

Uit de pers gelicht

Zin van artroscopie bij artrose van het kniegewricht

M. FINOULST^{1, 2, 5}, P. VANKRUNKELSVEN^{2, 3}, S. VERSCHUEREN⁴, D. VAN ASSCHE⁴

Knack.be 20 juni 2015: Knie-operaties zijn nutteloos bij artrose

„Oefeningen hebben evenveel effect bij kniepijn door artrose als een kijkbuisoperatie. Bovendien is deze ingreep niet zonder risico. Dat zeggen Deense onderzoekers.”

Inleiding

Artrose is wereldwijd een belangrijke oorzaak van ernstig disfunctioneren (1, 2). Aangezien de bevolking veroudert en meer mensen kampen met overgewicht, verwacht men dat artrose tegen 2020 de vierde belangrijkste oorzaak zal zijn van invaliditeit (3, 4). In deze problematiek speelt knieartrose een substantiële rol (2). Knieartrose is een degeneratieve aandoening die gepaard gaat met beschadiging van het kraakbeen en vorming van osteofyten. Vaak ziet men ook meniscusscheuren, meestal van het horizontale type (in tegenstelling tot traumatische scheuren die dwars doorheen de meniscus lopen). Ze zijn vaak te zien op beeldvorming bij patiënten met kniepijn, maar evenzeer bij patiënten zonder kniepijn.

Patiënten van middelbare leeftijd met kniepijn al dan niet in aanwezigheid van meniscusscheuren worden het best behandeld volgens de bestaande richtlijnen zoals die van de „Osteoarthritis Research Society International” (OARS) en de „European League Against Rheumatism” (EULAR): in de eerste plaats met spierversterkende oefeningen, indien nodig door gewichtsafname en pijnstilling (5-8). Lies Gryndonck distilleerde op basis van deze richtlijnen een aantal aanbevelingen voor goede zorg (9). Artroscopie wordt niet aanbevolen bij patiënten met knieartrose, ook

niet in aanwezigheid van meniscusletsels. Enkel bij duidelijke tekenen van blokkage of extensieverlies door een voorste „anvil osteophyt” is een artroscopische behandeling aangewezen (9). Eigenlijk wordt al sinds de publicatie van de studie van Mosely in 2002 aangenomen dat het gebruik van artroscopie bij degeneratief knielijden niet meer nuttig is (10).

De Deense studie

De studie die in juni van dit jaar in de *British Medical Journal (BMJ)* verscheen en veel aandacht kreeg, is een systematische review die peilde naar de impact van een artroscopische ingreep bij patiënten met knieartrose waarbij een partiële meniscectomie werd verricht, debridement van de knie, of beide. Zowel de mogelijke voordelen (minder pijn en betere functionele toestand van de knie) als de mogelijke schadelijke effecten ervan (infectie, diepe veneuze trombose, overlijden) werden onderzocht (11). Men vond negen degelijke studies die de voordelen van een artroscopie onderzochten in vergelijking met een schijnoperatie of klassieke therapie zoals oefentherapie. De resultaten waren in lijn met de studie uit 2002: er werd een zeer lichte verbetering van de pijn gemeten na drie maanden en na zes maanden. Na twaalf maanden of later werden geen verschillen vastgesteld (fig. 1). Daarenboven was het pijnverschil in het eerste jaar zeer miniem: te vergelijken met het effect van paracetamol of met de helft van het effect van anti-inflammatoire geneesmiddelen. Het was daarenboven veel zwakker dan het effect van oefentherapie in vergelijkbare studies (11). Men vond geen verbetering van de functionele toestand van de knie. Daarnaast werden negen studies gevonden die de nadelige effecten van

¹ Arts-journalist.

² Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine.

³ Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde KU Leuven.

⁴ Departement Revalidatiewetenschappen KU Leuven.

⁵ Correspondentieadres: M. Finoulst, Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine, Kapucijnenvoer 33 bus J, 3000 Leuven; e-mail: marleen.finoulst@cebam.be

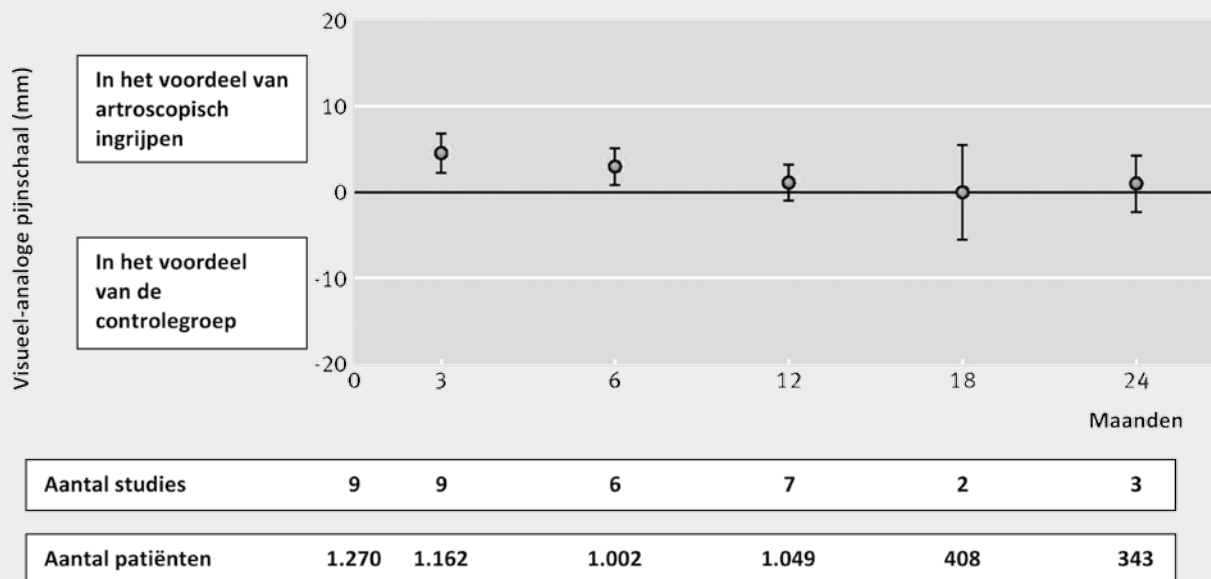


Fig 1: Effect op de pijn van arthroscopische kniechirurgie in vergelijking met controle-interventies, aangegeven door patiënten op een visueel-analoge schaal van 0-100 mm. In de figuur wordt het verschil in mm aangegeven tussen de pijnbeleving in de chirurgie in vergelijking met de controle-interventie met 95%-betrouwbaarheidsinterval. Na 18 maanden bijvoorbeeld is het verschil „0 mm”, dat betekent dat de pijn in de twee groepen op dat moment gemiddeld identiek evolueerde. In de tabel daaronder het aantal studies dat na verschillende intervallen de pijn bevroeg en het aantal geïncludeerde patiënten (11).

knieartrose opvolgden. Daaruit bleek dat postoperatief in 0,4% van de gevallen een diepe veneuze trombose optrad, in 0,15% een longembolie, in 0,2% infectie en in 0,1% overlijden (tabel 1).

Wat dan wel?

In ons land spelen verschillende zorgverstrekkers een belangrijke rol in de behandeling van knieartrose: huisartsen, fysiotherapeuten, reumatologen, orthopedisten en kinesitherapeuten (9). Er gebeuren veel artroscopieën, ook boven de leeftijd van 50 jaar (12). Op dat

vlak is de toepassing van de richtlijnen die stellen dat artroscopieën op oudere leeftijd meestal overbodig zijn, ondermaats (13, 14). Het feit dat patiënten vrij zijn om al dan niet rechtstreeks naar een orthopedisch chirurg te gaan, kan een mogelijke verklaring zijn. De richtlijnen stellen dat de aanpak van knieartrose in de eerste plaats bestaat uit leefstijladviezen: bewegen en spieroefeningen, gewichtsafname en maatregelen die de gewrichten ontlasten (wandelstok, beter „spier” gebruik) (9). Verder is in vele goed gecontroleerde interventiestudies aangetoond dat oefenen onder leiding van een kinesitherapeut gunstige resultaten oplevert. Optimale oefenprogramma's voor knieartrose

TABEL 1

Overzicht van de meta-analyse over schade door artroscopische meniscectomie (11).

Bijwerking	Aantal studies (aantal patiënten/procedures)	Aantal nadelige gebeurtenissen per 1.000* (95%-BI)
Diepe veneuze trombose	5 (432 / 663)	4,13 (1,78-9,60)
Longembolus	6 (736 / 823)	1,45 (0,59-3,54)
Veneuze trombo-embolie	6 (571 / 793)	5,68 (2,96-10,9)
Infectie	4 (946 / 230)	2,11 (0,80-5,56)
Dood	2 (106 / 967)	0,96 (0,04-23,9)

*Studies die rapporteren per patiënt of per procedure werden samengenomen.

richten zich het best op verbetering van de aerobe capaciteit, quadricepstonificatie en functionele preformantie van de onderste ledematen (15). Met drie sessies per week wordt het beste resultaat verkregen. Na enkele weken kan het aantal sessies onder leiding van de kinesitherapeut afnemen en de patiënt zorgt met aangepaste beweegparticipaties zelfstandig verder voor verbetering of behoud. Geplande opvolgessies (laag frequent) bij een kinesitherapeut zijn hiervoor wel aangewezen. Medicatie kan nodig zijn om de pijn te verminderen: 3 g paracetamol per dag is de eerste keuze, bij erge pijn of ontsteking kunnen anti-inflammatoire geneesmiddelen worden voorgeschreven, maar steeds voor korte tijd (cave nierfunctie, hartfunctie en gastro-intestinale bijwerkingen). Infiltratie met corticosteroïden is soms aangewezen en heeft zijn nut bewezen. Voor glucosamine en hyaluronzuur bestaat te weinig wetenschappelijke evidentie (9). Als bovenstaande maatregelen onvoldoende helpen, dringt een knieprothese zich op. Op te merken valt dat meer patiënten die kniechirurgie (zoals artroscopie) ondergingen, op jongere leeftijd een prothese krijgen in vergelijking met diegenen zonder voorafgaande chirurgie (16).

Besluit

Knieartrose met of zonder meniscuslijden vormt uiterst zelden een indicatie voor artroscopie. De patiënten die een artroscopie kregen, zijn er na één jaar niet beter aan toe dan patiënten die met een niet-chirurgische gangbare therapie werden behandeld. Het is moeilijk te verantwoorden om een operatie die geen voordelen biedt, uit te voeren, zeker gezien de gekende risico's op ernstige bijwerkingen, zoals 0,1% kans op overlijden en 0,15% kans op longembolie. De kern van de behandeling van knieartrose is educatie, pijnstilling, functionele oefeningen ter verbetering van de algemene fitheid, lokale spierversterkende oefeningen en gewichtsbeheersing.

Mededeling

Deze rubriek loopt in samenwerking met het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine, Kapucijnenvoer 33 bus J, 3000 Leuven.



Literatuur

1. MATHERS C, FAT DM, BOERMA J. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization, 2008.
2. GUCCIONE AA, FELSON DT, ANDERSON JJ, et al. The effects of specific medical conditions on the functional limitations of elders in the Framingham Study. *Am J Public Health* 1994; *84*: 351.
3. WOOLF AD, PFLEGER B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* 2003; *81*: 646-656.
4. LAWRENCE RC, HELMICK CG, ARNETT FC, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis Rheum* 1998; *41*: 778-799.
5. ZHANG W, NUKI G, MOSKOWITZ R, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: Part III: changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthritis Cartilage* 2010; *18*: 476-499.
6. ZHANG W, DOHERTY M, PEAT G, et al. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2010; *69*: 483-489.
7. RICHMOND J, HUNTER D, IRRGANG J, et al. Treatment of osteoarthritis of the knee (nonarthroplasty). *J Am Acad Orthop Surg* 2009; *17*: 591-600.
8. CONAGHAN PG, DICKSON J, GRANT RL. Care and management of osteoarthritis in adults: summary of NICE guidance. *BMJ* 2008; *336*: 502-503.
9. GRYPDONCK L, AERTGEERTS B, LUYTEN F, et al. Development of quality indicators for an integrated approach of knee osteoarthritis. *J Rheumatol* 2014; *41*: 1155-1162.
10. MOSELEY JB, O'MALLEY K, PETERSEN NJ, et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med* 2002; *347*: 81-88.
11. THORLUND JB, JUHL CB, ROOS EM, LOHMANDER LS. Arthroscopic surgery for degenerative knee: systematic review and meta-analysis of benefits and harms. *BMJ* 2015; *350*: h2747.
12. JACQUES J, GILLAIN D, FECHER F, et al. Studie naar praktijkverschillen bij electieve chirurgische ingrepen in België. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), 2006. KCE reports 42A (D/2006/10.273/45).
13. BROADBENT J, MAISEY S, HOLLAND R, STEEL N. Recorded quality of primary care for osteoarthritis: an observational study. *Br J Gen Pract* 2008; *58*: 839-843.
14. GANZ DA, CHANG JT, ROTH CP, et al. Quality of osteoarthritis care for community-dwelling older adults. *Arthritis Rheum* 2006; *55*: 241-247.
15. JUHL C, CHRISTENSEN R, ROOS EM, ZHANG W, LUND H. Impact of exercise type and dose on pain and disability in knee osteoarthritis: a systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Rheumatol* 2014; *66*: 622-636.
16. BROPHY RH, GRAY BL, NUNLEY RM, BARRACK RL, CLOHISY JC. Total knee arthroplasty after previous knee surgery: expected interval and the effect on patient age. *J Bone Joint Surg Am* 2014; *96*: 801-805.