

Traumatische knieproblemen

Regionale Transmurale Afspraak Zuidoost Brabant

Aanleiding

De meeste traumatische knieproblemen ontstaan tijdens sportbeoefening. In het merendeel van de gevallen gaat het om een contusie of distorsie, waarbij het natuurlijk beloop gunstig is en herstel binnen enkele weken tot 3 maanden optreedt. Bij ongevallen met groter inwerkende kracht neemt de kans op ernstiger knieletsel toe ⁽¹⁾.

Patiënten met traumatische knieproblemen kunnen via verschillende routes het zorgsysteem binnenkomen: huisarts, fysiotherapeut en/of HAP/SEH. Goede afstemming tussen professionals over diagnose en verwachtingen naar de patiënt is belangrijk. Afhankelijk van waar een patiënt met traumatische knieproblemen het zorgsysteem binnenkomt, wordt anamnese, gericht lichamelijk onderzoek en/of aanvullende (beeldvormende) diagnostiek uitgevoerd.

Doelstelling

Eenduidige regionale afstemming van het beleid rondom patiënten met traumatische knieproblemen m.b.t. verwachtingen, voorlichting/communicatie, diagnostiek en behandeling van patiënten en preventie van blijvende beperkingen.

Dit is te bereiken doordat de huisarts, fysiotherapeut en orthopedisch chirurg/ traumachirurg:

- gezamenlijk de zorg efficiënt, doelmatig en volgens de vigerende richtlijnen inrichten,
- meer uniform verwijzen en terugverwijzen,
- zoveel mogelijk in de eerste lijn diagnostiseren en (conservatief) behandelen, met een consultatieve functie van de tweede lijn.

Definitie

Indeling traumatische knieproblemen:

- contusie en distorsie
- meniscusletsel
- kruis- en collateraal bandletsel,
- kraakbeenletsel (* zie toelichting)
- fractuur
- patellaluxatie
- multi-ligamentaire letsels (* zie toelichting)

Diagnostiek in de eerste lijn

Anamnese

- Ongevalmechanisme
- Belastbaarheid na het trauma
- Zwelling (direct of later ontstaan)
- Gevoel van instabiliteit
- Pijn bij draaien, hurken, startpijn, nachtpijn
- Slotklachten

Lichamelijk Onderzoek / Functionele diagnostiek

Ondanks dat initieel na het trauma pijn en zwelling op de voorgrond kunnen staan, zijn er toch een aantal functionele tests in het lichamelijk onderzoek die goed en betrouwbaar zijn uit te voeren ^(2,3,4). Zie toelichting

1. Testen van de actieve strekfunctie
2. Vaststellen van een verende extensiebeperking
3. Lachman test
4. Achterste schuiflade, step off test/gravity sign
5. Varus- en valgusstress test

Als de huisarts zich onvoldoende vertrouwd voelt met de bevindingen bij lichamelijk onderzoek kan de huisarts een fysiotherapeut consulteren. Mede beoordeling door een kaderhuisarts in zgn. anderhalvelijns spreekuren kan behulpzaam zijn bij het stellen van de juiste diagnose. Aan de hand van de (gezamenlijke) bevindingen bij anamnese en lichamelijk onderzoek, besluit de huisarts tot (conservatief) beleid dan wel verwijzing naar de 2e lijn.

Aanvullend onderzoek

In de meeste gevallen is aanvullend onderzoek in de eerste lijn niet nodig, Indien wordt voldaan aan één of meerdere bevindingen van de Ottawa Knee Rules is Röntgendiagnostiek wél geïndiceerd ⁽⁵⁾.

MRI in de eerstelijns

Het aanvragen van MRI-onderzoek door de huisarts wordt niet aangeraden, omdat de toegevoegde waarde ervan onvoldoende is bewezen ^(6,7). Indien er in voorkomende gevallen een indicatie is voor MRI, adviseert de werkgroep (telefonisch) te overleggen met de radioloog, orthopedisch chirurg of traumachirurg.

Punctie

Een gewrichtspunctie ter nadere diagnostiek of ter verlichting van de pijn wordt afgeraden, omdat dit geen consequenties heeft voor het beleid en het positieve effect op genezing niet is aangetoond.

Behandeling in de eerstelijns

Het beleid is afhankelijk van de ernst van de aandoening en bestaat naast pijnstilling, uit voorlichting, uitleg over het natuurlijk beloop en instructies ten aanzien van het hervatten van activiteiten. Een patiënt met traumatische knieproblemen wordt < 1 week teruggezien door de huisarts om het ingezette beleid te evalueren en zo nodig aan te passen. Bij niet vorderend herstel, overweegt de huisarts een consultatie bij een fysiotherapeut of een verwijzing naar de 2e lijn.

Daarnaast beveelt de werkgroep aan om bij traumatische knieproblemen zo spoedig mogelijk te starten met bewegen (eventueel met ondersteuning van een therapeut) om het functionele herstel te bespoedigen.

Consultatie

De werkgroep adviseert om bij twijfel telefonisch te overleggen met fysiotherapeut, kaderhuisarts bewegingsapparaat, orthopedisch chirurg en/of traumachirurg.

Patiëntenvoorlichting

De huisarts kan vaak samen met de fysiotherapeut, het merendeel van de patiënten met traumatische knieproblemen zelf begeleiden.

Indien een verwijzing naar de 2e lijn is geïndiceerd, informeert de huisarts de patiënt over:

- de reden van verwijzing
- de vraagstelling aan de medisch specialist

Verwijzing naar 2e lijn

Directe verwijzing bij

- Verdenking fractuur
- Instabiliteit bij collateraal bandletsel
- Vermoeden van achterste kruisbandletsel
- Eerste traumatische patellaluxatie
- Slotstand van de knie

NB Bij het vermoeden van multidirectionele instabiliteit (zoals een knieluxatie), is neurovasculair letsel mogelijk (risico op ernstige invaliditeit). Dit is een indicatie voor een spoedverwijzing.

Overweeg een verwijzing naar de 2e lijn / orthopedisch chirurg/ trauma chirurg bij:

- aanhoudende instabiliteitklachten ondanks oefentherapie
- pijn gedurende 6 weken,
- functiebeperkingen door een mogelijk meniscus- of kruisbandletsel
- recidiverende patellaluxaties
- niet behaalde behandelingsdoelen (>6 weken)

Beleid in de 2e lijn

Lichamelijk onderzoek

Specialistisch lichamelijk onderzoek van aangedane en aangrenzende gewrichten

Aanvullende diagnostiek

Röntgenfoto

Indien niet eerder een Röntgenfoto van de knie gemaakt is, wordt dit routinematig verricht om ossale afwijkingen uit te sluiten dan wel te bevestigen.

Echo

Echografie heeft geen bewezen meerwaarde in de diagnostiek van acute knieletsels, sensitiviteit en specificiteit zijn niet reproduceerbaar en afhankelijk van ervaring en vaardigheid van echografist ^(8,9).

MRI

Met een hoge sensitiviteit en specificiteit kent de MRI een hoge accuratesse met betrekking tot het vaststellen van intra-articulaire kniepathologie. MRI onderzoek kan zodoende het aantal niet-therapeutische artroscopieën doen verlagen ^(10,11).

Bij verdenking intra-articulair letsel < 50 jaar

MRI, tenzij anamnestic een traumatisch moment, hydrops en een verende extensiebeperking dan is een artroscopie zonder MRI geïndiceerd ^(12, 13).

Bij verdenking intra-articulair letsel > 50 jaar

Conventionele staande kniefoto.

Er is er geen indicatie voor routinematig gebruik van MRI in deze patiëntencategorie ⁽¹⁴⁾.

Behandelbeleid

- Acut graad 2/3 collateraal bandletsel kent een gunstig conservatief beloop met volledige functieherstel indien < 24 uur na incident een scharnierbrace wordt aangemeten, welke gedurende 6 weken 24 uur per dag gedragen wordt ^(15,16,17,18).
- Bij symptomatisch meniscusletsel bij patiënten <50 jaar, is arthroscopische partiële meniscectomie of hechten de behandeling van eerste keus ⁽²²⁾.
- Bij een voorste kruisbandruptuur is er een indicatie voor reconstructie, indien er persisterende instabiliteit bestaat na een periode (6-12 weken) van oefentherapie. Draai-contactsporten (voetbal, hockey, handbal) beoefenen met een afwezige kruisband vergroot kans op additionele schade. Het uitvoeren van een kruisbandreconstructie in de acute fase leidt tot minder goede resultaten⁽²³⁾.
- Een achterste kruisband ruptuur heeft een herstellend vermogen mits er op korte termijn na het letsel conservatief wordt behandeld met gips en brace immobilisatie ⁽²⁴⁾.
- Bij een eerste traumatische patellaluxatie verkleint het vroegtijdig aanmeten van een brace of gipskoker de recidiefkans ^(19,20,21).

Namens regionale huisartsen

Ad de Boer, *kaderhuisarts
bewegingsapparaat PoZoB*
Ralf Bollen

Namens regionale orthopedisch chirurgen / traumachirurgen

Marijn van den Besselaar (MMC/ CZE)
Rogier van Drumpt (Anna ziekenhuis)
Jan Bernard Sintenie (Elkerliek ziekenhuis)

Namens de fysiotherapeuten

Peter Dommels

Referenten

Radiologen

Namens de transmurale stichtingen HaCa, Quartz, THEMA en TransMáx:

Voor deze samenwerkingsafpraak is uitgegaan van de NHG standaard Traumatische knieproblemen (eerste herziening) (2010), Richtlijn arthroscopie van de knie (NOV 2010), Richtlijn Voorste kruisbandletsel (NOV 2011), Acut knieletsel (KNGF evidence statement 2015).

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TransMáx.

Goedgekeurd door Kwaliteitsraad van de Huisartsenkring Zuidoost Brabant

© TransMáx 2016