese

- **Stelling 6** : Pijn bij het slapen op de aangetaste zijde.
- *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?
  - Ja ☐
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Wordt dit effectief door jullie nagevraagd in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)

Evidence

- Pijn straalt uit van het trochanter major gebied proximaal en lateraal aspect van de dij [1,2]
- Pijn wordt beschreven als diep en brandend [2]
- Het begin is geleidelijk maar kan snel verlopen [2]
- Pijn aan aangedane zijde bij fysieke belasting "bvb wandelen, traplopen" [1,2,3]
- Pijn bij het slapen op de aangetaste zijde [1,2,3]
- Niet uitstralende laterale heup pijn [3]

Bronnen

1. *Duodecim - Trochanteric pain, 2012*
Level of Recommendation : onbekend (2 referenties)

2. *NICE CKS - Greater Trochanteric Pain Syndrome, 2010*
Level of Recommendation : expert opinion

3. *ACOEM - Hip and groin disorders, 2012*
Level of Recommendation : consensus-based

Conclusie

- Evaluatie m.b.v. GRADE methode

Graad en aanbeveling	Voordelen vs. Nadelen en risico's	Methodologische kwaliteit van de studies	Implicaties
1C. Sterke aanbeveling met laag niveau van bewijskracht	**Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's**	**Observationele studies of case studies**	**Sterke aanbeveling maar dit kan veranderen in de toekomst indien hogere bewijskracht beschikbaar komt**
	Voordelen: betere diagnostiek voor trochanterpijn syndroom, minder technische onderzoeken. Geen duidelijke nadelen enkel extra tijdsverlies tijdens consultatie. Kostensparend. Vlot toepasbaar in de Belgische (huisarts)praktijk	Enkel gebaseerd op expert opinie, geen observationele studies	

" wij bevelen aan" of "wij raden af"

Duodecim richtlijn anamnese trochanter pijnsyndroom :

→ GRADE : 1C

Peer Review

Deel 2 : Klinisch Onderzoek

Klinisch Onderzoek

- **Stelling 1** : Pijn treedt op bij palpatie van trochanter major gebied.
- *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?
  - Ja ☐
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Wordt de gevoeligheid van trochanter major gebied effectief door jullie getest in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)

Klinisch Onderzoek

- **Stelling 2** : De antalgische gang is aanwezig (bij het wandelen wordt vooral gesteund op het niet aangedane been).
- *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?
  - Ja ☐
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Wordt de antalgische gang door jullie geobserveerd in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)

Klinisch Onderzoek

- **Stelling 3** : Actieve abductie tegen weerstand produceert pijn aan de aangedane zijde van de heup.
- *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?
  - Ja ☐
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Wordt dit effectief door jullie getest in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)

Klinisch Onderzoek

- **Stelling 4** : Passieve extreme adductie van de heup is pijnlijk.
- *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?
  - Ja ☐
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Wordt dit effectief door jullie getest in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)

Klinisch Onderzoek

- **Stelling 5** : Endorotatie tegen weerstand produceert pijn lateraal in de heup.
- *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?
  - Ja ☐
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Wordt dit effectief door jullie getest in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)

Klinisch Onderzoek

- **Stelling 6** : Exorotatie tegen weerstand produceert pijn lateraal in de heup.
- *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?
  - Ja ☐
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Wordt dit effectief door jullie getest in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)

Klinisch Onderzoek

- **Stelling 7** : De bewegingsvrijheid van de heup is zowel beperkt bij extreme rotatie als bij abductie, adductie en flexie.
- *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?
  - Ja ☐
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Wordt dit effectief door jullie getest in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)

Klinisch Onderzoek

- **Stelling 8** : De Trendelenburg test (één been houdingstest) is positief.
- *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?
  - Ja ☐
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Wordt dit effectief door jullie getest in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)

Klinisch Onderzoek

- **Stelling 9** : De trochanter bursae zijn voelbaar.
- *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?
  - Ja ☐
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Trachten jullie in de praktijk de trochanter bursae te voelen om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)

Algemene stelling

- **Stelling 10** : Ondersteunt de samenhang van volgende 3 stellingen de diagnose van trochanter pijnsyndroom?
  - patiënten met laterale heuppijn in afwezigheid van problemen met het manipuleren van schoenen en sokken,
  - pijn bij palpatie van de trochanter major gebied
  - laterale heup pijn bij FABER test (flexie, abductie, externe rotatie).
- *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?
  - Ja ☐
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Wordt dit effectief door jullie nagevraagd/ getest in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)

Evidence

- Pijn treedt op bij palpatie van trochanter major gebied [1,2,3]
- De antalgische gang is aanwezig [2,3]
- Actieve abductie tegen weerstand produceert pijn aan de aangedane zijde van de heup [2]
- Passieve extreme adductie van de heup is pijnlijk [1]
- Endorotatie tegen weerstand produceert pijn lateraal in de heup [1,2]
- Exorotatie tegen weerstand produceert pijn lateraal in de heup [1]

Bronnen

1. *Duodecim - Trochanteric pain, 2013*
   Level of Recommendation : onbekend (2 referenties)
2. *NICE CKS - Greater Trochanteric Pain Syndrome, 2010*
   Level of Recommendation : expert opinion en 2 referenties
3. *ACOEM - Hip and groin disorders, 2012*
   Level of Recommendation : consensus-based en 2 referenties

Evidence

- De bewegingsvrijheid van de heup is beperkt bij extreme rotatie, abductie, adductie en flexie [1,2]
- De Trendelenburg (één been houdingstest) is positief [2]
- De trochanteric bursae zijn zeldzaam voelbaar [2]
- Patiënten met laterale heuppijn [4]
  - in afwezigheid van problemen met het manipuleren van schoenen en sokken
  - pijn bij palpatie van de trochanter major gebied
  - laterale heup pijn bij FABER test (flexie, abductie, externe rotatie) hebben meer kans op greater trochanterpijn syndroom

Bronnen

1. *Duodecim - Trochanteric pain, 2013*
   Level of Recommendation : onbekend (2 referenties)
2. *NICE CKS - Greater Trochanteric Pain Syndrome, 2010*
   Level of Recommendation : expert opinion en 2 referenties
3. *ACOEM - Hip and groin disorders, 2012*
   Level of Recommendation : consensus-based en 2 referenties
4. Fearon et al. - Greater trochanteric pain syndrome: defining the clinical syndrome, 2013

Conclusie

- Evaluatie m.b.v. GRADE methode

Graad en aanbeveling	Voordelen vs. Nadelen en risico's	Methodologische kwaliteit van de studies	Implicaties
1C. Sterke aanbeveling met laag niveau van bewijskracht	**Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's**	**Observationele studies of case studies**	**Sterke aanbeveling maar dit kan veranderen in de toekomst indien hogere bewijskracht beschikbaar komt**
	Voordelen: betere diagnostiek voor trochanterpijn syndroom, minder technische onderzoeken. Geen duidelijke nadelen enkel extra tijdsverlies tijdens consultatie. Kostensparend. Vlot toepasbaar in de Belgische (huisarts)praktijk	Enkel gebaseerd op expert opinie, geen observationele studies	

" wij bevelen aan" of "wij raden af"

Duodecim richtlijn anamnese trochanter pijnsyndroom :

→ GRADE : 1C

Antwoordformulier
Peer Review
Duodecim richtlijn Trochanterpijn

Anamnese

Stelling 1 : Pijn straalt uit van het trochanter major gebied naar proximaal en lateraal aspect van de dij.

⇨ *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?

Ja ☐ Nee ☐ Geen mening ☐

⇨ *Vraag 2* : Wordt de uitstraling van de pijn effectief door jullie nagevraagd in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)
……
……
……

Stelling 2 : Pijn wordt beschreven als diep en brandend.

⇨ *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?

Ja ☐ Nee ☐ Geen mening ☐

⇨ *Vraag 2* : Wordt het karakter van de pijn effectief door jullie nagevraagd in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)
……
……
……

Stelling 3 : Het begin is geleidelijk.

⇨ *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?

Ja ☐ Nee ☐ Geen mening ☐

⇨ *Vraag 2* : Vragen jullie in de praktijk naar de geleidelijkheid van de evolutie van de pijn om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)
……
……
……

Stelling 4 : Het begin is snel.

⇨ *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?

Ja ☐ Nee ☐ Geen mening ☐

- *Vraag 2* : Vragen jullie in de praktijk naar de snelheid van de evolutie van de pijn om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)
  ……
  ……
  ……

Stelling 5 : Pijn komt voor aan de aangedane zijde bij fysieke belasting "bvb wandelen, trapenlopen".

⇨ *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?

Ja ☐ Nee ☐ Geen mening ☐

⇨ *Vraag 2* : Vragen jullie in de praktijk aan welke zijde de pijn bij fysieke belasting ontstaat om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)
……
……
……

Stelling 6 : Pijn bij het slapen op de aangetaste zijde.

⇨ *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?
Ja ☐ Nee ☐ Geen mening ☐

⇨ *Vraag 2* : Wordt dit effectief door jullie nagevraagd in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet
……
……
……

Algemene opmerkingen over anamnese? ……
……
……
……

Klinisch Onderzoek

Stelling 1 : Pijn treedt op bij palpatie van trochanter major gebied.

⇨ *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?

Ja ☐ Nee ☐ Geen mening ☐

⇨ *Vraag 2* : Wordt de gevoeligheid van trochanter major gebied effectief door jullie getest in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)
……
……
……

Stelling 2 : De antalgische gang is aanwezig (bij het wandelen wordt vooral gesteund op het niet aangedane been).

⇨ *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?

Ja ☐ Nee ☐ Geen mening ☐

⇨ *Vraag 2* : Wordt de antalgische gang door jullie geobserveerd in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)
……
……
……

Stelling 3 : Actieve abductie tegen weerstand produceert pijn aan de aangedane zijde van de heup.

⇨ *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?

Ja ☐ Nee ☐ Geen mening ☐

⇨ *Vraag 2* : Wordt dit effectief door jullie getest in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)
……
……
……

Stelling 4 : Passieve extreme adductie van de heup is pijnlijk.

- ⇨ *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?

  Ja ☐ Nee ☐ Geen mening ☐

- ⇨ *Vraag 2* : Wordt dit effectief door jullie getest in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)

  ……
  ……
  ……

Stelling 5 : Endorotatie tegen weerstand produceert pijn lateraal in de heup.

- ⇨ *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?

  Ja ☐ Nee ☐ Geen mening ☐

- ⇨ *Vraag 2* : Wordt dit effectief door jullie getest in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)

  ……
  ……
  ……

Stelling 6 : Exorotatie tegen weerstand produceert pijn lateraal in de heup.

- ⇨ *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?

  Ja ☐ Nee ☐ Geen mening ☐

- ⇨ *Vraag 2* : Wordt dit effectief door jullie getest in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)

  ……
  ……
  ……

Stelling 7 : De bewegingsvrijheid van de heup is zowel beperkt bij extreme rotatie als bij abductie, adductie en flexie.

⇨ *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?

Ja ☐ Nee ☐ Geen mening ☐

⇨ *Vraag 2* : Wordt dit effectief door jullie getest in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)

……
……
……

Stelling 8 : De Trendelenburg test (één been houdingstest) is positief.

⇨ *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?

Ja ☐ Nee ☐ Geen mening ☐

⇨ *Vraag 2* : Wordt dit effectief door jullie getest in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)

……
……
……

Stelling 9 : De trochanter bursae zijn voelbaar.

⇨ *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?

Ja ☐ Nee ☐ Geen mening ☐

⇨ *Vraag 2* : Trachten jullie in de praktijk de trochanter bursae te voelen om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)

……
……
……

Stelling 10 : Ondersteunt de samenhang van volgende 3 stellingen de diagnose van trochanter pijnsyndroom?

- patiënten met laterale heuppijn in afwezigheid van problemen met het manipuleren van schoenen en sokken,
- pijn bij palpatie van de trochanter major gebied
- laterale heup pijn bij FABER test (flexie, abductie, externe rotatie).

⇨ *Vraag 1* : Dit past bij de diagnose trochanterpijn?

Ja ☐ Nee ☐ Geen mening ☐

⇨ *Vraag 2* : Wordt dit effectief door jullie nagevraagd/getest in de praktijk om jullie diagnose te ondersteunen? (waarom wel/niet)

……
……
……

Algemene opmerkingen over het klinisch onderzoek? ……
……
……
……

Protocol: Diagnostiek van trochanter pijnsyndroom

Doelstelling

Als thesisonderwerp voor mijn MaNaMa huisartsgeneeskunde aan universiteit Antwerpen, heb ik gekozen om mee te werken aan het adaptatieproject van Duodecim-richtlijn en mijn gekozen richtlijn thema noemt: “Trochanter pijn”. Deze richtlijn kreeg een negatieve beoordeling van EBM*Practice*Net redactie wat betreft kwaliteit van de inhoud, consistentie en toepasbaarheid binnen de Belgische context. Mijn doel, samen met mijn collega HAIO Jasna Peeters, is deze richtlijn opnieuw te herzien en te herschrijven.

Opzet

Onze MaNaMa thesis is onderverdeelt in 3 fases. In de eerste screeningsfase wordt de huidige Duodecim richtlijn geanalyseerd aan de hand van relevante literatuur. In de tweede fase worden de aanbevelingen van de richtlijn zo nodig geadapteerd en in de derde implementatiefase wordt e-learning pakket ontwikkelt.

Methodologie

In een eerste zo genaamde screeningsfase hebben we vier relevante klinische vragen geïdentificeerd en PIPOH-elementen bepaald binnen dit onderwerp (mijn klinische vragen gaan over de diagnostiek, terwijl die van mijn collega over therapie van trochanter pijn gaan). Daarna volgde een systematische zoektocht naar de bestaande relevante internationale richtlijnen en Belgische EBM-informatie. Hierop werd een ruwe selectie gemaakt van de referenties op basis van de bepaalde in- en exclusiecriteria waarna de gevonden richtlijnen gescreend werden voor relevante informatie. Tijdens dit proces werd er nagekeken of de gevonden richtlijn een antwoord geeft op de klinische vragen en werd er beslist of de aanbeveling dient te worden geadapteerd. Alle resultaten en beslissingen werden goed genoteerd in een data-matrix. De geselecteerde richtlijnen werden beoordeeld met het “AGREE-instrument” en er werd bepaald welke richtlijnen eventueel uitgesloten konden worden. Verder werd de inhoud van de aanbevelingen geïnventariseerd en werd voor alle klinische vragen een selectie van specifieke aanbevelingen en onderliggende evidentie samengevat in de data-matrix. In deze matrix werd de gebruikte methode en het toegewezen niveau van bewijskracht en/of graad van aanbeveling vermeld, om de eventuele verschillen, gelijkenissen alsook de sterke of zwaktes van de aanbevelingen en niveaus van bewijskracht sneller te kunnen identificeren. Nadien volgde het waarderen van de gevonden richtlijn op courantheid, samenhang en toepasbaarheid. Alle gegevens die verzameld werden tijdens de screeningsfase werden ook beoordeeld en goedgekeurd door een leescommissie van EBM*Practice*Net. De aanbevelingen geformuleerd door Duodecim werden voorts elk vergeleken met de weerhouden aanbevelingen uit de matrix.

Voor de tweede adaptatiefase worden de Duodecim aanbevelingen in verband met mijn klinische vragen niet geadapteerd, want de bijkomende informatie verandert de belangrijkste boodschap niet. Maar de aanbevelingen eventueel kunnen beter onderbouwd worden door aanvullende informatie toe te voegen. Zo wordt een nieuwe richtlijn opgesteld en wordt met de implementatiefase begonnen.

Hierna volgt de implementatiefase waarvoor deze aanvraag geldt:
Voor de eerste fase van de implementatie denken wij om de peer-review uit te voeren. We gaan dit toetsten in één seminarie groep, één LOK groep en één praktijkgroep van de huisartsen. De peer-review gaan we uitvoeren aan de hand van presentaties met eventueel casussen of discussie over bepaalde stellingen. We

willen ook gebruik maken van individuele antwoordformulieren d.m.v. multiple choice antwoorden wat de uiteindelijke evaluatie zal vergemakkelijken. We verwachten om inhoudelijke feedback en eventuele suggesties te krijgen en plannen ook om een discussieronde te houden. Eventueel kunnen wij gelijktijdig onze voorstellen voorleggen aan een traumatoloog-orthopedist voor verdere specifieke opmerkingen (expert-opinion).

Voor het formuleren van de praktijkconsensus, willen we een opleidingsmodule ontwikkelen.
We denken dat het "trochanter pijnsyndroom" onderwerp interessant is voor huisartsen en al deze aspecten zouden wij graag verder uitdiepen en onderbouwen via een opleidingsmodule.
- Eerst en vooral omdat het een pathologie is, die frequent voorkomt in de eerste lijn.
- Verder onderzoek en navraag heeft ons aangetoond dat er bij de huisartsen vaak onduidelijkheid/onwetendheid is over de eigenlijke pathologie.
- In verband met diagnostiek word er vaak een zeer beperkt klinisch onderzoek uitgevoerd.
- In verband met de behandeling wordt er al te vaak praktijk gericht gewerkt en nog te weinig wetenschappelijk gebaseerd.

Voor de ontwikkeling en ter ondersteuning van de opleidingsmodule gaat er mogelijks gebruikt gemaakt worden van video materiaal waarbij bepaalde handelingen uit de richtlijn worden gedemonstreerd op collega huisartsgeneeskunde student. Het klinisch onderzoek bevat:

- Ganginspectie
- Palpatie van trochanter major en trochanteric bursae
- Actieve abductie tegen weerstand van de heup
- Passieve extreme adductie van de heup
- Exoroatie tegen weerstand van de heup
- Endorotatie tegen weerstand van de heup
- Trendelenberg test
- FABER test

Deze visuele materie kan in de toekomst online worden gebruikt voor het onderbouwen van een online opleidingsmodule en wordt zichtbaar gesteld voor andere artsen op de website (www.excellencis.org) welke via accreditering georganiseerd/aangeboden.

We hebben de voorbije tijd ons verder verdiept in "excellensis" platform door de verschillende modules te bekijken en beantwoorden, waardoor we een beter beeld hebben gekregen van de werking en de mogelijkheden. We hebben de redactie van "excellensis" gecontacteerd en hebben goedkeuring gekregen om de module via hun platform aan te bieden aan andere artsen.

Analyse

Op basis van de opmerkingen van een peer review gaan de aanpassingen aan de richtlijn gedaan worden en gaat er bekeken worden of de oorspronkelijke aanbeveling best gewijzigd wordt. Deze voorstellen tot wijziging gaan uiteindelijk worden voorgesteld aan de leescommissie ter goedkeuring. In een laatste fase zal de richtlijn op de database van EBMPracticeNet gepubliceerd worden, waardoor het beschikbaar zal worden voor alle eerstelijnsmedewerkers samen met de opleidingsmodule.

Bijlage 6

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Prof. dr. P. Van Royen
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Diagnostiek van trochanter pijn syndroom (manama huisartsgeneeskunde Agne Paskeviciute)

Belgisch Registratienummer: B300201628038

datum	ons kenmerk	contactpersoon
14/03/2016	16/1/11	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 14/03/2016.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  dr. Paskeviciute
- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 2/02/2016
  versie 2
- Protocol aangepaste versie dd. 2/02/2016
  versie 2

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
  o Nooit opgestart
  o Vroegtijdig stopgezet
  o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

Bijlage 6

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

datum: 14/03/2016

ons kenmerk: 16/1/11

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 4/01/2016.
Deze studie werd besproken op vergadering van 14/03/2016.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	-
Leden EC UZA			
BERVOETS An	Dermatoloog	V	-
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	-
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	-
HUIZING Manon	Oncoloog	V	+
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	+
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	+
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	+
VAN GENECHTEN Nancy	Verpleegkundige	V	-
VAN REEMPTS Patrick	Neonatoloog	M	+
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	-
VERLOOY Joris	Pediater	M	+
Toegevoegde leden UA			
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	+
DECKERS Lara	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	+
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	+
Uitgenodigde Experten			
HENS Kristien	Ethicus	V	+
LEMMENS Katrien	Farmacoloog	V	+
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	+
MAMPAEY Els	Psychologe	V	-
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	+
NORGA Koenraad	Pediater	M	-
STRUYF Filip	Kinesitherapeut	M	-
THEUNIS Bea	Apotheker	V	-
VAN BOGAERT Peter	Docent UA - verpleeg- en vroedkunde	M	+

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.