“Behandeling van Trochanterpijn syndroom” – Adaptatie Duodecimrichtlijn ‘Trochanterpijn’ aan de Belgische Context

Jasna Peeters, Universiteit Antwerpen

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

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Inleiding

Trochanter pijnsyndroom (GTPS) is een frequent voorkomende pathologie in de huisartsenpraktijk. Het doel van deze thesis is een adaptatie van de evidence-based richtlijn 'Trochanterpijn' aan de Belgische context, in kader van het 'Duodecim Project'. De adaptatie van het subthema 'behandeling' werd door mij uitgevoerd, het subthema 'diagnostiek' door mijn collega HAIO Agne Paskeviciute.

Methodologie

In een eerste fase (de 'screeningsfase') werd de Duodecim richtlijn 'Trochanterpijn' herzien en geadapteerd aan de Belgische context. Dit gebeurde aan de hand van een draaiboek, opgesteld door EBMPracticeNet. Hiervoor werd er eerst een uitgebreide literatuurzoektocht uitgevoerd naar andere internationale richtlijnen en naar Belgische evidence-based medicine (EBM) aanbevelingen en informatie. Deze richtlijnen werden vervolgens beoordeeld door middel van het AGREEII instrument, waarna de beste evidence-based richtlijnen geselecteerd werden. Vervolgens werd inhoud van de geselecteerde richtlijnen geïnventariseerd. De aanbevelingen van de richtlijnen werden nadien gewaardeerd op courantheid, samenhang en toepasbaarheid in de Belgische context.

In de tweede fase, de 'adaptatie fase' werden de aanbevelingen uit de Duodecim richtlijn 'Trochanterpijn' geadapteerd aan de hand van de andere selecteerde evidence-based richtlijnen. Aan deze geadapteerde aanbevelingen werd tenslotte een GRADE toegekend.

Hierna volgde de laatste fase, namelijk de 'implementatie fase'. Het eerste deel bestond uit een peer review, waarbij er een toetsing gebeurde in verschillende groepen huisartsen. De tweede stap was een toetsing in de eigen praktijk. Hiervoor werd er door ons een navormingsmodule, een E-learning pakket ontwikkeld. Op basis van deze peer review en praktijktoetsing werden –indien nodig – de geformuleerde praktijkaanbevelingen nogmaals aangepast. Tot slot werd de geadapteerde richtlijn voorgelegd aan de leescommissie van EBMPracticeNet ter goedkeuring.

Resultaten

De conservatieve behandeling (niet-medicamenteus) bestaat uit relatieve rust, ijsapplicatie en gewichtsreductie. Kinesitherapie kan overwogen worden, al dan niet in combinatie met andere maatregelen. Corticoidinfiltraties hebben vooral een goed effect op korte termijn, met snelle verlichting van de pijn. De voordelen op lange termijn zijn echter beperkt, met een hoog recidiefpercentage.

Inhoudstafel

1. Inleiding

2. Adaptatieproces

    2.1. Fase 1 : Screeningsfase

        2.1.1. Definiëren van de scope van de aanbevelingen
        2.1.2. Screenen van de gevonden richtlijnen
        2.1.3. Waarderen van de geselecteerde richtlijnen
        2.1.4. Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie
        2.1.5. Nazicht door de leescommissie

    2.2. Fase 2 : Methode : Adaptatiefase

    2.3. Fase 3 : Implementatiefase
        2.3.1. Peer review
        2.3.2. Formuleren van een praktijkconsensus
        2.3.3. Finaal nazicht door de leescommissie

3. Geadapteerde aanbevelingen

4. Discussie

5. Besluit

6. Referenties

7. Bijlagen

1. Inleiding

In 2010 nam het RIZIV het initiatief tot de uitbouw van een databank van evidence-based praktijkrichtlijnen voor zorgverleners, namelijk EBMPracticeNet. EBMPracticeNet omvat enerzijds de in België ontwikkelde richtlijnen, anderzijds wordt deze verzameling aangevuld met buitenlandse, internationaal geaccrediteerde richtlijnen ('EBM guidelines') die volgens een prioriteitenlijst door een professioneel redactiecomité werden aangepast aan de Belgische zorgverlening. EBMPracticeNet werkt hiervoor onder andere samen met de Finse huisartsenorganisatie Duodecim. Deze Finse, evidence-based Duodecim richtlijnen werden internationaal geaccrediteerd, maar zijn op heden niet aangepast aan de Belgische context. Het Duodecim project beoogt om de Duodecim richtlijnen, die een negatieve beoordeling kregen door de redactie van EBMPracticeNet, te herzien en aan te passen aan de Belgische situatie (1).
In het kader van onze MaNaMa thesis hebben wij ervoor gekozen om deel te nemen aan dit Duodecim project. Samen met mijn collega HAIO, Agne Paskeviciute, heb ik de richtlijn 'Trochanterpijn' (2) herzien en geadapteerd.

Het trochanterpijn syndroom (GTPS) is een regionaal pijnsyndroom waarbij er chronische intermittente of continue pijn gevoeld wordt op en rond de trochanter major regio (ter hoogte van het laterale bovenbeen). De pijn kan uitstralen naar de heup en de dij en neemt typisch toe met fysieke activiteit. De meest frequente onderliggende oorzaken zijn gluteus medius tendinopathie, gluteus medius scheur, bursitis trochanterica of een combinatie hiervan. Leeftijd is een voorbeschikkende factor en het komt ongeveer drie keer meer voor bij vrouwen dan bij mannen. Trochanterpijn komt frequent voor in de eerste lijn en er wordt geschat dat ongeveer 1,8 per 1000 personen per jaar de huisarts contacteren omwille van GTPS (3) (4).

Ik heb gekozen om mee te werken aan dit project omdat ik vind dat evidence-based medicine een belangrijk onderdeel is van de 'goede medische praktijkuitvoering'. Zeker als beginnende huisarts is dit een goede houvast. In de dagdagelijkse praktijk raadpleeg ik ook frequent de website EBMPracticeNet. Daarom dat ik het interessant vond om in het kader van mijn MaNaMa thesis te kunnen bijdragen aan dit project.
Het doel van deze MaNaMa thesis is een adaptatie van de evidence-based richtlijn 'trochanterpijn' (2) aan de Belgische context in kader van het 'Duodecim Project'. De uiteindelijke geadapteerde richtlijn zal worden gepubliceerd op het elektronisch platform van EBMPracticeNet en zo beschikbaar zal zijn voor alle Belgische huisartsen.

2. Methode : Adaptatieproces

Het adaptatieproces bestond uit drie verschillende fasen; een screeningsfase, een adaptatiefase en een implementatiefase.

Gezien er verschillende gebruikers deelnemen aan het Duodecim project, werd er een 'Adapte Manual and Resource Kit' gemaakt (1). Dit is een handleiding, waarin de procedure voor het adaptatieproces nauwkeurig beschreven wordt, zodanig dat de verschillende gebruikers een uniform proces volgen.

2.1. Fase 1 : Screeningsfase

Het doel van deze eerste fase was het opstellen van praktische en wetenschappelijk correcte aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering, toepasbaar in de Belgische zorgcontext. Deze fase werd onderverdeeld in vijf verschillende stappen, die hieronder beschreven worden. Al deze stappen werden nauwkeurig gedocumenteerd in de 'ADAPTE matrix'.

2.1.1. Definiëren van de scope van de aanbevelingen

Elke Duodecim richtlijn is gestructureerd in een aantal categorieën die betrekking hebben op grote thema's (bv. etiologie, behandeling, …). Deze kunnen dan weer verder onderverdeeld worden in verschillende subthema's.

Aangezien een Duodecim richtlijn verschillende subthema's bevat, was het niet mogelijk om deze allemaal te beoordelen en te adapteren. Daarom was het belangrijk om op voorhand de 'scope' van de aanbevelingen te definiëren, om zo twee subthema's te selecteren (uit de Duodecim richtlijn) waarvoor het zinvol was om een vergelijking te maken met andere richtlijnen.

Hiervoor werden er door ons klinische vragen opgesteld per thema, aan de hand van een PIPOH[1]. Door als basis voor een klinische vraag de PIPOH-elementen te bepalen, konden er ook vlot relevante zoektermen gedefinieerd worden, die gebruikt konden worden in de volgende fase, namelijk het zoeken naar andere relevante richtlijnen.

Wij hebben er uiteindelijk voor gekozen om verder te werken met de thema's diagnostiek (verder uitgewerkt door mijn collega Agne Paskeviciute) en behandeling (verder uitgewerkt door mezelf), gezien deze volgens ons het meest relevant zijn in de medische praktijk.

Voor het thema behandeling werden er een aantal klinische vragen gedefinieerd, waarna er twee geselecteerd werden om mee te nemen naar de volgende stappen,

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

namelijk ‘welke conservatieve behandeling (niet-medicamenteus) voor trochanterpijn?’ en ‘zijn corticoidinfiltraties effectief (op korte en lange termijn) in het behandelen van het trochanterpijn syndroom?’.

Geselecteerde klinische vraag voor review: **Welke conservatieve behandeling (niet-medicamenteus) voor trochanterpijn syndroom?**			
PIPOH-elementen		**Inclusie criteria**	**Exclusie criteria**
Patient/Population	Patiënt met trochanterpijn syndroom	Volwassenen (>18 jaar)	Publicatiedatum ouder dan 5 jaar
Interventions	Conservatief beleid (niet-medicamenteus)		Personen jonger dan 18 jaar
Professionals	Huisarts		Andere taal dan nederlands of engels
Outcomes	Vermindering van de pijn/genezing		Niet conservatieve behandelingen (vb medicatie, heelkunde)
Healtcare Setting	Eerste lijn		

Geselecteerde klinische vraag voor review: **Zijn corticoidinfiltraties effectief (op korte en lange termijn) in het behandelen van het trochanterpijn syndroom?**			
PIPOH-elementen		**Inclusie criteria**	**Exclusie criteria**
Patient/Population	Patiënt met trochanterpijn syndroom	Volwassenen (>18 jaar)	Publicatiedatum ouder dan 5 jaar
Interventions	Corticoidinfiltratie		Personen jonger dan 18 jaar
Professionals	Huisarts		Andere taal dan nederlands of engels
Outcomes	Vermindering pijn/genezing		
Healtcare Setting	Eerste lijn		

Tabel 1 : opgestelde klinische vragen en PIPOH’s

2.1.2. Zoeken naar relevante richtlijnen

In deze stap werd er een systematische zoektocht uitgevoerd naar andere evidence-based richtlijnen over het onderwerp trochanterpijn.

Aan de hand van de PIPOH-elementen werden er MeSH termen geformuleerd, die werden gebruikt in deze literatuurzoektocht. De gebruikte MeSH termen waren : ‘trochanteric pain’, ‘trochanteric bursitis’, ‘hip pain’.

Er werd eerst gezocht in de GIN database. Daarna ook in andere internationale databases zoals National Guideline Clearingshouse (NGC), de National Health Service (NHS) guideline finder, de Trip Database en een aantal Belgische sites; KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg), HGR (Hoge Gezondheidsraad), Minerva, Farmaka, RIZIV, BCFI en de FOD Gezondheidszorg.

In het totaal werden er zes publicaties opgenomen om de eerste screeningsfase te doorlopen :

- Drie internationale richtlijnen

    - Greater trochanteric pain syndrome (trochanteric bursitis) – National Institute for Health and Clinical Excellence, Clinical Knowledge Summaries (NICE CKS) [UK, 2010] (4)
    - Hip & pelvis (acute & chronic) - American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM) [USA, 2013] (5)
    - Hip and groin disorders - American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM) [USA, 2012] (6)
- Twee internationale 'Guidance summaries'
    - Distal iliotibial band lengthening for refractory greater trochanter pain syndrome - National Institute for Health an Clinical Excellence [UK, 2011] (7)
    - Extracorporeal shockwave therapy for refractory greater trochanteric pain syndrome - National Institute for Health an Clinical Excellence (NICE) [UK, 2011] (8)
- Eén EBM publicatie in Minerva
    - Corticosteroïdinfiltraties effectief voor het trochanter major pijnsyndroom? [2011] (3)

2.1.3. Screenen van de gevonden richtlijnen

In deze stap werden de gevonden richtlijnen voor de eerste keer gescreend. Hierbij werd er rekening gehouden met de vooropgestelde exclusiecriteria (cfr. supra), namelijk:

- Publicatiedatum ouder dan 5 jaar
- Studiepopulatie met personen jonger dan 18 jaar
- Andere taal dan nederlands of engels
- Niet conservatieve behandelingen (vb medicatie, heelkunde)

Daarna werd er nagekeken of de gevonden richtlijn effectief een antwoord gaf op de klinische vragen die vooraf geformuleerd werden.

Deze richtlijnen werden niet weerhouden :

- Hip & pelvis (acute & chronic) – ACOEM (5)
    - Reden : bij verder nazicht handelt deze richtlijn quasi enkel of fracturen, trochanterpijn syndroom wordt eigenlijk niet besproken (komt slechts zeer summier aan bod).

- Distal iliotibial band lengthening for refractory greater trochanter pain syndrome – NICE CKS (7)
    - Reden : is eerder een guidance summary voor de tweede lijn, zeer gespecialiseerd en buiten de scope van onze klinische vragen die handelen de diagnostiek en over de behandeling (conservatief en infiltraties) van trochanterpijn.
- Extracorporeal shockwave therapy for refractory greater trochanteric pain syndrome – NICE CKS (8)
    - Reden : is eerder een guidance summary voor de tweede lijn, zeer gespecialiseerd en buiten de scope van onze klinische vragen die handelen over diagnostiek en de behandeling (conservatief en infiltraties) van trochanterpijn.

Deze richtlijnen werden wel meegenomen voor verdere beoordeling :

- Greater trochanteric pain syndrome (trochanteric bursitis) – NICE CKS (4)
- Hip and groin disorders – ACOEM (6)

Opmerking : de publicatie van Minerva (3) werd meegenomen om te verwerken in de latere stappen. Gezien het geen echte richtlijn is, werd ze niet geëvalueerd aan de hand van AGREE II.

2.1.4. Waarderen van de geselecteerde richtlijnen

Evaluatie van de richtlijnen met AGREE II

De twee weerhouden richtlijnen werden daarna door zowel mijn collega Agne Pasekeviciute als mijzelf, onafhankelijk van elkaar, beoordeeld aan de hand van het AGREE II instrument[2] (9).

Elk item van het AGREE instrument werd door ons onafhankelijk gescoord op een zevenpuntsschaal (van 1 – Zeer Oneens tot 7 – Zeer Eens). Hierna werden de scores met elkaar vergeleken. Bij afwijkende scores, met grote verschillen in quotering, werd er getracht tot een consensus te komen en werd de score aangepast. Op basis van deze evaluatie werd er dan bekeken of het nodig was om één of meerdere van de richtlijnen alsnog uit te sluiten.

[2] Het AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) Instrument is een hulpmiddel, dat werd ontwikkeld om de kwaliteit van richtlijnen te bevorderen. Het bestaat uit 23 items, verdeeld over zes domeinen, gevolgd door twee globale scoringsitems.

De NICE CKS richtlijn ‘Greater trochanteric pain syndrome’ (4) werd door ons beiden positief beoordeeld en werd dus meegenomen naar de volgende stap. Ons algemeen oordeel was dat dit een uitgebreide richtlijn is, met duidelijke aanbevelingen. Globaal gezien kreeg de richtlijn van ons beide een goede AGREE score, met in het bijzonder ook een goede score op methodologie (wat een belangrijk domein is voor de uiteindelijke beoordeling). NICE CKS is ook een gekende, kwaliteitsvolle bron met richtlijnen specifiek voor de eerste lijn en volgens ons daardoor zeer bruikbaar.

Ook de ACOEM richtlijn ‘Hip and Groin Disorders’ (6) kreeg van ons beide een goede score, met weinig verschillen in quotering. Deze richtlijn kreeg ook een zeer goede score op methodologie. Wat wij wel een nadeel vonden van deze ACOEM richtlijn, is dat ze zeer beknopt is, met zeer korte aanbevelingen en vooral 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. Gezien de globaal zeer goede AGREE score werd deze richtlijn wel meegenomen naar de volgende stap.

RICHTLIJN TITEL: Greater trochanteric pain syndrome (NICE 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 uitspraken 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			

Tabel 2 : samenvatting van de beoordeling van de NICE richtlijn 'Greater Trochanteric Pain Syndrome' met behulp van het AGREE II instrument

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,subacuuut…) 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 richltijn is, die niet enkel handelt over trochanterpijn.
Would not recommend			
Unsure			

Tabel 3 : samenvatting van de beoordeling van de ACOEM richtlijn 'Hip and Groin Disorders' met behulp van het AGREE II instrument

Inventarisatie van de inhoud van de aanbevelingen

Hierna werden voor elke klinische vraag de aanbevelingen uit de verschillende geselecteerde richtlijnen opgelijst in een matrix, met ook de onderliggende evidentie en de gegeven graad van aanbeveling.

INVENTARISATIE INHOUD **Klinische vraag : 'Welke conservatieve behandeling (niet-medicamenteus) voor trochanterpijn syndroom?'**		
	Recommendation	**Strenght of Recommendation (evidence rating)**
Duodecim	At discretion, the treatment may also include physiotherapeutic stretching	No evidence reported
NICE CKS	Condition is usually self-limiting	Expert opinion
	An ice pack applied for 10–20 minutes several times a day may relieve symptoms	Expert opinion
	Losing weight may help reduce symptoms	Expert opinion
	Referral to a physiotherapist should be offered if symptoms persist despite conservative treatment and corticosteroid injections	Expert opinion
ACOEM	Limitations may be helpful in the acute phase of greater trochanteric bursitis/greater trochanteric pain syndrome	Insufficient evidence, but recommended (consensus-based)
	Treatment of trochanteric pain syndrome may include physiotherapy and can be used in combination with other treatment modalities.	Insufficient evidence, but recommended (consensus-based)
	Progressive, eccentric exercise is recommended for gluteus medius tendinosis and tears, particularly to strengthen the lateral hip musculature	Insufficient evidence, but recommended (consensus-based)

Tabel 4 : inventarisatie van de inhoud van de verschillende richtlijnen voor de klinische vraag 'welke conservatieve behandeling (niet-medicamenteus) voor trochanterpijn syndroom?'.

INVENTARISATIE INHOUD **Klinische vraag : 'Zijn corticoidinfiltraties effectief (op korte en lange termijn) in het behandelen van het trochanterpijn syndroom?'**		
	Recommendation	**Strenght of Recommendation (evidence rating)**
Duodecim	Trochanteric pain is often alleviated by a corticosteroid injection. The treatment of choice is an injection of a corticosteroid and local anaesthetic to the most painful site	Grade C
NICE CKS	If initial conservative treatment does not provide adequate relief, injecting the tender point with a corticosteroid mixed with lidocaine 1% should be considered	Expert opinion
ACOEM	Trochanteric glucocortisteroid injections are recommended as a treatment option for acute, subacute or chronic trochanteric bursitis, greater trochanteric pain syndrome and gluteus medius tears with accompanying clinical bursitis	Grade C (the intervention is recommended for appropriate patients. There is limited evidence that the intervention may improve important health and functional benefits)

Tabel 5 : inventarisatie van de inhoud van de verschillende richtlijnen voor de klinische vraag 'Zijn corticoidinfiltraties effectief (op korte en lange termijn) in het behandelen van het trochanterpijn syndroom?'

Waardering van de aanbevelingen op courantheid

In deze stap werd er nagegaan of de richtlijnen wel up to date waren, namelijk of de evidentie waarop de auteurs van de richtlijnen zich baseren niet gedateerd is. Hiervoor werd de gebruikte evidentie voor de verschillende aanbevelingen opgelijst. Vervolgens werd er nagegaan of er een update rapport beschikbaar was van de verschillende richtlijnen. Indien dit niet het geval was, volgde er een literatuurzoektocht naar studies verschenen na de publicatiedatum of de uiterste datum vermeld bij de zoekstrategie van de richtlijn.

** *Klinische vraag "welke conservatieve behandeling (niet-medicamenteus) voor trochanterpijn syndroom?".*

Voor deze klinische vraag werd er geen evidentie vermeld in de Duodecim richtlijn (2) en in de ACOEM richtlijn (6). Enkel de NICE CKS richtlijn (4) lijst de evidentie op waarop zij zich gebaseerd hebben voor de aanbevelingen met betrekking tot het conservatief beleid.

Tijdens de literatuur zoektocht werden een aantal recentere referenties gevonden. Geen enkele referentie werd echter weerhouden, gezien deze geen nieuwe of extra informatie bevatten.

WAARDERING OP COURANTHEID **Klinische vraag : 'Welke conservatieve behandeling (niet-medicamenteus) voor trochanterpijn syndroom?'**			
Evidentie uit de richtlijn		**Recentere referenties (gevonden tijdens de literatuur zoektocht)**	**Weerhouden voor het adaptatieproces?**
Duodecim	Niet vermeld	Lustenberger et al, 2013 (12)	Neen
		Del Buono et al, 2011 (13)	Neen
		Interventions for lateral hip pain, 2011 (Cochrane) (14)	Neen
		Williams and Cohen, 2009 (11)	Neen
NICE CKS	Hamer et al, 2004 (10) Williams and Cohen, 2009 (11)	Lustenberger et al, 2013 (12)	Neen
		Del Buono et al, 2011 (13)	Neen
		Interventions for lateral hip pain, 2011 (Cochrane) (14)	Neen
ACOEM	Niet vermeld	Lustenberger et al, 2013 (12)	Neen
		Del Buono et al, 2011 (13)	Neen
		Interventions for lateral hip pain, 2011 (Cochrane) (14)	Neen
		Williams and Cohen, 2009 (11)	Neen

Tabel 6 : samenvatting van de evidentie uit de bronrichtlijnen en samenvatting van de literatuurzoektocht met betrekking tot de klinische vraag 'welke conservatieve behandeling (niet-medicamenteus) voor trochanterpijn syndroom?'.

** *Klinische vraag "zijn corticoidinfiltraties effectief (op korte en lange termijn) in het behandelen van het trochanterpijn syndroom?"*

WAARDERING OP COURANTHEID **Klinische vraag : 'Zijn corticoidinfiltraties effectief (op korte en lange termijn) in het behandelen van het trochanterpijn syndroom?'**			
Evidentie uit de richtlijn		**Recentere referenties (gevonden tijdens de literatuur zoektocht)**	**Weerhouden voor het adaptatieproces?**
Duodecim	Rasmussen et al, 1985 (15) Shbeeb et al, 1996 (16)	Lustenberger et al, 2013 (12)	Ja
		Ulassi et al, 2012 (20)	Neen
		Brinks et al, 2011 (21)	Ja
		Del Buono et al, 2011 (13)	Ja
NICE CKS	Lievense et al, 2005 (17) Stephens et al, 2008 (18) Williams and Cohen, 2009 (11)	Lustenberger et al, 2013 (12)	Ja
		Ulassi et al, 2012 (20)	Neen
		Brinks et al, 2011 (21)	Ja
		Del Buono et al, 2011 (13)	Ja
ACOEM	Shbeeb et al, 1996 (15) Cohen, 2009 (19)	Lustenberger et al, 2013 (12)	Ja
		Ulassi et al, 2012 (20)	Neen
		Brinks et al, 2011 (21)	Ja
		Del Buono et al, 2011 (13)	Ja

Tabel 7 : oplijsting van de evidentie uit de bronrichtlijnen en samenvatting van de literatuurzoektocht met betrekking tot de klinische vraag 'Zijn corticoidinfiltraties effectief (op korte en lange termijn) in het behandelen van het trochanterpijn syndroom?'

De Duodecim richtlijn (2) zou in 2013 geüpdated zijn, maar voor de aanbeveling omtrent corticoidinjecties baseren ze zich op een evidence summary uit 2007. Deze evidence summary baseert zich dan weer slechts op twee (gedateerde) studies. Eén studie uit 1996 van Shbeeb (15) et al (een observationele studie) en een andere studie uit 1985 van Rasmussen et al (16) (een case study).

De NICE CKS richtlijn (4) baseert zich op drie – niet echt recente – studies (17) (18) (11). In het update rapport worden er wel twee recente systematic reviews vermeld, gepubliceerd na de laatste herziening van de richtlijn, namelijk de studies van Del Buono (13) en Lustenberger (12). Deze werden echter niet geïncludeerd in de NICE richtlijn.

Ook de ACOEM richtlijn (6) maakt gebruik van eerder gedateerde informatie. Zij baseerden zich op de studie van Shbeeb et al uit 1996 (16) , zoals ook de Duodecim richtlijn (2) en de studie van Cohen uit 2009 (19).

Tijdens de literatuurzoektocht werden er vier recentere referenties gevonden. Hiervan werden er uiteindelijk drie weerhouden.
De studie van Brinks (21) werd meegenomen omdat het een –op het eerste zicht – goed uitgevoerde RCT is. De studies van Del Buono (13) en Lustenberger (12), beide systematic reviews, werden ook meegenomen. Dit vooral om de aanbevelingen omtrent corticoidinfiltraties verder te onderbouwen, gezien het gebrek aan evidentie in zowel de Duodecim (2), NICE (4) en ACOEM richtlijn (6). De studie van Ulassi (20) werd niet weerhouden gezien dit slechts een review is van de RCT van Brinks (21).

Over het algemeen moet wel gezegd worden dat de gebruikte evidentie in de drie richtlijnen vaak gedateerd en zeer summier is, voor de beide klinische vragen. Bij de klinische vraag omtrent het conservatief beleid ontbreekt de evidentie zelfs in de Duodecim (2) en ACOEM richtlijn (6).

Waardering van de aanbevelingen op samenhang
Vervolgens werd de samenhang van de aanbevelingen beoordeeld. Eerst werd er nagegaan wat de zoekstrategie was. Nadien werd er beoordeeld of de samenvatting en de interpretatie (door de auteurs van de verschillende richtlijnen) van de geselecteerde evidentie juist was. Als laatste werd er nagegaan of er consistentie was tussen de interpretatie van de evidentie en de geformuleerde aanbeveling.

** *Klinische vraag "welke conservatieve behandeling (niet-medicamenteus) voor trochanterpijn syndroom?".*

In de Duodecim richtlijn (2) werd er geen informatie gevonden over de gebruikte zoekstrategie. Aangezien er ook geen evidentie vermeld werd, kon de samenhang van de aanbeveling op vlak van interpretatie van de evidentie en het formuleren van de aanbeveling niet beoordeeld worden.

In NICE CKS richtlijn (4) leek er consistentie te zijn in de drie verschillende stappen. De zoekstrategie was consistent met de klinische vraag. Ook de zoekperiode, de gebruikte zoektermen, de geraadpleegde databanken en de gevonden literatuur werden uitgebreid vermeld.
Verder werd er duidelijk beschreven op welke evidentie de auteurs zich gebaseerd hebben voor de aanbevelingen rondom het conservatief beleid. De auteurs van de NICE richtlijn hebben eigenlijk geen samenvatting of interpretatie gemaakt van de geselecteerde evidentie, gezien zij alles quasi letterlijk overgenomen hebben uit de verschillende bronnen. Dit waarschijnlijk omdat de gebruikte studies niet specifiek handelen over de conservatieve behandeling, maar dat dit topic slechts even aangehaald wordt ter volledigheid. Er werd dus ook terecht besloten dat de aanbeveling eerder een expert opinion is, gezien het gebrek aan evidentie.

Voor de ACOEM richtlijn (6) kon enkel de samenhang van de zoekstrategie beoordeeld worden. Deze leek consistent te zijn met de klinische vraag. Gezien er ook hier geen evidentie vermeld werd, kon de consistentie van de aanbeveling op vlak van interpretatie van de evidentie en het formuleren van de aanbeveling niet beoordeeld worden.

** *Klinische vraag "zijn corticoidinfiltraties effectief (op korte en lange termijn) in het behandelen van het trochanterpijn syndroom?"*

In de Duodecim richtlijn (2) werd er geen informatie gevonden over de gebruikte zoekstrategie.
De aanbeveling op zich is gebaseerd op twee studies; de studie van Rasmussen uit 1985 (15) en de studie van Shbeeb uit 1996 (16). De conclusie van de auteurs wordt aan de hand van een evidence summary verder toegelicht. Hierin worden de twee studies kort beschreven, een echte interpretatie of samenvatting hierover wordt door de auteurs niet gegeven. Gezien zij zich voor de aanbeveling slechts baseren op twee studies, beide van mindere kwaliteit (één observationele studie en één case study), is de grade of

recommendation dan ook terecht 'C'. Gezien het lage niveau van bewijskracht, zouden ze hun aanbeveling best minder krachtig formuleren.

De NICE richtlijn (2) leek consistent te zijn voor de drie verschillende stappen. De zoekstrategie was consistent met de klinische vraag. De zoekperiode, de gebruikte zoektermen, de geraadpleegde databanken en de gevonden literatuur werden uitgebreid beschreven.
Er was ook consistentie in de samenvatting/interpretatie van de evidentie. Bij de aanbeveling omtrent corticoidinfiltraties wordt er een beknopte uitleg gegeven over basis of recommendation. Hierin worden de studies vermeld waarop de aanbeveling gebaseerd is met een beknopte beschrijving van de studie en de resultaten. Een kritische bespreking van de studies wordt evenwel niet gegeven.
Verder was er ook samenhang in de interpretatie van deze evidentie en de uiteindelijke formulering van de aanbeveling. Er werd terecht besloten dat de aanbeveling eerder een expert opinion is gezien er door de auteurs slechts drie studies gevonden werden (twee case studie en één retrospectieve cohort studie). Dit laag niveau van evidentie komt ook terug in hun aanbeveling, gezien zij deze verwoorden als "... should be considered".

Voor de ACOEM richtlijn (6) was er consistentie tussen de zoekstrategie en de klinische vraag. De zoekperiode, de gebruikte zoektermen, de geraadpleegde databanken en de gevonden literatuur werden ook uitgebreid beschreven.
Verder was er enigszins consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten. Er was een evidentietabel beschikbaar, waarin de auteurs de twee studies -waarop ze hun aanbeveling baseren- beschrijven. Ook de beperkingen van de studies werden hierin besproken.
Een opmerking is wel dat ze de twee gebruikte RCT's omschrijven als high quality (Cohen, 2009 (19)) en moderate quality (Shbeeb, 1996 (16)). Dit lijkt correct te zijn, maar in het kader van de klinische vraag "zijn corticoidinfiltraties effectief?" is de studie van Cohen (19) niet echt relevant. Deze bestudeert vooral het verschil tussen blinde en fluoroscopisch geleide injectie en er wordt niet specifiek onderzocht of corticoidinfiltraties effectief zijn in de behandeling van trochanterpijn. De studie van Shbeeb (16) toont een dosis respons relatie aan voor corticoidinfiltraties bij trochanterpijn. Er wordt geen gebruik gemaakt van een placebo groep. De auteurs van de ACOEM richtlijn besloten uiteindelijk wel dat er weinig evidentie was om corticoidinjecties aan te raden en gaven de aanbeveling terecht een Grade "C".

Waardering van de aanbevelingen op toepasbaarheid

In deze laatste stap werd de aanbeveling beoordeeld op de toepasbaarheid in de praktijk. Dit omvatte onder andere een nazicht van de doelgroep en patiëntengroep besproken in de geselecteerde richtlijnen en een beoordeling of de richtlijn toepasbaar is in de Belgische praktijk (nodige expertise, organisatie van de praktijk, terugbetaling, ondersteuning).

** *Klinische vraag "welke conservatieve behandeling (niet-medicamenteus) voor trochanterpijn syndroom?".*

In de aanbeveling van de Duodecim richtlijn (2) staat er dat kinesitherapie overwogen kan worden. Dit is zeker toepasbaar in België gezien kinesitherapie makkelijk beschikbaar is en gedeeltelijk terugbetaald wordt[3] (22). De doelgroep van de richtlijn is de eerste lijn. De patiëntengroep wordt niet gespecifieerd en de toepasbaarheid hiervan kan dus niet beoordeeld worden.

De doelgroep van de NICE richtlijn (4) is de eerste lijn en de patiëntengroep zijn patiënten met een leeftijd vanaf zestien jaar.

Omtrent het conservatief beleid heeft deze richtlijn een aantal aanbevelingen die toepasbaar lijken in de Belgische praktijk. Eerst en vooral kinesitherapie, dat toch makkelijk en vlot beschikbaar is in België en gedeeltelijk wordt terugbetaald (cfr. supra).

Verder raden zij ook ijsapplicatie aan, wat ook makkelijk te verkrijgen is en niet duur is.

Als laatste wordt er ook gewichtsreductie aangeraden, wat zeker toepasbaar lijkt. Een opmerking is wel dat het niet voor iedereen even gemakkelijk is om gewicht te verliezen. Gezien ook de locomotorische pijnklachten met vaak nood aan relatieve rust, kunnen ze bijvoorbeeld ook moeilijk gaan sporten.

De ACOEM richtlijn (6) heeft een vrij brede doelgroep, die zich niet enkel richt op huisartsen, namelijk : "Advanced practice nurses, allied health personnel, health care providers, occupational en physical therapists, physician assistants, physicians, utilization management". Maar de patiëntengroep/doelpopulatie bevindt zich wel in de eerste lijn, namelijk "Adults with potentially work-related hip and groin disorders seen

[3] Één zitting kost € 22,26 waarvan € 16,37 wordt terugbetaald of € 19,87 indien recht op verhoogde terugbetaling (22)

in primary care settings". Omtrent het conservatief beleid raden zij ook kinesitherapie aan. De toepasbaarheid hiervan werd al uitvoerig besproken hierboven.

** *Klinische vraag "zijn corticoidinfiltraties effectief (op korte en lange termijn) in het behandelen van het trochanterpijn syndroom?"*

De doelgroep en patiëntengroep van zowel de Duodecim (2), NICE (4) en ACOEM richtlijn (6) werden hierboven al besproken.

Alle richtlijnen raden corticoidinfiltraties aan. Dit lijkt zeker mogelijk te zijn in België. Corticoiden voor infiltratie zijn goed beschikbaar en zijn niet duur[4](23). Verder lijkt ook de nodige expertise aanwezig te zijn bij huisartsen om de infiltraties uit te voeren.

2.1.5. Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie

In deze stap werd er – op basis van de voorafgaande evaluaties – bekeken of de oorspronkelijke aanbevelingen uit de Duodecim richtlijn (2) al dan niet geadapteerd moesten worden. Indien adaptatie nodig was, dan werd tijdens deze stap ook bepaald welke richtlijnen en/of aanbevelingen verder zouden worden gebruikt in het adaptatieproces.

Voor beide klinische vragen omtrent het subthema behandeling, namelijk "welke conservatieve behandeling (niet-medicamenteus) voor trochanterpijn syndroom?" en "zijn corticoidinfiltraties effectief (op korte en lange termijn) in het behandelen van het trochanterpijn syndroom?" was een adaptatie noodzakelijk.

** *Klinische vraag "welke conservatieve behandeling (niet-medicamenteus) voor trochanterpijn syndroom?".*

Samenvatting van de aanbevelingen :

⇨ <u>Originele aanbeveling uit Duodecim</u> (2)

- At discretion, the treatment may also include physiotherapeutic stretching

⇨ <u>Geselecteerde richtlijnen</u>

NICE CKS (4)

- An ice pack applied for 10–20 minutes several times a day may relieve symptoms

[4] kenacort = €9,29 (remgeld = €1,68), depo-medrol = € 9,55 (remgeld = €2,39) (23)

- Losing weight may help reduce symptoms
- Referral to a physiotherapist should be offered if symptoms persist despite conservative treatment and corticosteroid injections

ACOEM (6)

- Limitations may be helpful in the acute phase of greater trochanteric bursitis/greater trochanteric pain syndrome
- Progressive, eccentric exercise is recommended for gluteus medius tendinosis and tears, particularly to strengthen the lateral hip musculature

⇨ Extra referenties/studies

- Geen

Bespreking :

Globaal gezien zijn de meeste richtlijnen en studies het er wel over eens dat kinesitherapie overwogen moet worden. Het zou vooral effect hebben in combinatie met andere behandelingen en het is vooral gericht op het behandelen van gluteus medius tendinopathieën/scheuren (wat samen met bursitis trochanterica één van de twee oorzaken is van het trochanterpijn syndroom). De NICE richtlijn (4) is verder de enige richtlijn/studie die vermelding maakt van ijsapplicatie en gewichtsreductie als deel van de initiële conservatieve behandeling. Verder beveelt ACOEM (6) in de acute fase ook relatieve rust aan.

In de adaptatie van deze klinische vraag werden enkel de twee gevonden richtlijnen meegenomen (NICE (2) en ACOEM richtlijn (6)). De extra gevonden systematic reviews bevatten eigenlijk geen duidelijke aanbeveling rondom conservatieve, niet-medicamenteuze behandelingen, zoals kinesitherapie (dit werd al toegelicht in de stap 'waardering van de aanbeveling op courantheid').

** *Klinische vraag "zijn corticoidinfiltraties effectief (op korte en lange termijn) in het behandelen van het trochanterpijn syndroom?"*

Samenvatting van de aanbevelingen :

⇨ Originele aanbeveling uit Duodecim (2)

- Trochanteric pain is often alleviated by a corticosteroid injection. The treatment of choice is an injection of corticosteroid and local anaesthetic to the most painful site

⇨ Geselecteerde richtlijnen

NICE CKS (4)

- If initial conservative treatment does not provide adequate relief, injecting the tender point with a corticosteroid mixed with lidocaine 1% should be considered

ACOEM (6)

- Trochanteric glucocortisteroid injections are recommended as a treatment option for acute, subacute or chronic trochanteric bursitis, greater trochanteric pain syndrome and gluteus medius tears with accompanying clinical bursitis

⇨ Extra referenties/studies

Del Buono et al, 2011 (Management of the greater trochanteric pain syndrome: a systematic review) (13)

- Corticosteroid injections provide good short-term outcomes with no suggestion on how to improve the mid- and long-term management of greater trochanter pain syndrome.
- The marked short-term benefits of corticosteroid injection are reversed after a few months, with high rates of recurrence.

Brinks et al, 2011 (Corticosteroid injections for greater trochanteric pain syndrome: a randomized controlled trial in primary care) (21)

- This study shows the additional value of injection therapy in primary care patients who have clinical signs of GTPS. The application of corticosteroid injections made no difference in the long-term resolution of pain, but the injection gave patients early relief (short-term).

Minerva (Corticosteroïdinfiltraties effectief voor het trochanter major pijnsyndroom?" (2012)) (3)

- Corticosteroïdinfiltraties kunnen in vergelijking met gebruikelijke zorg (analgesie en fysiotherapie), 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

Bespreking :

Globaal gezien komt de aanbeveling van de duodecim richtlijn (2) overeen met de aanbevelingen uit de twee gevonden richtlijnen en extra gevonden referenties. Allen besluiten dat corticoidinjecties een goed effect hebben op het trochanterpijn syndroom.

Del Buono (13) en Brinks (21) maken wel een onderscheid in het goede effect op korte termijn, versus lange termijn, waarbij herval frequent voorkomt.

De studie van Del Buono (13) werd meegenomen bij de adaptatie omdat het een recente, goed uitgevoerde systematic review is, die ook concrete aanbevelingen bevat omtrent deze klinische vraag.

Ook de studie van Brinks (21) werd weerhouden omdat het tot nu toe de enige gepubliceerde RCT met placebo groep is. Deze studie wordt ook nergens vermeld in de NICE (4) of ACOEM richtlijn (6) of in de systematic review van Del Buono (13), gezien deze RCT nog niet gepubliceerd was toen. Daarom heeft deze referentie een toegevoegde waarde en werd dus meegenomen in het verdere adaptatieproces. In deze studie werden corticoidinjecties vergeleken met de 'usual care' (namelijk pijnstilling en kinesitherapie) bij patiënten met GTPS. Interessant is ook dat de recrutering van de patiënten gebeurde door huisartsen. In het totaal werden 120 patiënten via randomisatie verdeeld in twee groepen; namelijk corticoid infiltratie (n=60) of gebruikelijke zorg (n=60). De primaire uitkomstmaten waren 'pijn' (op een schaal van 0 tot 10) en 'herstel', gedefinieerd als een subjectieve verbetering van de klachten (uitgedrukt in : ja of nee, volledig of grotendeels herstel). Na 3 maanden was er in de corticoidgroep een klinisch relevant effect op zowel pijn als herstel, vergeleken met de gebruikelijke zorg[5]. Dit verschil was na 12 maanden follow-up niet meer aanwezig[6]. De conclusie van de auteurs is dat op korte termijn corticoidinjecties een toegevoegde waarde kunnen hebben in de behandeling van GTPS.

Initieel zou ook de studie van Lustenberger (12) meegenomen worden in het adaptatieproces. Uiteindelijk hebben wij er toch voor gekozen om deze niet te weerhouden omdat de review eigenlijk geen duidelijke aanbeveling geeft rondom corticoidinjecties en voornamelijk het verschil tussen conservatieve behandeling (waaronder zij ook injecties verstaan) en operatieve behandeling bespreekt.

2.1.6. Nazicht door de leescommissie

Alle gegevens die verzameld werden bij de uitvoering van de hierboven beschreven stappen werden ter nazicht voorgelegd aan de leescommissie van EBMPracticeNet.

Het advies van de leescommissie was dat "een mineure adaptatie noodzakelijk is voor de klinische vragen 'welke conservatieve behandeling (niet-medicamenteus) voor

[5] Pijn was verminderd in beide groepen en deze daling was meer uitgesproken in de corticoidgroep. Herstel : 34% bij gebruikelijke zorg groep, 55% bij corticoidgroep (adjusted OR = 2.38; 95% CI, 1.14-5.00, NNT = 5)

[6] Pijn was verminderd in beide groepen, geen significant verschil meer aantoonbaar. Herstel : 60% in de gebruikelijke zorg groep, 61% bij corticoidgroep (OR = 1.05; 95% CI, 0.50-2.27).

trochanterpijn syndroom?' en 'zijn corticoidinfiltraties effectief (op korte en lange termijn) in het behandelen van het trochanterpijn syndroom?'".

2.2. Fase 2 : Adaptatiefase

2.2.1. Een eerste versie opmaken

Tijdens deze stap werden de aanbevelingen geformuleerd door Duodecim vergeleken met de weerhouden aanbevelingen uit de richtlijnen en de extra EBM informatie dat geselecteerd werd voor het adaptatieproces.

Indien de aanbevelingen uit de richtlijnen en de extra EBM informatie overeenkwamen met de aanbevelingen van Duodecim, dan kon de tekst ongewijzigd blijven. Indien er belangrijke afwijkingen waren, dan werd de tekst van Duodecim herschreven. Aan elke aanbeveling werd een uiteindelijk ook een GRADE gegeven. GRADE is een methode om op een overzichtelijke wijze met een uniforme codering een inzicht te krijgen over zowel de sterkte van de aanbeveling alsook de kwaliteit van de achterliggende evidentie. Het toekennen van een GRADE bestaat uit het beoordelen van de twee onderdelen, namelijk de graad van aanbeveling (cijfercode 1, 2 of 3) en de kwaliteit van het bewijs (lettercode A, B of C) (1)

Graden van aanbeveling		**Voordelen vs nadelen en risico's**	**Methodologische kwaliteit van de studies**	**Implicaties**
1 A	Sterke aanbeveling Hoog niveau van bewijskracht	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies	Sterke aanbeveling, kan toegepast worden bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden *'Wij bevelen aan' of 'wij raden af'*
1 B	Sterke aanbeveling Matig niveau van bewijskracht		RCT's met beperkingen of sterke evidentie vanuit observationele studies	
1 C	Sterke aanbeveling Laag of zeer laag niveau van bewijskracht		Observationele studies of case studies	Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er hogere bewijskracht beschikbaar komt *'Wij bevelen aan' of 'wij raden af'*
2 A	Zwakke aanbeveling Hoog niveau van bewijskracht	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen afhankelijk van omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden *'Wij suggereren iets te doen' of 'wij suggereren iets niet te doen'*
2 B	Zwakke aanbeveling Matig niveau van bewijskracht		RCT's met beperkingen of sterke evidentie van observationele studies	

2 C	Zwakke aanbeveling Laag of zeer laag niveau van bewijskracht	Onzekerheid over voor- of nadelen – evenwicht tussen beide is mogelijk	Observationele studies of case studies	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn *'Wij suggereren iets te doen' of 'wij suggereren iets niet te doen'*

Tabel 8 : samenvattingen van de verschillende GRADE coderingen

** *Klinische vraag "welke conservatieve behandeling (niet-medicamenteus) voor trochanterpijn syndroom?"*.

Geadapteerde aanbeveling (eerste versie)

Overweeg relatieve rust in de acute fase ⇨ "Aanbeveling van goede praktijk"

Toelichting :

- Gezien er geen evidentie beschikbaar is, kon de kwaliteit van het bewijs niet beoordeeld worden en kon er dus geen echte GRADE toegekend worden aan deze aanbeveling. Verder onderzoek of bijkomende studies zijn noodzakelijk hiervoor.
- De voordelen overtreffen wel duidelijk de nadelen of risico's. Aan relatieve rust zijn geen echte risico's verbonden. Een opmerking is wel dat dit misschien praktisch niet altijd even goed haalbaar is (in de zin van langdurige arbeidsongeschiktheid, …).

Adviseer ijsapplicatie, meerdere keren per dag ⇨ "Aanbeveling van goede praktijk"

Toelichting :

- Gezien er geen evidentie beschikbaar is, kon de kwaliteit van het bewijs niet beoordeeld worden en kon er dus geen echte GRADE toegekend worden aan deze aanbeveling. Verder onderzoek of bijkomende studies zijn noodzakelijk hiervoor.
- De voordelen overtreffen wel duidelijk de nadelen of risico's. Het is een goedkope therapie, die makkelijk beschikbaar is en toepasbaar lijkt.

Indien van toepassing, raadt gewichtsreductie aan

⇨ "Aanbeveling van goede praktijk"

Toelichting :

- Gezien er geen evidentie beschikbaar is, kon de kwaliteit van het bewijs niet beoordeeld worden en kon er dus geen echte GRADE toegekend worden aan deze aanbeveling. Verder onderzoek of bijkomende studies zijn noodzakelijk hiervoor.
- De voordelen van deze aanbeveling overtreffen wel duidelijk de nadelen of risico's. Deze voordelen zijn niet enkel op locomotorisch vlak, maar gewichtsreductie is ook gunstig voor de algemene gezondheid.
- Een opmerking is wel dat het niet voor iedereen even gemakkelijk is om gewicht te verliezen. Gezien ook de locomotorische pijnklachten met vaak nood aan relatieve rust, kunnen ze bijvoorbeeld ook moeilijk gaan sporten om zo extra gewichtsreductie te bekomen.

Kinesitherapie is aangewezen, eventueel in combinatie met andere behandelingsmodaliteiten

⇨ "Aanbeveling van goede praktijk"

Toelichting :

- Gezien er geen evidentie beschikbaar is, kon de kwaliteit van het bewijs niet beoordeeld worden en kon er dus geen echte GRADE toegekend worden aan deze aanbeveling. Verder onderzoek of bijkomende studies zijn noodzakelijk hiervoor.
- De voordelen lijken wel de nadelen of risico's te overtreffen.

Vooral progressieve, excentrische oefeningen worden aanbevolen bij gluteus medius tendinose en –scheuren om de laterale heupspieren te verstevigen

⇨ "Aanbeveling van goede praktijk"

Toelichting :

- Gezien er geen evidentie beschikbaar is, kon de kwaliteit van het bewijs niet beoordeeld worden en kon er dus geen echte GRADE toegekend worden aan deze aanbeveling. Verder onderzoek of bijkomende studies zijn noodzakelijk hiervoor.
- De voordelen lijken wel de nadelen of risico's te overtreffen. Op vlak van kinesitherapie zijn er geen gekende bijwerkingen of risico's. Het lijkt zeker vlot

toepasbaar in de huisartspraktijk, gezien het makkelijk beschikbaar is in België. De nodige expertise is ook aanwezig en een financiële barrière lijkt er ook niet te zijn (één beurt van 30 minuten kost 22 euro, waarvan 16 euro terugbetaald wordt of 19 euro bij verhoogde tegemoetkoming).

** *Klinische vraag "zijn corticoidinfiltraties effectief (op korte en lange termijn) in het behandelen van het trochanterpijn syndroom?"*

Geadapteerde aanbeveling (eerste versie)

Corticoidinfiltraties worden aanbevolen wanneer een conservatieve behandeling onvoldoende verbetering geeft. Ze hebben vooral een goed effect op korte termijn. Op lange termijn hebben ze geen bewezen nut en is er een hoge frequentie van herval. ⇨ GRADE = 1B

Toelichting :

- Kwaliteit van bewijs (B)

  Basis van de aanbeveling :

  - NICE CKS richtlijn
    - De originele grade of recommendation : expert opinion
    - Dit is gebaseerd op drie studies (twee case studies en één retrospectieve cohortstudie) (18) (11) (17)
  - ACOEM richtlijn
    - De originele grade of recommendation : Grade C
    - Gebaseerd op twee RCT's (maar zie opmerking in stap 'waardering van de samenhang", namelijk dat één RCT zich baseert op een dosis-respons relatie en dat de andere enkel het verschil tussen blinde en fluoroscopisch geleide injectie beschrijft en dus eigenlijk niet meegenomen mag worden als evidentie) (19) (16)
  - Minerva (Corticosteroïdinfiltraties effectief voor het trochanter major pijnsyndroom?" (2012)) (3)
    - Artikel uit het EBM tijdschrift 'Minerva', een praktijkadvies
  - Del Buono et al, 2011 (Management of the greater trochanteric pain syndrome: a systematic review) (13)
    - Systematic review

- Brinks et al, 2011 (Corticosteroid injections for greater trochanteric pain syndrome: a randomized controlled trial in primary care) (21)
  - RCT met placebo groep

⇨ Gezien de onderliggende evidentie bestaat uit twee RCT's met beperkingen (16) (21), één praktijkadvies uit de Belgische EBM bron Minerva (3), één systematic review (13) en drie andere studies met een laag niveau van bewijskracht (18) (11) (17); twee case studies en één retrospectieve studie, hebben wij deze aanbeveling de code "B" gegeven op vlak van kwaliteit van bewijs.
We hebben initieel getwijfeld tussen code "B" of "C". Evidentieniveau "C" wordt gegeven als de methodologische kwaliteit van de studies observationele studies of case studies zijn. Gezien er toch twee RCT's zijn (16) (21), weliswaar met beperkingen, hebben wij toch geopteerd voor evidentieniveau "B".

- De graad van aanbeveling (1)
  - De voordelen zijn vooral te verwachten op korte termijn. Verder zijn depo-medrol en kenacort vlot beschikbaar in België. Beide zijn ook niet duur (het remgeld van depo-medrol bedraagt 2,39 euro, dat van kenacort 1,68 euro (23)) en de nodige expertise om de infiltratie te zetten lijkt zeker aanwezig te zijn.
  - Op vlak van nadelen werd er soms wat locale pijn/irritatie ter hoogte van de injectieplaats beschreven. Verder werden er geen ernstige bijwerkingen gedocumenteerd in de verschillende studies.

⇨ Op basis van deze bevindingen vinden wij dat de voordelen zeker opwegen tegen de nadelen/risico's, het is dus een sterke aanbeveling (met graad van aanbeveling "1").

2.3. Fase 3 : Implementatiefase

2.3.1. Peer review

In deze stap werd de richtlijn ter beoordeling voorgelegd aan verschillende groepen huisartsen (gezien zij de doelgroep zijn van deze richtlijn). Aan de hand van de opmerkingen van deze peer review werden er, indien nodig, nogmaals aanpassingen aangebracht aan de richtlijn. De seminariegroep (te Mechelen) bestond uit tien

huisartsen-in-opleding (HAIO's) en de seminariebegeleider (staco), de LOK-groep (Antwerpen Kiel) uit twaalf huisartsen.

Eerst kregen de deelnemers enkele vragen om individueel te beantwoorden. Voor elke klinische vraag werden er meerdere stellingen geformuleerd. Hierdoor kregen we al een eerste indruk over de al bestaande kennis en ideeën over de behandeling van het trochanterpijn syndroom. Hierna werden de stellingen toegelicht, met behulp van een powerpoint presentatie, waarbij er ruimte was voor discussie. Tijdens het overleg op de LOK-groep was er tevens een arts-specialist orthopedist aanwezig om indien nodig verdere toelichting te geven.

Samenvatting peer review in seminariegroep

** *Klinische vraag "welke conservatieve behandeling (niet-medicamenteus) voor trochanterpijn syndroom?".*

Het niveau van de vragen werd over het algemeen beschouwd als moeilijk tot zeer moeilijk. De meesten waren initieel ook in de veronderstelling dat 'trochanterpijn' een synoniem is voor 'bursitis trochanterica'. Het grootste deel wist niet dat het in de meeste gevallen eerder een gluteus medius probleem betreft. Dit had uiteraard implicaties voor de stellingen met betrekking tot het conservatief beleid en in het bijzonder de stellingen over kinesitherapie.

Bij het nalezen van de antwoordformulieren viel onmiddellijk op dat hoewel een groot deel denkt dat kinesitherapie mogelijks een goed effect heeft, het niet altijd wordt aangeraden in de praktijk. Tijdens de discussie bleek dat dit vooral te maken had met de gebrekkige kennis over trochanterpijn en de onderliggende pathologie. Hierdoor was de plaats van kinesitherapie in de behandeling van trochanterpijn een groot vraagteken.

De andere behandelingsmodaliteiten namelijk ijsapplicatie, relatieve rust en gewichtsreductie werden door de meesten wel aangeraden. Hierover was er weinig discussie.

Qua toepasbaarheid in de praktijk waren er geen echte opmerkingen; er waren volgens deze groep geen barrières die de implementatie in de Belgische zorgcontext zouden kunnen bemoeilijken.

** *Klinische vraag "zijn corticoidinfiltraties effectief (op korte en lange termijn) in het behandelen van het trochanterpijn syndroom?"*

Hierover was eigenlijk iedereen het eens dat corticoidinfiltraties enkel een plaats

hebben na het falen van het conservatief beleid en dat ze vooral een goed effect hebben op korte termijn, niet op lange termijn.
Ook hier waren er geen opmerkingen op vlak van toepasbaarheid in de Belgische zorgcontext.

Samenvatting peer review in LOK groep

** *Klinische vraag "welke conservatieve behandeling (niet-medicamenteus) voor trochanterpijn syndroom?".*

Ook in de LOK-groep was er toch wat onduidelijkheid over de pathologie 'trochanterpijn'. Het merendeel was van mening (net zoals in de seminariegroep) dat dit enkel een bursitis betreft.
Op vlak van conservatief beleid vond het grootste deel dat ijsapplicatie en relatieve rust wel een goed effect heeft op de pijnklachten, maar het werd door velen niet aangeraden omdat ze dit vaak te omslachtig vinden. Ook de soms langdurige arbeidsongeschiktheid was een struikelblok. Kinesitherapie werd door het grootse deel niet aangeraden omdat velen niet overtuigd zijn van het nut. Verder was een groot deel ook van mening dat dit voor de patiënt vaak te duur is.

** *Klinische vraag "zijn corticoidinfiltraties effectief (op korte en lange termijn) in het behandelen van het trochanterpijn syndroom?"*

Corticoïdinfiltraties daarentegen werden door iedereen aangeraden en gegeven aan hun patiënten. Het merendeel gaf een infiltratie na het falen van het initieel conservatief beleid, maar enkelen gaven dit ook als initiële behandeling. Dit voornamelijk omdat zij vinden dat de patiënt hiermee snel geholpen is en omdat velen vinden dat het conservatief beleid vaak te omslachtig is voor de patiënt en vaak te duur (cfr. supra). Bijna iedereen vond wel dat een corticoidinfiltratie een goed effect heeft zowel op korte als op lange termijn.

Discussie van de peer review

Wat opvalt is dat er toch enkele misvattingen zijn rondom het onderwerp trochanterpijn en dan vooral omtrent de onderliggende pathologie. Dit heeft uiteraard gevolgen voor het beleid van trochanterpijn door huisartsen in de eerste lijn, voornamelijk dan het voorschrijven van kinesitherapie (wat in de LOK groep toch een discussiepunt was). Kinesitherapie werd door hun ook beschouwd als te duur en werd daardoor minder voorgeschreven. Nazicht toont echter dat één zitting € 22,26 kost waarvan € 16,37 wordt terugbetaald of € 19,87 indien recht op verhoogde terugbetaling (22). Een negen tal beurten komt dus neer op € 53,01 (remgeld) en voor mensen met verhoogde

terugbetaling - waarbij dit inderdaad een barrière zou kunnen zijn – op € 21,51 (remgeld). Een opmerking hierbij is dat de LOK groep voornamelijk bestond uit huisartsen gevestigd in Antwerpen Kiel, een regio met misschien een grotere populatie aan mensen met een lagere socio-economische status. Daardoor gaan deze huisartsen ervaren dat er belangrijke drempels zijn bij toepassing van kinesitherapie – wat dus een vertekening betekent voor de algemene patiëntengroep. In de seminariegroep bijvoorbeeld kwam dit nooit aan bod als een barrière.

Verder leken de huisartsen in de seminariegroep ook minder conservatief te zijn op vlak van corticoidinfiltraties. In de seminariegroep was quasi iedereen het eens dat dit enkel van toepassing is na het falen van het conservatief beleid, terwijl in de LOK groep toch sneller overgegaan werd tot het geven van een infiltratie. Ook waren de huisartsen uit de LOK groep overtuigd van het goede effect op zowel korte als lange termijn, terwijl iedereen in de seminariegroep het eens was dat enkel de korte termijn effecten bewezen zijn.

De evidentie rondom het conservatief beleid (die weliswaar wel vrij beperkt is) en corticoidinfiltraties kan niet zomaar teniet gedaan worden. Ik denk wel dat er best patiënt per patiënt gekeken wordt en ik kan mij inbeelden dat relatieve rust, ijsapplicatie, gewichtsreductie en kinesitherapie niet bij iedereen zo gemakkelijk te implementeren zijn. Hiermee moet de huisarts inderdaad rekening houden bij een individuele patiënt, maar niet bij alle patiënten met trochanterpijn. Verder zou het sneller overgaan tot een corticoidinfiltratie er bijvoorbeeld ook voor kunnen zorgen dat mensen (initieel) minder lang arbeidsongeschikt zijn en dat de oefentherapie bij de kinesist misschien sneller er vlotter kan verlopen. Maar op lange termijn heeft het geen bewezen effect en lijkt het toch het conservatief beleid - met vooral kinesitherapie - te zijn dat snelle en frequente recidieven kan voorkomen.

Al deze opmerkingen zijn moeilijk implementeerbaar in de effectieve richtlijn, omdat ze volgens mij voor een groot deel beïnvloed zijn door de hierboven besproken misvattingen over het trochanterpijn syndroom.

2.3.2. Formuleren van een praktijkconsensus

Als laatste stap van de implementatiefase volgde een toetsing in de eigen praktijk. Verder onderzoek en navraag, via de peer review, had ons getoond dat er bij de huisartsen vaak onduidelijkheid bestaat rondom de pathologie 'trochanterpijn'. Er wordt 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 (2). Dit had ook implicaties naar het beleid toe, zowel conservatief (niet-medicamenteus)

als voor corticoïdinfiltraties. Gezien het trochanter pijnsyndroom een pathologie is die frequent voorkomt in de eerstelijn (3), leek het ons belangrijk om deze misvattingen te corrigeren. Daarom leek het ons nuttig om een E-learning pakket te ontwikkelen, omdat we hiermee ook een groot publiek kunnen bereiken.

Voor het maken van deze navormingsmodule hebben wij samengewerkt met de organisatie 'Excellencis' (24). De inhoud werd volledig door mij en mijn collega Agne Paskeviciute bepaald en is gebaseerd op onze geadapteerde richtlijn 'trochanterpijn'.

Link

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

Wegens tijdsgebrek hebben we de navormingsmodule slechts gedeeltelijk kunnen testen in de praktijk. Er werd zowel een franstalige als een nederlandstalige versie gemaakt. Een week na het online zetten van de module hadden al 92 huisartsen (41 franstalige en 51 nederlandstalige) de module volledig doorlopen (dd 19/04/2016).

Statistics

	Excellencis BE-FR	Excellencis BE-NL
Score	24.7 / 40	24.6 / 40
Runs	66	101
Unique users	52	66
Runs 100% completed	41	51
Users 100% completed	34	46
Runs not completed	25	50

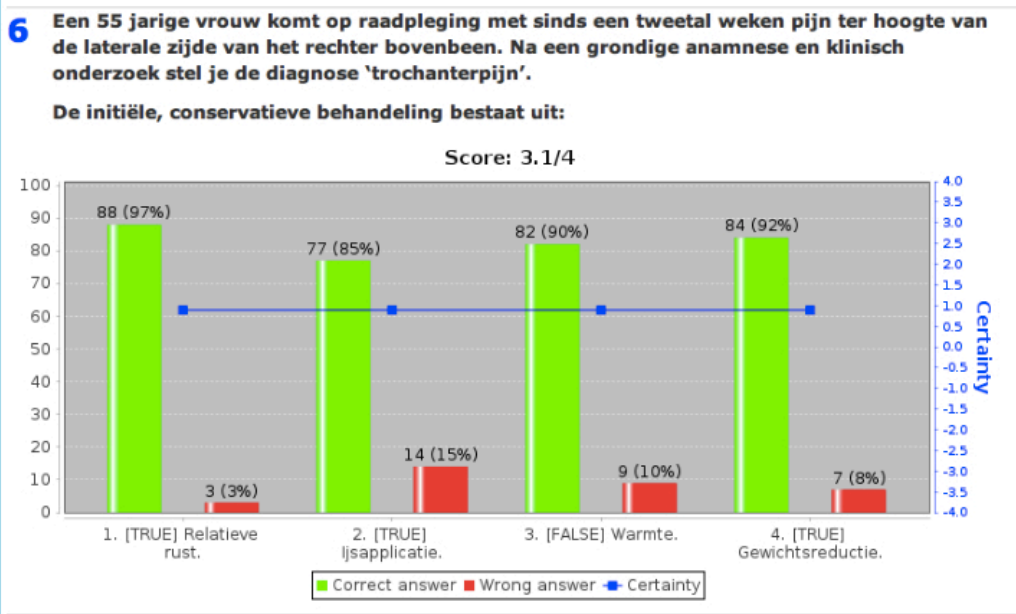
Statistiques générées le : 19-04-2016

Tabel 9 : voorlopige statistieken één week na het online plaatsen van de module

Voorlopige resultaten

** *Conservatief beleid*

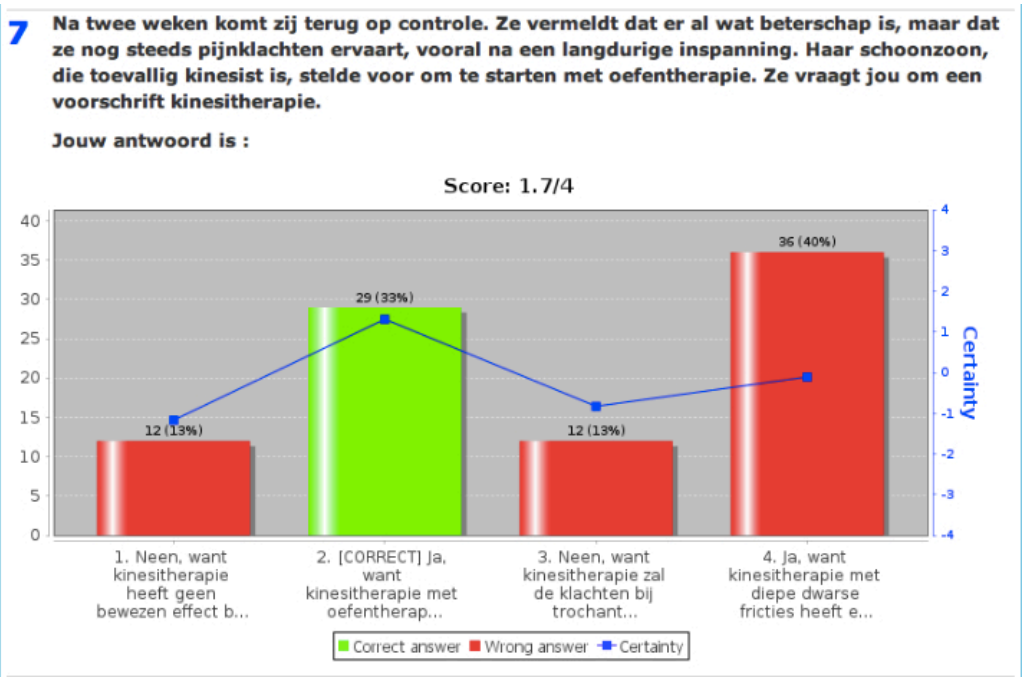
Hierover lijkt er weinig discussie te zijn. Ijsapplicatie, gewichtsreductie en relatieve rust wordt door de meerderheid aangeraden. Belangrijk om te vermelden is dat ook het zekerheidsniveau bij deze vraag toch wel vrij hoog ligt.



Tabel 10 : samenvatting van de resultaten op de vraag rondom het initiële conservatief beleid.

** *Kinesitherapie*

Hierbij lijkt er toch veel discussie te zijn, gezien ongeveer 1/3 dit niet aanraadt en dat er verder ook onduidelijkheid is over het soort kinesitherapie (excentrische oefeningen tegenover diepe dwarse fricties).

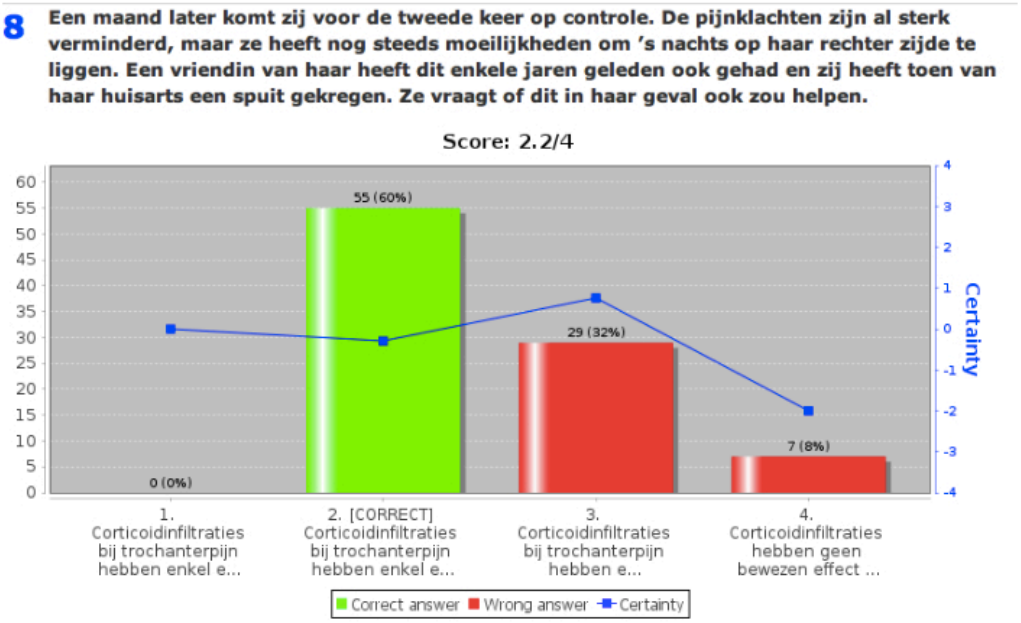


Tabel 11 : samenvatting van de resultaten op de vraag rondom kinesitherapie. Verduidelijking : antwoord 1 = 'Neen, want kinesitherapie heeft geen bewezen effect bij trochanter pijnsyndroom', antwoord 2 = 'Ja, want kinesitherapie met oefentherapie moet overwogen worden om de heupspieren te verstevigen', antwoord 3 = 'Neen, want

kinesitherapie zal de klachten bij trochanter pijnsyndroom doen toenemen', antwoord 4 = 'Ja, want kinesitherapie met diepe dwarse fricties heeft een bewezen effect'.

** *Corticoidinfiltraties*

Het merendeel vindt inderdaad dat corticoidinfiltraties een goed effect hebben (92%), waarvan 60% ook zegt dat het inderdaad enkel een goed effect heeft op korte termijn. Er is toch een 32% die van mening is dat corticoidinfiltraties zowel op korte als op lange termijn effectief zijn.



Tabel 12 : samenvatting van de resultaten op de vraag rondom corticoidinfiltraties. Verduidelijking : antwoord 1 = 'Corticoidinfiltraties bij trochanterpijn hebben enkel een bewezen effect op lange termijn', antwoord 2 = 'Corticoidinfiltraties bij trochanterpijn hebben enkel een bewezen effect op korte termijn', antwoord 3 = 'Corticoidinfiltraties bij trochanterpijn hebben een bewezen effect op korte en lange termijn', antwoord 4 = 'Corticoidinfiltraties hebben geen bewezen effect op trochanterpijn, noch op korte termijn als op lange termijn'.

2.3.3. Finaal nazicht door de leescommissie

Aan de hand van de resultaten van de peer review kan het zijn dat de oorspronkelijke aanbeveling (of toelichting tot de aanbeveling) gewijzigd wordt. De voorstellen tot wijziging zullen een laatste maal voorgelegd worden aan de leescommissie van EBMPracticeNet ter goedkeuring.

3. Geadapteerde aanbevelingen

A. Doelgroep voor de richtlijn

Deze richtlijn werd opgesteld om huisartsen te helpen in de behandeling van het trochanterpijn syndroom bij patiënten die zich met deze klacht presenteren in de Belgische eerste lijn.

B. Patiëntenpopulatie

Volwassenen die zich bij de huisarts presenteren met het trochanterpijn syndroom

C. Klinische vragen

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

- Welke conservatieve behandeling (niet-medicamenteus) voor trochanterpijn syndroom?
- Zijn corticoidinfiltraties effectief (op korte en lange termijn) in het behandelen van het trochanterpijn syndroom?

D. Kernboodschap

Klinische vraag "Welke conservatieve behandeling (niet-medicamenteus) voor trochanterpijn syndroom?"

1. Overweeg relatieve rust in de acute fase (Aanbeveling van goede praktijk)
2. Adviseer ijsapplicatie, meerdere keren per dag (Aanbeveling van goede praktijk)
3. Indien van toepassing, raadt gewichtsreductie aan (Aanbeveling van goede praktijk)
4. Kinesitherapie is aangewezen, eventueel in combinatie met andere behandelingsmodaliteiten (Aanbeveling van goede praktijk)
5. Vooral progressieve, excentrische oefeningen worden aanbevolen bij gluteus medius tendinose en –scheuren om de laterale heupspieren te verstevigen (Aanbeveling van goede praktijk)

Klinische vraag "Zijn corticoidinfiltraties effectief (op korte en lange termijn) in het behandelen van het trochanterpijn syndroom?"

Corticoidinfiltraties worden aanbevolen wanneer een conservatieve behandeling onvoldoende verbetering geeft. Ze hebben vooral een goed effect op korte termijn. Op lange termijn hebben ze geen bewezen nut en is er een hoge frequentie van herval. (GRADE : 1B)

Toelichting

Methode

- Gebruik een combinatie van ofwel methylprednisolone 40mg tot 80mg of triamcinolone 40mg met 5 tot 10 ml lidocaïne 1% (gebruik een lagere dosis bij oudere patiënten)
    - Er zijn verschillende glucocorticoïden beschikbaar voor infiltraties, maar tot op heden werden er geen belangrijke verschillen gedocumenteerd op vlak van effectiviteit
- De infiltraties mogen maximaal driemaal gegeven worden (per jaar) met een interval van telkens drie maanden
- Techniek
    - Gebruik een naald van ongeveer 4-8 cm lang (afhankelijk van de dikte van de dij)
    - Breng de naald in op de meeste pijnlijke plaats tot er botcontact is, trek dan enkele millimeters terug
    - Injecteer ongeveer de helft van de oplossing in deze 'loco dolenti', infiltreer de rest in verschillende richtingen en dieptes

Bijwerkingen

Er werd soms wat locale pijn/irritatie ter hoogte van de injectieplaats beschreven, maar verder werden er geen ernstige bijwerkingen gedocumenteerd in de verschillende studies.

E. Basis voor de aanbeveling

Klinische vraag "Welke conservatieve behandeling (niet-medicamenteus) voor trochanterpijn syndroom?"

De fundering van deze aanbeveling komt uit de Duodecim richtlijn "trochanterpijn" en werd geadapteerd aan volgende richtlijnen :

a. Greater Trochanteric Pain syndrome - NICE CKS

" An ice pack applied for 10–20 minutes several times a day may relieve symptoms"

⇨ *Level of evidence* : expert opinion

" Losing weight may help reduce symptoms"

⇨ *Level of evidence* : expert opinion

" Referral to a physiotherapist should be offered if symptoms persist despite conservative treatment and corticosteroid injections"

⇨ *Level of evidence* : expert opinion

b. Hip and Groin Disorders - American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM)

" Limitations may be helpful in the acute phase of greater trochanteric bursitis/greater trochanteric pain syndrome"

⇨ *Level of evidence* : I (Insufficient evidence, but recommended; consensus-based)

" Progressive, eccentric exercise is recommended for gluteus medius tendinosis and tears, particularly to strengthen the lateral hip musculature"

⇨ *Level of evidence* : I (Insufficient evidence, but recommended; consensus-based)

Klinische vraag "Zijn corticoidinfiltraties effectief (op korte en lange termijn) in het behandelen van het trochanterpijn syndroom?"

De fundering van deze aanbeveling komt uit de Duodecim richtlijn "trochanterpijn" en werd geadapteerd aan volgende richtlijnen en artikels :

a. Greater Trochanteric Pain Syndrome – NICE CKS

" If initial conservative treatment does not provide adequate relief, injecting the tender point with a corticosteroid mixed with lidocaine 1% should be considered"

⇨ *Level of evidence* : expert opinion

⇨ *Basis of Recommendation* : 2 case studies [Stephens et al, 2008; Williams and Cohen, 2009] en 1 retrospectieve cohortstudie [Lievense et al, 2005]

b. Hip and Groin Disorders - American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM)

" Trochanteric glucocortisteroid injections are recommended as a treatment option for acute, subacute or chronic trochanteric bursitis, greater trochanteric pain syndrome and gluteus medius tears with accompanying clinical bursitis "

⇨ *Level of evidence* : C (the intervention is recommended for appropriate patients. There is limited evidence that the intervention may improve important health and functional benefits)

⇨ *Basis of Recommendation* : 2 RCT's [Cohen, 2009 ; Shbeeb et al, 1996]

c. Corticosteroïdinfiltraties effectief voor het trochanter major pijnsyndroom? – Minerva (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 […] corticosteroïdinfiltraties (maximaal driemaal met een

interval van drie maanden) in loco dolenti wanneer een conservatieve behandeling onvoldoende verbetering geeft.

⇨ *Level of evidence* : praktijkadvies uit het Belgisch EBM tijdschrift Minerva

d. Management of the greater trochanteric pain syndrome: a systematic review - Del Buono et al (2011)

" In the management of GTPS, the marked short-term benefits of corticosteroid injection are reversed after a few months, with high rates of recurrence. "

⇨ Systematic review

e. Corticosteroid injections for greater trochanteric pain syndrome: a randomized controlled trial in primary care – Brinks et al (2011)

" A clinically relevant effect was shown at a 3-month follow-up visit for recovery and for pain at rest and with activity. At a12-month follow-up visit, the differences in outcome were no longer present. The application of corticosteroid injections made no difference in the long-term resolution of pain, but the injection gave patients early relief. "

⇨ RCT met placebo groep

F. Referenties

Duodecim. Trochanterpijn. Duodecim Medical Publications Ltd

National Institute for Health and Clinical Excellence - Clinical Knowledge Summaries; NICE-CKS (2010). "Greater trochanteric pain syndrome (trochanteric bursitis)." NICE Clinical Knowledge Summaries

Stephens, M.B., Beutler, A.I. and O'Connor, F.G. (2008). "Musculoskeletal injections: a review of the evidence." American Family Physician **78**(8): 971-976

Williams BS, Cohen SP (2009). "Greater Trochanteric Pain Syndrome: A Review of Anatomy, Diagnosis and Treatment." Anesthesia & Analgesia **108**:1662–70

Lievense, A., Bierma-Zeinstra, S., Schouten, B. et al. (2005). "Prognosis of trochanteric pain in primary care." British Journal of General Practice **55**(512): 199-204

American College of Occupational and Environmental; ACOEM (2012). "Hip and groin disorders." National Guideline Clearinghouse

Cohen SP, Strassels SA, Foster L, et al. (2009) "Comparison of fluoroscopically guided and blind corticosteroid injections for greater trochanteric pain syndrome: multicentre randomised controlled trial." British Medical Journal **338**b1088

Shbeeb MI, Matteson EL (1996). "Trochanteric bursitis (greater trochanter pain syndrome)." Mayo Clinic Proceedings **71**(6):565-569

T. Poelman (2012). “Corticosteroïdinfiltraties effectief voor het trochanter major pijnsyndroom?” Minerva **11**(2)

Del Buono A, Papalia R, Khanduja V, Denaro V, Maffulli N (2011). “Management of the greater trochanteric pain syndrome: a systematic review.” British Medical Bulletin **102**: 115–131

Brinks A, van Rijn RM, Willemsen SP (2011) “Corticosteroid injections for greater trochanteric pain syndrome: a randomized controlled trial in primary care”. Annals of Family Medicine **9**(3): 226-234

G. Lijst van auteurs en belangenvermengingen

Prof. dr. Paul Van Royen; huisarts te Antwerpen, decaan van de faculteit Geneeskunde van de Universiteit Antwerpen, hoofd van de afdeling huisartsgeneeskunde van de Universiteit Antwerpen

Dr. Agne Paskeviciute, huisarts-in-opleiding te Antwerpen

Dr. Jasna Peeters, huisarts-in-opleiding te Antwerpen

Er werden geen belangenvermengingen waargenomen.

4. Discussie

Het doel van deze MaNaMa thesis was een adaptatie van de evidence-based richtlijn ‘trochanterpijn’ (2) aan de Belgische context in kader van het ‘Duodecim Project’. Het subthema ‘behandeling van trochanterpijn’ werd door mij uitgewerkt, het subthema ‘diagnostiek van trochanterpijn’ door mijn collega HAIO Agne Paskeviciute.

In een eerste fase werd de reeds bestaande Finse Duodecimrichtlijn ‘trochanterpijn’ beoordeeld aan de hand van de handleiding opgesteld door EBMPracticeNet (de “Adapte Manual and Resource Kit” (1)). Daarna volgde de implementatiefase, waarbij deze eerste versie, indien nodig, nogmaals aangepast werd aan de hand van een peer review en een toetsing in de eigen prakijk (via een E-learning module). Het resultaat van deze stappen was de geadapteerde richtlijn ‘trochanterpijn’, die gepubliceerd zal worden op het elektronisch platform van EBMPracticeNet en zo beschikbaar zal zijn voor alle Belgische huisartsen. Uit de implementatiefase bleek dat er bij de huisartsen enerzijds nog veel onduidelijkheden zijn rondom het onderwerp trochanterpijn en dan vooral met betrekking tot de onderliggende pathologie. Er wordt er 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 (2). Dit had natuurlijk ook implicaties voor de opvattingen

rondom het beleid bij trochanterpijn en dan vooral over de rol van kinesitherapie. Een groot deel is niet overtuigd van het nut en raadt het ook niet aan in de praktijk. Dit terwijl na onze literatuurzoektocht de conclusie toch was dat kinesitherapie zeker een plaats heeft in de behandeling. Een ander punt van discussie waren de corticoidinfiltraties. Volgens de literatuur hebben infiltraties enkel een goed effect op korte termijn en niet op lange termijn. De peer review en de toetsing in de praktijk toonde echter aan dat een deel toch vindt dat ze ook op lange termijn effectief zijn.

Een belangrijke opmerking die volgens mij gemaakt moet worden is dat er in de studies nergens een onderscheid gemaakt wordt tussen trochanterpijn enkel op basis van bursitis, trochanterpijn enkel op basis van gluteus medius tendinopathie en trochanterpijn omwille van een combinatie van beiden. Bij een bursitis trochanterica lijkt het logisch dat een corticoidinfiltraties meer effect hebben dan bij een gluteus medius tendinopathie. Andersom lijkt kinesitherapie vooral nuttig te zijn als het gaat om een gluteus medius probleem. Men kan zich natuurlijk de vraag stellen of dit ook effectief nodig is om in studies dit onderscheid te maken. Heeft dit dan ook een implicatie voor in de praktijk? Want het lijkt niet echt mogelijk bij patiënten met trochanterpijn in de eerste lijn eerst beeldvorming te gaan doen en pas dan het beleid te bepalen… .

Verder is het ook belangrijk te vermelden dat er over het algemeen weinig studies gepubliceerd zijn over trochanterpijn. De aanbevelingen rondom het conservatief beleid hebben allemaal een laag niveau van evidentie en zijn eerder een praktijkconsensus. De aanbeveling rondom corticoidinfiltraties heeft iets meer onderliggende evidentie en heeft een GRADE 1B.

5. Besluit

Uit de adaptatiefase, maar vooral uit de implementatiefase blijkt toch dat er nog veel onduidelijkheden en discussiepunten zijn rondom het beleid bij trochanterpijn.

Onze voorlopige conclusie is dat de conservatieve behandeling (niet-medicamenteus) van het trochanterpijn syndroom bestaat uit relatieve rust, ijsapplicatie en gewichtsreductie (aanbeveling van goede praktijk). Kinesitherapie kan overwogen worden, al dan niet in combinatie met andere maatregelen (aanbeveling van goede praktijk). Corticoidinfiltraties hebben vooral een goed effect op korte termijn, met snelle verlichting van de pijn. De voordelen op lange termijn zijn echter beperkt, met een hoog recidiefpercentage (GRADE 1B).

Er is duidelijk nood aan meer studies. Vooral de rol van kinesitherapie is niet altijd duidelijk en leidde vaak tot discussie. Ook de plaats van corticoidinfiltraties zou wat verder uitgediept moeten

worden. Er is tot op heden slechts één RCT met placebo groep gepubliceerd. Zeker het verschil in effectiviteit op korte en/of lange termijn lijkt interessant om verder uit te werken.

Nawoord

Ik zou graag het team van EBMPracticeNet en vooral mijn promotor prof. dr. Paul Van Royen bedanken voor hun inzet en begeleiding bij deze MaNaMa thesis. Daarnaast wil ik ook graag de organisatie 'Excellencis' bedanken voor hun medewerking in het opstellen van onze E-learning module. Tenslotte zou ik ook zeer graag mijn collega HAIO Agne Paskevicute willen bedanken voor de aangename samenwerking en ik wens haar veel succes met haar verdere carrière als huisarts.

6. Referenties

(1) Delvaux N, Van de Velde S, Philips H, Van Royen P, Vanschoenbeek J (2013) "Adaptatie Duodecim Richtlijnen Handboek voor Haio's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen". EBMPracticeNet

(2) Duodecim. Trochanterpijn. Duodecim Medical Publications Ltd

(3) T. Poelman (2012). "Corticosteroïdinfiltraties effectief voor het trochanter major pijnsyndroom?" Minerva **11**(2)

(4) National Institute for Health and Clinical Excellence - Clinical Knowledge Summaries; NICE-CKS (2010). "Greater trochanteric pain syndrome (trochanteric bursitis)." NICE Clinical Knowledge Summaries

(5) American College of Occupational and Environmental; ACOEM (2013). "Hip & pelvis (acute & chronic)". National Guideline Clearinghouse

(6) American College of Occupational and Environmental; ACOEM (2012). "Hip and groin disorders." National Guideline Clearinghouse

(7) National Institute for Health an Clinical Excellence (2011). "Distal iliotibial band lengthening for refractory greater trochanter pain syndrome." NICE interventional procedure guidance

(8) National Institute for Health an Clinical Excellence (2011). "Extracorporeal shockwave therapy for refractory greater thochanteric pain syndrome." NICE interventional procedure guidance

(9) AGREE Next Steps Consortium (2009). "AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen."
(10) Hamer, A.J (2004) "Pain in the hip and knee". ABC of Rheumatology. 3rd edition. London: BMJ Books. **19-22**.
(11) Williams BS, Cohen SP (2009). "Greater Trochanteric Pain Syndrome: A Review of Anatomy, Diagnosis and Treatment." Anesthesia & Analgesia **108**:1662–70
(12) Lustenberger DP, Y Ng V, Best TM, Ellis TJ et al (2013). "Efficacy of Treatment of Trochanteric Bursitis: A Systematic Review." Clinical Journal of Sport Medicine **21**(5): 447–4531
(13) Del Buono A, Papalia R, Khanduja V, Denaro V, Maffulli N (2011). "Management of the greater trochanteric pain syndrome: a systematic review." British Medical Bulletin **102**: 115–131
(14) Bierma-Zeinstra SMA, Brinks A, Verhagen AP, Van Rijn RM, Koes BW, Verhaarr J (2011). "Interventions for lateral hip pain." The Cochrane Library
(15) Rasmussen KJ, Fanø N (1985). "Trochanteric bursitis. Treatment by corticosteroid injection." Scandinavian Journal of Rheumatology **14**(4):417-420.
(16) Shbeeb MI, Matteson EL (1996). "Trochanteric bursitis (greater trochanter pain syndrome)." Mayo Clinic Proceedings **71**(6):565-569
(17) Lievense, A., Bierma-Zeinstra, S., Schouten, B. et al. (2005). "Prognosis of trochanteric pain in primary care." British Journal of General Practice **55**(512): 199-204
(18) Stephens, M.B., Beutler, A.I. and O'Connor, F.G. (2008). "Musculoskeletal injections: a review of the evidence." American Family Physician **78**(8): 971-976
(19) Cohen SP, Strassels SA, Foster L, et al. (2009) "Comparison of fluoroscopically guided and blind corticosteroid injections for greater trochanteric pain syndrome: multicentre randomised controlled trial." British Medical Journal **338**b1088
(20) Ulassi (2012). "Steroid Injections vs. Analgesics for Greater Trochanteric Pain Syndrome." American Family Physician **85**(9):916
(21) Brinks A, van Rijn RM, Willemsen SP (2011) "Corticosteroid injections for greater trochanteric pain syndrome: a randomized controlled trial in primary care". Annals of Family Medicine **9**(3): 226-234
(22) CM "Kinesisten: tarieven 2014 - 2016 verstrekkingen in de praktijk van de kinesist"
(23) Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium (BCFI)
(24) https://www.excellencis.org

7. Bijlagen

Presentatie peer review

Excellencis E-learning module

Goedgekeurd protocol

Gunstig advies Ethisch Comité

Trochanterpijn
'Peer Review'

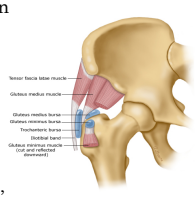
Agne Paskeviciute
Jasna Peeters

(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 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 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 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 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 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)

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, 2013*
   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 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 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 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 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 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 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 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 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)

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)

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

Peer Review

Deel 3 : Behandeling (conservatief)

Behandeling (Conservatief)

- **Stelling 1** : ijsapplicatie, meerdere keren per dag, helpt om de klachten te doen verminderen
- *Vraag 1* : Dit past bij de het initieel conservatief beleid?
  - Ja ☐
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Wordt dit door jullie effectief aangeraden aan patiënten? (waarom wel/niet)

Behandeling (Conservatief)

- **Stelling 1** : ijsapplicatie, meerdere keren per dag, helpt om de klachten te doen verminderen
- *Vraag 1* : Dit past bij de het initieel conservatief beleid?
  - **Ja** ☑
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Wordt dit door jullie effectief aangeraden aan patiënten? (waarom wel/niet)

Behandeling (Conservatief)

- **Stelling 2** : gewichtsreductie helpt om de klachten te doen verminderen
- *Vraag 1* : Dit past bij de het initieel conservatief beleid?
  - Ja ☐
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Wordt dit door jullie effectief aangeraden aan patiënten? (waarom wel/niet)

Behandeling (Conservatief)

- **Stelling 2** : gewichtsreductie helpt om de klachten te doen verminderen
- *Vraag 1* : Dit past bij de het initieel conservatief beleid?
  - **Ja** ☑
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Wordt dit door jullie effectief aangeraden aan patiënten? (waarom wel/niet)

Behandeling (Conservatief)

- **Stelling 3** : in de acute fase helpt relatieve rust om de klachten te doen verminderen
- *Vraag 1* : Dit past bij de het initieel conservatief beleid?
  - Ja ☐
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Wordt dit door jullie effectief aangeraden aan patiënten? (waarom wel/niet)

Behandeling (Conservatief)

- **Stelling 3** : in de acute fase helpt relatieve rust om de klachten te doen verminderen
- *Vraag 1* : Dit past bij de het initieel conservatief beleid?
  - **Ja** ☑
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : Wordt dit door jullie effectief aangeraden aan patiënten? (waarom wel/niet)

Behandeling (Conservatief)

- **Stelling 4** : een onderdeel van het conservatief beleid is kinesitherapie
- *Vraag 1* : Dit past bij de het initieel conservatief beleid?
  - Ja ☐
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : wordt dit door jullie effectief aangeraden aan patiënten? (waarom wel/niet)

Behandeling (Conservatief)

- **Stelling 4** : een onderdeel van het conservatief beleid is kinesitherapie
- *Vraag 1* : Dit past bij de het initieel conservatief beleid?
  - **Ja** ☑
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : wordt dit door jullie effectief aangeraden aan patiënten? (waarom wel/niet)

Behandeling (Conservatief)

- **Stelling 5** : progressieve, excentrische oefeningen via kinesitherapie hebben nut in de behandeling van het trochanterpijn syndroom
- *Vraag 1* : Dit past bij de het initieel conservatief beleid?
  - Ja ☐
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : wordt dit door jullie effectief aangeraden aan patiënten? (waarom wel/niet)

Behandeling (Conservatief)

- **Stelling 5** : progressieve, excentrische oefeningen via kinesitherapie hebben nut in de behandeling van het trochanterpijn syndroom
- *Vraag 1* : Dit past bij de het initieel conservatief beleid?
  - **Ja** ☑
  - Nee ☐
  - Geen mening ☐
- *Vraag 2* : wordt dit door jullie effectief aangeraden aan patiënten? (waarom wel/niet)

Evidence (1)

- Reassure the person that greater trochanteric pain syndrome is usually self-limiting. Explain that, although symptoms do persist in a small proportion of people, persistence does not mean that there is a serious underlying condition or that the hip joint is being damaged.

  Advise that an **ice pack applied for 10–20 minutes several times a day may relieve symptoms**. The ice pack should be wrapped in a towel for comfort and to prevent cold injury.

  If appropriate, advise that **losing weight might help reduce symptoms**.

  - *Bron* : NICE CKS – Greater Trochanteric Pain Syndrome
  - Level of Recommendation : expert opinion

- **Limitations may be helpful in the acute phase** of greater trochanteric bursitis/greater trochanteric pain syndrome.

  - *Bron* : ACOEM (American College of Occupational and Environmental Medicine)
  - Level of Recommendation : Insufficient evidence, but recommended (consensus-based)

Evidence (2)

- Greater trochanteric pain syndrome is caused by inflammation or physical trauma in muscles (gluteus maximus, medius, minimus, or piriformis), tendons, fascia, or bursae.

  The most common causes are
  - Tendinopathy of the gluteus medius
  - Muscular tear of the gluteus medius.
  - Combined tendinopathy and muscular tear of the gluteus medius.
  - Inflammation of a trochanteric bursa — true trochanteric bursitis (less frequent!!)

  ⇒ *Bron : ACOEM, NICE CKS*

- Treatment of trochanteric pain syndrome **may include physiotherapy and can be used in combination** with other treatment modalities.

  Progressive, eccentric exercise is recommended for gluteus medius tendinosis and tears, particularly to strengthen the lateral hip musculature.

  ⇒ *Bron* : ACOEM (American College of Occupational and Environmental Medicine)
  ⇒ Level of Recommendation : Insufficient evidence, but recommended (consensus-based)

Conclusie (geadapteerde aanbeveling)

- De initiële, conservatieve aanpak in het acute stadium bestaat uit
  - Relatieve rust
  - Ijsapplicatie (meerdere keren per dag)
  - Gewichtsreductie

  => *GRADE : praktijkconsensus*

- Ook kinesitherapie maakt deel uit van het conservatief beleid, bij voorkeur in combinatie met andere maatregelen (cfr supra)
  - Vooral progressieve, excentrische oefeningen via kinesitherapie hebben nut in de behandeling van het trochanterpijn syndroom

  => *GRADE : praktijkconsensus*

Peer Review

Deel 4 : Behandeling (Infiltraties)

Behandeling (Infiltraties)

- **Stelling 1** : zijn corticoidinfiltraties effectief in de behandeling van het trochanterpijn syndroom
- *Vraag 1* : heeft het voor jullie een plaats in de initiële behandeling of vooral bij falen van het conservatief beleid?
  - Initiële behandeling ☐
  - Na falen conservatief beleid ☐
- *Vraag 2* : heeft het volgens jullie vooral effect op korte termijn, op lange termijn of op beide?
  - Korte termijn ☐
  - Lange termijn ☐
  - Beide ☐

Behandeling (Infiltraties)

- **Stelling 1** : zijn corticoidinfiltraties effectief in de behandeling van het trochanterpijn syndroom
- *Vraag 1* : heeft het voor jullie een plaats in de initiële behandeling of vooral bij falen van het conservatief beleid?
  - Initiële behandeling ☐
  - **Na falen conservatief beleid** ☑
- *Vraag 2* : heeft het volgens jullie vooral effect op korte termijn, op lange termijn of op beide?
  - **Korte termijn** ☑
  - Lange termijn ☐
  - Beide ☐

Evidence

- **If initial conservative treatment does not provide adequate relief,** injecting the tender point with a corticosteroid mixed with lidocaine 1% should be considered
  - ⇒ *Bron* : NICE CKS – Greater Trochanteric Pain Syndrome
  - ⇒ Level of Recommendation : expert opinion
  - ⇒ Basis of Recommendation : 2 case studies en 1 retrospectieve cohortstudie
    - Stephens et al, 2008 (Musculoskeletal injections: a review of the evidence)
    - Williams and Cohen, 2009 (Greater trochanteric pain syndrome: a review of anatomy, diagnosis and treatment)
    - Lievense et al, 2005 (Prognosis of trochanteric pain in primary care)
- **Trochanteric glucocortisteroid injections are recommended as a treatment option** for acute, subacute or chronic trochanteric bursitis, greater trochanteric pain syndrome and gluteus medius tears with accompanying clinical bursitis
  - ⇒ Bron : ACOEM
  - ⇒ Level of Recommendation : C : the intervention is recommended for appropriate patients. There is limited evidence that the intervention may improve important health and functional benefits.
  - ⇒ Basis of Recommendation : 2 RCT's
    - Williams and Cohen, 2009 (Greater trochanteric pain syndrome: a review of anatomy, diagnosis and treatment)
    - Shbeeb, 1996 (Evaluation of glucocorticosteroid injection for the treatment of trochanteric bursitis)

Evidence

- 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 minerva : corticosteroïdinfiltraties (maximaal driemaal met een interval van drie maanden) in loco dolenti **wanneer een conservatieve behandeling onvoldoende verbetering geeft**.

  ⇒ *Bron* : Minerva "Corticosteroïdinfiltraties effectief voor het trochanter major pijnsyndroom?"

Conclusie (Geadapteerde aanbeveling)

- Corticoidinfiltraties kunnen overwogen worden na het falen van het conservatief beleid.
- Ze hebben vooral een goed effect op korte termijn.
- Op lange termijn is er een hoge frequentie van herval en hebben ze geen bewezen nut.

  => GRADE : 1C

Trochanterpijn syndroom

Het trochanter pijnsyndroom is een pathologie die frequent voorkomt in de eerstelijn. Verder onderzoek en navraag heeft ons getoond dat er bij de huisartsen vaak onduidelijkheid bestaat rondom de pathologie 'trochanterpijn'. Bijvoorbeeld wordt er 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.

Met deze module willen we de nieuwste richtlijnen omtrent de diagnostiek en behandeling van trochanter pijnsyndroom aan het licht brengen.

>> Auteurs

Deze bijscholingsmodule werd opgesteld door Dr. Agne Paskeviciute, Dr. Jasna Peeters en gevalideerd door Prof. Dr. Paul Van Royen, Centrum Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen.

>> Page 1

Welke onderstaande beschrijvingen uit anamnese doen trochanter pijnsyndroom vermoeden:

A)	Een 60 jaar obese vrouw komt bij u op raadpleging en klaagt van laterale heuppijn. Deze pijn straalt uit van het trochanter major gebied naar proximaal en lateraal aspect van de dij. Patiënte vermeldt dat pijn erger wordt aan de aangedane zijde bij fysieke belasting zoals bv. wandelen en traplopen, ‘s nachts kan zij moeilijk slapen door pijn op de aangetaste zijde.	V
B)	Een 40 jarige frequente loper komt bij u op raadpleging. Hij is bezig met een marathontraining. Hij klaagt van pijn laterale aan de heup die reeds 2 weken aanwezig is en geleidelijk aan erger is geworden, vooral tijdens lopen. De pijn wordt beschrijven als diep en brandend.	V
C)	Een 59 jarige huisvrouw klaagt van pijn aan linker bovenbeen en linker knie, soms ook in de lies en de buitenkant van de heup. Er is sprake van nachtelijke pijn, pijn en stijfheid ’s morgens bij het opstaan uit bed. Bij het wandelen treedt de pijn steeds sneller op en het verdwijnt niet volledig tijdens stilstaan. Andere gewrichten zijn niet pijnlijk en er zijn geen tintelingen in het been.	
D)	Een 55 jarige man komt op raadpleging met aanmeldingsklacht van scherpe laterale heuppijn die tot onder de knie uitstraalt. De pijn is plots opgekomen tijdens het optillen van een zware doos op het werk. Patiënt klaagt ook van lage rugpijn.	

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.[1]

De typische pijnklachten en de beperkte beweeglijkheid van de heup doen heupartrose vermoeden. Het röntgenonderzoek maakt de diagnose coxartrose zeker. [2]

Patiënten met radiculaire 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 radiculaire syndroom komt lage rugpijn ook frequent voor, de beenklachten staan echter op de voorgrond. [3]

1. NICE CKS richtlijn. *Greater Trochanteric Pain Syndrome.* October 2010.

2. Drs. M.T.A Boumans, Dr. A van Ooy. *Vaardigheden in de geneeskunde "het onderzoek van de onderste extremiteiten".* Mediview; maart 2008.

3. NHG standaard. *Lumbosacraal radiculair syndroom.* 2015;**58(6):**308-20.

>> Page 2

De gemiddelde prevalentie van GTPS:

A)	Bij volwassenen met heuppijn als aanmeldingsklacht bedraagt 10%.	
B)	Is hoger bij vrouwen dan bij mannen.	V
C)	Bij jongere mensen voornamelijk lopers is GTPS een van de meest voorkomende oorzaken van heup pijn.	V

Studies hebben aangetoond dat de gemiddelde prevalentie van GTPS 17% bedraagt bij volwassenen van middelbare en oudere leeftijd.[4,5]

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). [4,5]

Bij jongere mensen met actieve levensstijl is GTPS een vaak voorkomende oorzaak van heuppijn, voornamelijk bij frequente lopers. [6,7]

4. William BS, Cohen SP. *Greater trochanteric pain syndrome: a review of anatomy, diagnosis and treatment.* Anesth Analg. 2009 May;**108(5):1662-70. doi:** 10.1213/ane.0b013e31819d6562.

5. Segal et al. *Greater Trochanteric Pain Syndrome: Epidemiology and Associated Factors.* Arch Phys Med Rehabil. 2007 Aug;**88(8):**988-92.

6. Adkins and Figler. *Hip pain in athletes.* Am Fam Physician. 2000Apr 1;**61(7):**2109-18.

7. Strauss et al. *Greater trochanteric pain syndrome.* Sports Med Arthrosc. 2010 Jun;**18(2):113-9. doi:**

10.1097/JSA.0b013e3181e0b2ff.

>> Page 3

Een 52 jarige verpleegster in een rusthuis, kan haar werk niet meer uitvoeren wegens toenemende klachten in de rechter heupregio sinds 4 weken. Patiënte geeft aan dat de pijn aan de buitenkant van het bovenbeen optreedt en uitstraling heeft naar de lies. De pijn treedt voornamelijk ’s nachts op tijdens slapen op de aangedane zijde. Ondanks 2 weken rust en werkonbekwaamheid treed er geen verbetering op. Welke van de volgende bevindingen vanuit het klinisch onderzoek passen bij GTPS?

A)	Bij palpatie op de top van de trochanter major gebied bestaat een flinke drukpijn.	V
B)	Abductie tegen weerstand is pijnlijk aan de laterale zijde van de rechter heup.	V
C)	Er lijkt een beenlengteverschil ten nadelen van links te bestaan.	V

Gevoelige palpatie van trochanter major gebied is essentieel voor diagnosis van GTPS.[1,2,8,9]

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)[1,2,10,11]

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.[1,5]

1. NICE CKS richtlijn. *Greater Trochanteric Pain Syndrome.* October 2010.

2. Drs. M.T.A Boumans, Dr. A van Ooy. *Vaardigheden in de geneeskunde “het onderzoek van de onderste extremiteiten”.* Mediview; maart 2008.

5. Segal et al. *Greater Trochanteric Pain Syndrome: Epidemiology and Associated Factors.* Arch Phys Med Rehabil. 2007 Aug;**88(8):**988-92.

8. EBMPracticeNet, Duodecim richtlijn. *Trochanteric pain.* 2013.

9. ACOEM (American College of Occupational and Environmental Medicine). *Hip and groin disorders.* 2012.

10. V. van Os, red.: A. Zuidgeest. *Anatomie van het bewegingsapparaat in beeld.* BSL, oktober 2012.

11. Bohn Stafleu van Loghum, red.: Dos Winkel en Geert Aufdemkampe. *Orthopedische geneeskunde en manuele therapie.* deel 1: Extremiteiten, 1994.

>> Page 4

Welke van de onderstaande factoren verhogen het risico op GTPS?

	Hoger risico	Geen hoger risico
Ipsilaterale gonartrose	V	X

Ipsi-en contralaterale coxartrose	V	X
Anorexia	X	V
Fibromyalgie	V	X
Obesitas	V	X
Beenlengteverschil	V	X
Diabetes mellitus	X	V
Lage rugpijn en aandoeningen van lumbale wervelkolom	V	X

GTPS komt frequent voor samen met volgende andere medische condities[4,5]:

- Rheumatoid arthritis
- Knie osteoarthritis voornamelijk van aangetaste zijde
- Heuparthritis van aangetaste en niet aangetaste zijde
- Fibromyalgie
- Lage rugpijn en aandoeningen van lumbale wervelkolom zoals degeneratieve osteoarthritis, discopathieën en radiculopathieën.

Studies tonen aan dat er een associatie is tussen obesitas, beenlengteverschil met GTPS.[5]

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

4. William BS, Cohen SP. *Greater trochanteric pain syndrome: a review of anatomy, diagnosis and treatment.* Anesth Analg. 2009 May;**108(5):1662-70. doi:** 10.1213/ane.0b013e31819d6562.

5. Segal et al. *Greater Trochanteric Pain Syndrome: Epidemiology and Associated Factors.* Arch Phys Med Rehabil. 2007 Aug;**88(8):**988-92.

>> Page 5

Welke bevindingen passen bij trochanterpijn?

A)	Pijn bij palpatie van de trochanter major gebied.	V
B)	Antalgische gang is aanwezig - verkort steunmoment aan de aangedane zijde (“eendengang”).	V
C)	Pijn bij passieve abductie van de heup.	
D)	Pijn bij actieve abductie van de heup tegen weerstand.	V

E)	Pijn bij passieve endorotatie van de heup.	
F)	Pijn bij passieve adductie van de heup.	V
G)	Pijn bij actieve adductie tegen weerstand.	
H)	Pijn bij exorotatie tegen weerstand.	V
I)	Pijn bij endorotatie tegen weerstand.	V

1. Bij GTPS treedt pijn op bij **palpatie** van trochanter major gebied.[1,2,8,9]
2. **De antalgische gang** is soms aanwezig. Bij het wandelen wordt vooral gesteund op het niet aangedane been.[1,9]
3. 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).[10,11]
4. 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).[10,11]
5. 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.[11]
6. Pijn bij **passieve extreme adductie van de heup** past bij diagnose van GTPS[8]. 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.[10,11]
7. 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).[11]
8. Bij GTPS **exorotatie tegen weerstand** produceert pijn aan de aangedane zijde van de heup.[8] 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 van de heup.[10,11]
9. Bij GTPS **endorotatie van de heup tegen weerstand** produceert pijn lateraal in de

heup.[1,8] Hierbij worden de endorotatoren van de heup op kracht en pijnlijkheid getest.[11] Endorotatoren van de heup zijn m. tensor fasciae latae, m. gluteus minimus en m. gluteus medius voorste deel.[10]

1. NICE CKS richtlijn. *Greater Trochanteric Pain Syndrome.* October 2010.

2. Drs. M.T.A Boumans, Dr. A van Ooy. *Vaardigheden in de geneeskunde "het onderzoek van de onderste extremiteiten".* Mediview; maart 2008.

8. EBMPracticeNet, Duodecim richtlijn. *Trochanteric pain.* 2013.

9. ACOEM (American College of Occupational and Environmental Medicine). *Hip and groin disorders.* 2012.

10. V. van Os, red.: A. Zuidgeest. *Anatomie van het bewegingsapparaat in beeld.* BSL, oktober 2012.

11. Bohn Stafleu van Loghum, red.: Dos Winkel en Geert Aufdemkampe. *Orthopedische geneeskunde en manuele therapie.* deel 1: Extremiteiten, 1994.

>> Page 6

Een 55 jarige vrouw komt op raadpleging met sinds een tweetal weken pijn ter hoogte van de laterale zijde van het rechter bovenbeen. Na een grondige anamnese en klinisch onderzoek stel je de diagnose 'trochanterpijn'.

De initiële, conservatieve behandeling bestaat uit:

A)	Relatieve rust.	V
B)	Ijsapplicatie.	V
C)	Warmte.	
D)	Gewichtsreductie.	V

Stel de patiënt gerust dat het trochanterpijn syndroom meestal zelf-limiterend is. [1]

Raad aan om enkele keren per dag ijs te leggen op de pijnlijke plaats, dit kan de symptomen verlichten.[1]

Indien aangewezen (bij overgewicht) , raad aan dat gewichtsreductie kan helpen om de klachten te verminderen.[1]

In de acute fase van trochanterpijn kan relatieve rust verbetering geven.[9]

1. NICE CKS richtlijn. *Greater Trochanteric Pain Syndrome.* October 2010.

9. ACOEM (American College of Occupational and Environmental Medicine). *Hip and groin disorders.* 2012.

>> Page 7

Na twee weken komt zij terug op controle. Ze vermeldt dat er al wat beterschap is, maar dat ze nog steeds pijnklachten ervaart, vooral na een langdurige inspanning. Haar schoonzoon, die toevallig kinesist is, stelde voor om te starten met oefentherapie. Ze vraagt jou om een voorschrift kinesitherapie.

Jouw antwoord is :

A)	Neen, want kinesitherapie heeft geen bewezen effect bij trochanter pijnsyndroom.	
B)	Ja, want kinesitherapie met oefentherapie moet overwogen worden om de heupspieren te verstevigen.	V
C)	Neen, want kinesitherapie zal de klachten bij trochanter pijnsyndroom doen toenemen.	
D)	Ja, want kinesitherapie met diepe dwarse fricties heeft een bewezen effect.	

Progressieve, excentrische oefeningen worden aanbevolen bij gluteus medius tendinose of -scheuren, vooral om de laterale heupspieren te verstevigen.[9]

Verwijzing naar een kinesist moet overwogen als de symptomen persisteren ondanks conservatieve behandeling en corticoidinfiltraties.[1]

1. NICE CKS richtlijn. *Greater Trochanteric Pain Syndrome.* October 2010.

9. ACOEM (American College of Occupational and Environmental Medicine). *Hip and groin disorders.* 2012.

>> Page 8

Een maand later komt zij voor de tweede keer op controle. De pijnklachten zijn al sterk verminderd, maar ze heeft nog steeds moeilijkheden om ’s nachts op haar rechter zijde te liggen. Een vriendin van haar heeft dit enkele jaren geleden ook gehad en zij heeft toen van haar huisarts een spuit gekregen. Ze vraagt of dit in haar geval ook zou helpen.

A)	Corticoidinfiltraties bij trochanterpijn hebben enkel een bewezen effect op lange termijn.	
B)	Corticoidinfiltraties bij trochanterpijn hebben enkel een bewezen effect op korte termijn.	V
C)	Corticoidinfiltraties bij trochanterpijn hebben een bewezen effect op korte en lange termijn.	
D)	Corticoidinfiltraties hebben geen bewezen effect op trochanterpijn, noch op korte termijn als op lange termijn.	

Als het initieel conservatief beleid geen voldoende verbetering geeft van de klachten moet een corticoidinfiltratie overwogen worden. Hierbij wordt de pijnlijke plaats geïnjecteerd met een combinatie van een corticoid en lidocaïne.[1]

Corticoidinfiltraties worden aanbevolen als één van de behandelingsopties bij acute, subacute of chronische bursitis trochanterica en gluteus medius scheuren met begeleidende bursitis.[9]

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.[12]

1. NICE CKS richtlijn. *Greater Trochanteric Pain Syndrome.* October 2010.

9. ACOEM (American College of Occupational and Environmental Medicine). *Hip and groin disorders.* 2012.

12. Poelman T. *Corticosteroïdinfiltraties effectief voor het trochanter major pijnsyndroom?* Minerva 2012 Volume 11 Nummer 2 Pagina 19 - 20.

>> Page 9

Een belangrijke differentiaal diagnose van het trochanterpijn syndroom is het iliotibiale band/snapping hip syndroom, gezien dit ook laterale heuppijn produceert na een inspanning. Deze differentiaal diagnose kan gemaakt worden tijdens het klinisch onderzoek, aan de hand van trendelenburg test en de test van ober.

Match hieronder de juiste klinische test met de juiste pathologie of de juiste beschrijving met de juiste klinische test.

1	**2**
Trendelenburg	Trochanterpijnsyndroom tgv gluteus medius pathologie
Ober	Iliotibiale band/snapping hip
De patiënt staat op het aangedane been. Het andere, niet-aangedane been wordt opgetild. Bij een positieve test (=afwijkend) zal de bil van het opgetilde been omlaag zakken.	Trendelenburg
De patiënt ligt op de niet-aangedane zijde, met heup en knieën in flexie. Met één hand wordt het pelvis gestabiliseerd, waarna de onderzoeker passieve abductie en extensie van de heup uitvoerd met de knie in 90° flexie (aangedane zijde). De test is positief als er pijn optreedt als men het aangedane been laat zakken uit deze positie of wanneer er pijn optreedt bij het in extensie brengen van de heup.	Test van Ober

<u>Iliotibiale band syndroom</u>

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.[1]

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 verschllende aandoeningen van de heup, maar is waarschijnlijk de meest accurate test voor het trochanterpijn syndroom.[1]

1. NICE CKS richtlijn. *Greater Trochanteric Pain Syndrome.* October 2010.

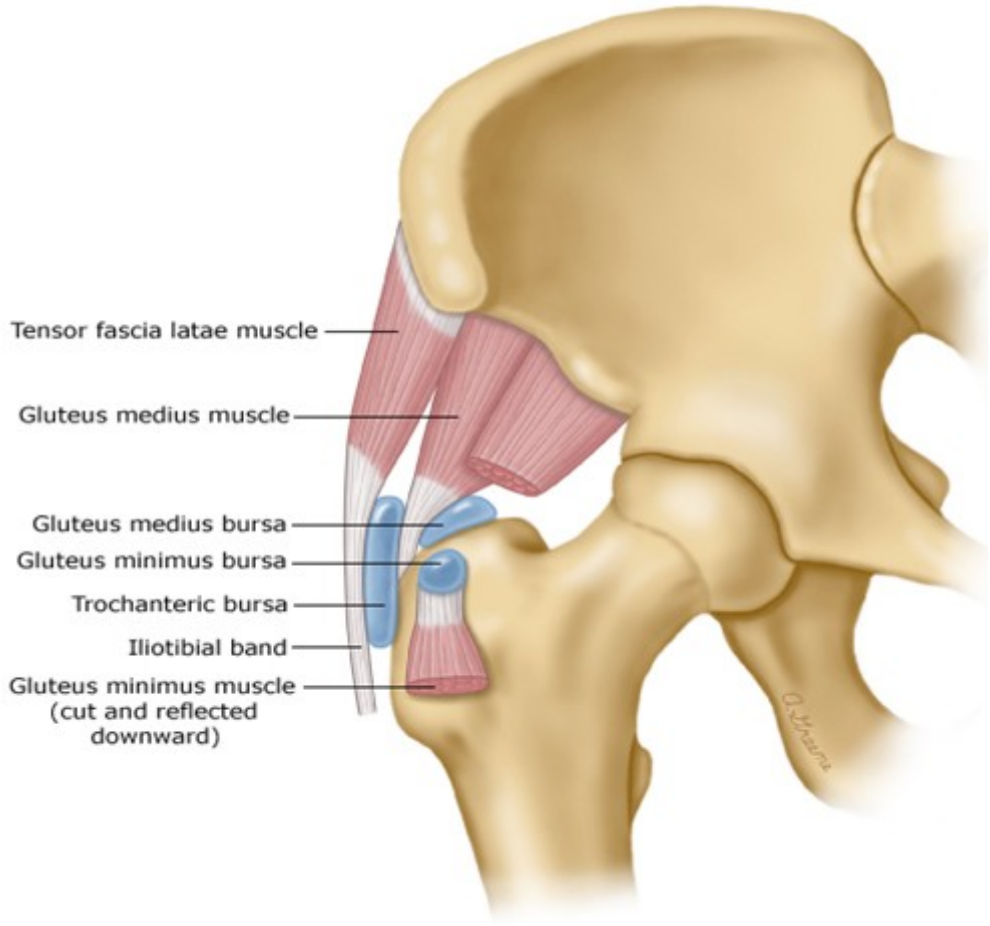
>> Page 10

Wat zijn de meest frequente, onderliggende oorzaken van het trochanterpijn syndroom?

A)	Combinatie van gluteus medius tendinopathie en gluteus medius scheur.	
B)	Bursitis trochanterica.	
C)	Gluteus medius scheur.	
D)	Gluteus medius tendinopathie.	
E)	Alle antwoorden zijn juist.	V

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.[1]

Gluteus medius tendinopathie of gluteus medius scheur is waarschijnlijk een meer frequente oorzaak van trochanterpijn dan bursitis trochanterica.[8]



1. NICE CKS richtlijn. *Greater Trochanteric Pain Syndrome.* October 2010.

8. EBMPracticeNet, Duodecim richtlijn. *Trochanteric pain.* 2013.

Protocol : Behandeling van trochanterpijn syndroom

Doelstelling
Adaptatie van de evidence-based richtlijn 'trochanterpijn' aan de Belgische context, in kader van het 'Duodecim Project'.

Opzet
De Duodecim richtlijnen zijn evidence-based richtlijnen, opgesteld door de Finse artsenvereniging 'Duidecim'. Het Duodecim project beoogt om Duodecim richtlijnen die een negatieve beoordeling kregen door de redactie van EBMpracticeNet – op basis van kwaliteit van inhoud, consistentie van aanbeveling met inhoud en/of toepasbaarheid in de Belgische context- te herzien en aan de passen aan de Belgische situatie.

Methodologie
In een *eerste fase* werd de Duodecim richtlijn "Trochanterpijn" herzien en geadapteerd aan de Belgische context.
Ikzelf heb gewerkt rond de behandeling van trochanterpijn, mijn collega HAIO Agne Paskeviciute rond de diagnostiek van deze pathologie.

In de *screeningsfase* werden er vier (relevante) klinische vragen geformuleerd, waaruit er PIPOH elementen bepaald werden. Aan de hand van deze PIPOH elementen werd een systematische literatuuronderzoek uitgevoerd naar andere evidence-based richtlijnen over het onderwerp 'trochanterpijn'. Hierna volgde een ruwe selectie op basis van voorafbepaalde exclusiecriteria. De overgebleven richtlijnen werden vervolgens beoordeeld door middel van het AGREE instrument, waarna de twee beste evidence-based richtlijnen geselecteerd werden.
Nadien werd inhoud van de geselecteerde richtlijnen geïnventariseerd. Voor al de vooropgestelde klinische vragen werden de aanbevelingen uit de verschillende richtlijnen opgelijst (in onze ADAPTE matrix) samen met de onderliggende evidence. De aanbevelingen van de richtlijnen werden vervolgens gewaardeerd op courantheid, samenhang en toepasbaarheid in de Belgische context.
In de *adaptatie fase* werden de aanbevelingen uit de Duodecim richtlijn 'trochanterpijn' geadapteerd aan de hand van de andere selecteerde evidence-based richtlijnen. Aan deze geadapteerde aanbevelingen werd tenslotte een GRADE toegekend.

Hierna volgt de *implementatiefase*- waarvoor deze aanvraag geldt:
Het eerste deel bestaat uit een 'peer review'. Hierbij gebeurt er een toetsing in verschillende groepen huisartsen. Concreet wordt de richtlijn voorgesteld in één LOK groep, één seminarie groep en één huisartsenpraktijk. De toetsing gebeurt aan de hand van een presentatie met casussen en een discussie over stellingen die door ons vooropgesteld werden. Voor het inventariseren wordt er gebruik gemaakt van individuele antwoordformulieren (multiple choice, inhoudelijke feedback, eventuele suggesties, …).

Als tweede stap volgt een toetsing in de eigen praktijk. Hiervoor gaan wij een navormingsmodule uitwerken, namelijk een E-learning pakket, dat via accreditering kan worden aangeboden. Het E-learning pakket zal naast vragen over trochanterpijn (gebaseerd op onze aanbevelingen) ook hyperlinks bevatten naar bepaalde testen of

video's over bijvoorbeeld infiltraties en klinisch onderzoek. Voor het ontwikkelen van het E-learning pakket gaan we samenwerken met de organisatie 'Excellencis'.
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.

Het E-learning pakket zal online worden aangeboden via de website Excellencis.org

We hebben ons de voorbije tijd verder verdiept in het "excellencis" 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
Uiteindelijk wordt er op basis van de opmerkingen van de peer reviews en het E-learning pakket bekeken of er nog een laatste adaptatie moet gebeuren van onze richtlijn. Na goedkeuring van de leescommissie van EBMPracticeNet zal de richtlijn beschikbaar gemaakt worden voor alle eerstelijnsmedewerkers.

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

Prof. dr. P. Van Royen

UA
Huisartsgeneeskunde

Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Diagnostiek van trochanter pijn syndroom (manama huisartsgeneeskunde Jasna Peeters)

Belgisch Registratienummer: B300201628293

datum	ons kenmerk	contactpersoon
4/04/2016	16/2/26	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. 4/04/2016.

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

- CV onderzoeker
  dr. J. Peeters
- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 13/02/2016
  Video-opname infiltratie slijmbeurs heup versie2
  Video-opname klinisch onderzoek versie 2
- Protocol aangepaste versie dd. 29/03/2016
  versie 4

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

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 619 503

datum
4/04/2016

ons kenmerk
16/2/26

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

Samenstelling Ethisch Comité sinds 4/01/2016.
Deze studie werd besproken op vergadering van 4/04/2016.

	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.