

De NHG-Standaard 'Traumatische knieproblemen' (eerste herziening): samenvatting

L. Willem Draijer, Janneke N. Belo, Hans F. Berg, Roeland M.M. Geijer en A.N. Lex Goudswaard

Gerelateerd artikel: Ned Tijdschr Geneesk. 2010;154:A2851

- De meeste traumatische knieproblemen hebben een gunstige prognose en kunnen door de huisarts worden behandeld.
- Voor het beleid zijn het klachtenbeloop en de functiebeperkingen van de knie van grotere waarde dan bevindingen van lichamelijk onderzoek. De toegevoegde waarde van verwijzing door de huisarts voor MRI staat nog niet vast.
- Redenen om de patiënt direct te verwijzen, zijn: kniefractuur, slotstand van de knie en patellaluxatie met ernstige klachten.

In maart 2010 is de eerste herziening van de NHG-Standaard 'Traumatische knieproblemen' uit 1998 gepubliceerd. Deze herziening was noodzakelijk omdat een nieuwe inventarisatie en interpretatie van beschikbare literatuur gewenst was. De figuur geeft het samenvattingskaartje van de herziene standaard weer. De volledige tekst van de standaard, met de voetnoten en de literatuur, is te vinden op de NHG-website (<http://nhg.arsennet.nl>). In dit artikel bespreken wij de belangrijkste aanbevelingen en discussiepunten uit de standaard.

WANNEER EEN RÖNTGENFOTO VAN DE KNIE MAKEN?

Bij knieklachten ten gevolge van een trauma is het in eerste instantie van belang onderscheid te maken tussen een kniefractuur, een intra-articulair knie- of kniebandletsel, en een distorsie.

Gevalideerde criteria om in de eerste lijn de diagnose 'fractuur' betrouwbaar te kunnen stellen, zijn niet voorhanden. Bij een fors uitwendig letsel, een standsafwijking en onmogelijkheid het aangedane been te belasten ligt het voor de hand aan een fractuur te denken. Lastiger wordt het wanneer een oudere patiënt het been niet of beperkt kan belasten na een relatief gering trauma.

Ottawa-kniereg De zogenaamde ottawa-kniereg is ontwikkeld en gevalideerd om op eerstehulpafdelingen van ziekenhuizen het aantal röntgenfoto's na een trauma of rotatietrauma van de knie te beperken zonder fracturen te missen. Deze regel houdt rekening met belastbaarheid en actieve flexie van de knie, lokale drukpijn en de leeftijd, en heeft een grote negatief voorspellende waarde, wat wil zeggen dat bij een negatieve uitslag de kans op een fractuur zeer gering is. Strikte toepassing van de ottawa-kniereg in de huisartsenpraktijk zou echter betekenen dat veel patiënten ouder dan 55 jaar die hun knie niet actief tot 90 graden kunnen buigen of met een knietrauma,

Nederlands Huisartsen Genootschap,
afd. Richtlijnontwikkeling en Wetenschap,
Utrecht.

Drs. L.W. Draijer, dr. J.N. Belo, dr. H.F. Berg,
dr. R.M.M. Geijer en dr. A.N. Goudswaard,
huisartsen.

Contactpersoon: drs. L.W. Draijer
(w.draijer@nhg.org).

TRAUMATISCHE KNIETPROBLEMEN

NHG-STANDAARD (SAMENVATTING)

M66

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Anamnese

Vraag naar:

- ★ tijdstip en omstandigheden van het trauma (sport, verkeer, werk);
- ★ aard van het trauma en bijkomende verschijnselen (val, geweld van buitenaf, (rotatie)trauma tijdens belasting van het been en knappend gevoel in de knie);
- ★ belastbaarheid na het trauma (staan, lopen);
- ★ pijn (lokalisatie, verloop na het trauma, in rust of bij bewegen);
- ★ zwelling (binnen hoeveel tijd na het trauma ontstaan);
- ★ slotverschijnselen (op slot zitten of niet meer recht kunnen krijgen van de knie);
- ★ onzeker of instabiel gevoel ('door de knie zakken');
- ★ verplaatsing van de knieschijf tijdens het trauma;
- ★ eerdere knieklachten of -traumata (verloop en behandeling);
- ★ beperkingen in het dagelijks functioneren, werk en sport.

Lichamelijk onderzoek

Inspectie, let hierbij op:

- ★ belastbaarheid van het been (is staan of lopen op het aangedane been mogelijk?);
- ★ stand van het been en van de patella (naar lateraal verplaatst?);
- ★ zwelling van de knie.

Palpatie en bewegingsonderzoek, let bij de patiënt in rugligging op:

- ★ ballotement van de patella;
- ★ pijn bij palpatie van de mediale en laterale collaterale band en asdrukpijn;
- ★ beperkingen van de bewegingsuitslag bij actieve en passieve flexie en extensie (bij een slotstand kan de gebogen knie actief noch passief worden gestrekt);
- ★ pijn of instabiliteit bij valgisieren van de licht gebogen knie.

Aanvullend onderzoek

Vraag bij twijfel aan de diagnose fractuur en één of meerdere van de volgende criteria een röntgenfoto aan:

- ★ niet in staat om direct na het trauma en in de spreekkamer vier stappen te lopen;
- ★ gelokaliseerde drukpijn op de patella of het fibulakopje;
- ★ onmogelijkheid de knie actief tot 90 graden te buigen;
- ★ leeftijd 55 jaar of ouder.

FIGUUR 1 Samenvatting van de standaard 'Traumatische knieproblemen' (herziene versie) van het Nederlands Huisartsen Genootschap: eerste deel (vervolg in figuur 2).

Evaluatie

Maak bij afwezigheid van aanwijzingen voor een fractuur onderscheid tussen:

- ★ *Kruisbandletsel, meniscusletsel of collateralebandletsel*: ballotement, (zelf gerapporteerde) kniezwelling of haemarthros kunnen op dergelijke letsels wijzen, vooral bij een leeftijd > 40 jaar of (rotatie)trauma tijdens belasting van het been. Denk aan:
 - *kruisbandletsel*: bij het gevoel door knie te zakken, knappend gevoel tijdens het trauma, (zelfgerapporteerde) kniezwelling;
 - *meniscusletsel*: bij slotstand van de knie;
 - *medialecollateralebandletsel*: bij pijn en laxiteit bij de valgustest.
- ★ *Contusie of distorsie*:
 - geen of gering ballotement of (zelfgerapporteerde) zwelling;
 - geen of geringe beperking passieve beweeglijkheid;
 - volledige belastbaarheid van het been.
- ★ *Patellaluxatie*: patella naar lateraal verplaatst (geweest), ballotement.

RICHTLIJNEN BELEID

Voorlichting

- ★ Geef informatie over aard en beloop van de aandoening.
- ★ Bij een (vermoedelijk) *kruisband-, meniscus-, of collateralebandletsel* verdwijnen of verminderen de klachten in de meeste gevallen in de loop van drie maanden.
- ★ Adviseer bij veel pijn de eerste dagen rust en eventueel het gebruik van elleboogskrukken.
- ★ Adviseer zodra de pijn dat toelaat de knie te buigen, te strekken en te belasten en de belasting op te voeren als de pijn en de zwelling verminderen.
- ★ Geef quadricepsoefeningen ter voorkoming van spieratrofie (zie ook NHG-Patiëntenbrief Oefenen voorste bovenbeenspier).
- ★ Bij een *distorsie, contusie* of gereponeerde *patellaluxatie* (zonder intra-articulair letsel): adviseer de knie op geleide van de pijn zo normaal mogelijk te belasten.

CONTROLE EN VERWIJZING

- ★ Controleer de patiënt bij een vermoedelijk *kruisband-, meniscus-, of collateralebandletsel* een aantal keer met een interval van één tot twee weken.
- ★ *Distorsie of contusie*: controles zijn meestal niet noodzakelijk, instrueer de patiënt terug te komen bij aanhoudende of recidiverende klachten.
- ★ Overweeg verwijzing naar een orthopedisch chirurg bij aanhoudende instabiliteitsklachten, pijn, beperkingen of ballotement door een mogelijk *meniscus- of kruisbandletsel* en bij recidiverende *patellaluxaties*.
- ★ Verwijs direct bij het vermoeden van: een *fractuur, (gereponeerde) patellaluxatie* met ernstige klachten (niet kunnen belasten van het been, vermoedelijk intra-articulair letsel) of een slotstand.

De volledige tekst van de NHG-Standaard is gepubliceerd in Huisarts en Wetenschap.

FIGUUR 2 Samenvatting van de standaard 'Traumatische knieproblemen' (herziene versie) van het Nederlands Huisartsen Genootschap: tweede deel (eerste deel zie figuur 1).

UITLEG

Ballotement van de patella Van ballotement wordt gesproken als de patella, na leegstrijken van de recessus suprapatellaris en bij gestrekt been, indrukbaar is en tegen de femurcondyl aantikt. Bij afwezigheid van hydrops in het kniegewricht ligt de patella al tegen de femurcondyl aan.

onnodig voor een röntgenfoto van de knie worden verwezen. Daarom heeft de werkgroep die de standaard voorbereidde ervoor gekozen om de ottawa-knieregels alleen bij twijfel toe te passen en bijvoorbeeld niet te gebruiken in situaties waarbij de huisarts op klinische gronden de kans op een fractuur al bij voorbaat laag inschat of eerst het verloop van de klachten wil afwachten.

WELKE ANAMNESTISCHE VRAGEN EN LICHAMELIJK ONDERZOEK ZIJN VAN BELANG?

Sinds de publicatie van de vorige versie van de standaard in 1998 is nieuw diagnostisch onderzoek beschikbaar gekomen over de voorspellende waarde van anamnestiche gegevens en bevindingen van lichamelijk onderzoek voor het aantonen of uitsluiten van meniscus-, collateraleband- en voorstekruisbandletsel. Dit onderzoek, met MRI als referentietest, vond plaats bij 134 patiënten in de huisartsenpraktijk met klachten na een knietrauma. Uit de resultaten kwam naar voren dat de anamnese en het lichamelijk onderzoek vooral een bijdrage leveren om letsel uit te sluiten. Bij een lage prevalentie van ernstige knieletsels in de eerste lijn is de diagnostische waarde van deze gegevens om specifieke letsels aan te tonen echter beperkt. Hoewel het genoemde onderzoek in de huisartsenpraktijk een kleine patiëntengroep omvatte en validatie in een andere eerstelijns populatie gewenst is, achtte de werkgroep de resultaten voldoende waardevol om deze ter onderbouwing van de standaard te gebruiken.

Anamnestiche bevindingen uit dit onderzoek die in de standaard een plaats hebben gekregen zijn aanwezigheid van een knappend gevoel tijdens een rotatietrauma, het in korte tijd ontstaan van zwelling, en instabiliteitsverschijnselen. Afwezigheid van deze kenmerken maken een band- of meniscusletsel onwaarschijnlijk en de aanwezigheid van een contusie of distorsie waarschijnlijker. Aanwezigheid van deze kenmerken vergroten de kans dat er een band- of meniscusletsel aanwezig is.

Over de plaats van de lachman-test en de voorsteschuifladetest is uitgebreid gediscussieerd. Uit het genoemde onderzoek in de huisartsenpraktijk en uit tweedelijns onderzoek bleek dat deze testen van nut kunnen zijn om een voorstekruisbandletsel uit te sluiten. Hoewel ervaren huisartsen deze testen enige tijd na een knietrauma ade-

quaat kunnen uitvoeren en interpreteren, is de positief voorspellende waarde (ook in combinatie met overige bevindingen) in de huisartsenpraktijk laag. Omdat het beleid bij een voorstekruisbandletsel vooral wordt bepaald door het verdere ziekteverloop (aanhoudende pijnklachten, zwelling of instabiliteit) en de ervaren beperkingen tijdens het werk, sporten of recreatieve activiteiten, voegt de uitslag van deze testen weinig toe. De matige testeigenschappen, geringe toegevoegde waarde en, in mindere mate, de vereiste ervaring om de lachman-test adequaat te kunnen uitvoeren en interpreteren, zijn beslissend geweest voor het advies deze testen niet aan te bevelen.

MRI-ONDERZOEK OP INITIATIEF VAN DE HUISARTS?

In verschillende regio's kan de huisarts een MRI-onderzoek van de knie aanvragen. Uit de literatuur blijkt dat MRI-onderzoek in de tweede lijn waardevol kan zijn om specifiek letsel aan te tonen. Een ervaren specialist kan bij de meeste patiënten echter even accuraat en zonder aanvullend onderzoek een waarschijnlijkheidsdiagnose stellen en een beleid bepalen.

Er werd één eerstelijns onderzoek gevonden waarbij patiënten met aanhoudende knieklachten werden gerandomiseerd tussen MRI-onderzoek plus verwijzing naar de orthopedisch chirurg, en alléén verwijzing naar de orthopedisch chirurg. Uit de resultaten van dit onderzoek bleek dat de huisarts met de uitslag van MRI-onderzoek meer vertrouwen in zijn of haar diagnose en behandeling kreeg, maar dat de uitslag de diagnose en het beleid niet significant veranderde. Patiënten rapporteerden een iets betere, maar klinisch nauwelijks relevante verbetering van kwaliteit van leven.

Het voordeel van MRI-onderzoek kan zijn dat de uitslag de huisarts meer ondersteuning biedt bij de diagnostiek en het beleid. Onafhankelijk van de bevindingen van dit onderzoek zal echter het klachtenbeloop en de door de patiënt ervaren beperkingen de doorslag geven om een patiënt voor aanvullende diagnostiek of behandeling te verwijzen. Bovendien kan de interpretatie van de resultaten van MRI-onderzoek lastig zijn. Zo blijkt uit onderzoek waarin MRI-beelden van de aangedane knie met de gezonde knie zijn vergeleken, dat niet ieder type meniscusletsel op een traumatisch letsel hoeft te wijzen en met klachten gepaard hoeft te gaan. MRI-onderzoek kan zowel tot over- als onderbehandeling leiden.

De argumenten afwegende, is de werkgroep van mening dat de meerwaarde van door de huisarts aangevraagd MRI-onderzoek nog onvoldoende is aangetoond.

WELK BELEID BIJ KNIEBAND- OF MENISCUSLETSEL?

De prognose van knieletsels inclusief kruisbandletsel en meniscusletsel lijkt gunstig. Er zijn echter aanwijzingen

dat er een groter risico is op artrose van het kniegewricht bij patiënten na letsel van de kruisband of de meniscus. Onduidelijk is echter in hoeverre de keuze tussen conservatieve en chirurgische behandeling de prognose op de korte en lange termijn en de kans op artrose beïnvloedt. Ook zijn er geen goed onderbouwde selectiecriteria beschikbaar voor de keuze van een bepaalde behandeling. Bij patiënten bij wie een voorstekruisbandletsel chirurgisch wordt behandeld, zijn geen aanwijzingen gevonden dat behandeling kort na het optreden van het letsel voordelen biedt ten opzichte van behandeling na 2-3 maanden. Daarom heeft de werkgroep in navolging van de vorige versie van de standaard gekozen voor een beleid, waarbij de huisarts, afhankelijk van de ernst van de klachten, de patiënt met een interval van 1-2 weken controleert om het herstelproces te volgen.

WANNEER VERWIJZEN?

Directe verwijzing is geïndiceerd bij een kniefractuur of het vermoeden daarvan en bij een slotstand van de knie. Dit geldt ook voor patiënten met een al dan niet gereponeerde patellaluxatie en met ernstige klachten, omdat hierbij de kans op een gecompliceerd beloop of bijkomend letsel groot is.

Bij het vermoeden van een kruisband- of meniscusletsel met aanhoudende instabiliteitsklachten, beperkingen of ballottement (zie uitlegkader) adviseert de werkgroep verwijzing naar de orthopedisch chirurg te overwegen voor aanvullende diagnostiek of behandeling.

Hoewel patiënten met knieletsels vaak voor behandeling naar de fysiotherapeut worden verwezen, is de effectiviteit hiervan niet goed onderzocht. Een goed onderbouwd advies hierover kon daarom niet worden gegeven. In de

standaard worden wel overwegingen genoemd die een reden voor verwijzing naar de fysiotherapeut kunnen zijn, zoals het voorkómen van achteruitgang van spierkracht, coördinatie en conditie.

PREVENTIE VAN KRUISBANDLETSEL?

In de literatuur zijn aanwijzingen gevonden dat preventieve oefeningen kruisbandletsel bij vrouwen kunnen voorkómen tijdens het uitoefenen van contactsporten zoals voetbal, handbal en basketbal. Er was echter onvoldoende onderzoek beschikbaar om hier specifieke adviezen over te kunnen geven.

CONCLUSIE

Op hoofdlijnen zijn er geen essentiële wijzigingen in de herziene NHG-Standaard 'Traumatische knieproblemen'. Wel zijn de richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid van de huisarts beter onderbouwd. Er blijft echter grote behoefte bestaan aan goed opgezet onderzoek naar de effectiviteit van conservatieve en chirurgische behandelingen bij knieletsels op de korte en lange termijn. Dit is ook van belang om een betere afstemming en samenwerking met de eerste en tweede lijn vorm te kunnen geven.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 9 mei 2010

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A2225

 [Meer op www.ntvg.nl/klinischepraktijk](http://www.ntvg.nl/klinischepraktijk)