Gonartrosis; degeneratieve knieproblemen
Regionale Transmurale Afspraak Zuidoost Brabant

Aanleiding

Veel patiënten met degeneratieve knieproblemen zijn daarmee niet bekend bij de huisarts; inschatting is dat het aantal personen met knieartrose 2 tot 3,5 keer hoger is, dan is vastgesteld op basis van gegevens uit huisartsenregistraties.
De incidentie van een nieuwe episode van knieartrose bedraagt in Nederland 3,3 per 1000 personen per jaar, de jaarprevalentie bedraagt 22,6 per 1000 personen. Bij vrouwen komt knieartrose ongeveer twee keer zo vaak voor als bij mannen. Tot de leeftijd van 45 jaar wordt knieartrose zelden vastgesteld; daarna nemen incidentie en prevalentie sterk toe.
Patiënten met degeneratieve knieproblemen komen via de huisarts.

Doelstelling

Eenduidige regionale afstemming van het beleid rondom patiënten met degeneratieve knieproblemen, verwachtingen, voorlichting/communicatie, diagnostiek en behandeling. Goede afstemming tussen professionals over diagnose en verwachtingen naar de patiënt is belangrijk.

Dit is te bereiken doordat de (kader)huisarts, fysiotherapeut en orthopedisch chirurg:
- de zorg gezamenlijk én met de patiënt efficiënt en doelmatig inrichten (in casu volgens de vigerende professionele richtlijnen en het stepped care model);
- meer uniform verwijzen en terugverwijzen;
- zoveel mogelijk in de eerste lijn diagnosticeren en (conservatief) behandelen, met een consultatieve functie van de tweede lijn.

Definitie

Artrose is de meest voorkomende aandoening van het steun- en bewegingsapparaat. Kenmerkend is een progressief verlies van gewrichtskraakbeen. Periodiek kan het synovium meer geprikkeld zijn, wat leidt tot een tijdelijke toename van ontstekingsverschijnselen. Kenmerkend voor artrose van de knie is het ervaren van pijn, zwelling, stijfheid met op den duur achteruitgang in het dagelijks functioneren. Daarnaast kan er sprake zijn verminderde spierkracht, deformatie van de gewrichten en crepitaties. Artrose is een aandoening die in de meeste gevallen multifactorieel bepaald is.

Diagnostiek in de eerste lijn

Anamnese
In de dagelijkse praktijk wordt gewerkt met een klinische diagnose knie-artrose, indien er sprake is van:
- leeftijd ouder dan 50 jaar;
- (nacht)pijn (> 3 maanden, pijn in bovenbeen/knie);
- zwelling;
- startstijfheid (< 30 minuten);
- verminderde loopafstand.

Lichamelijk Onderzoek
- altijd links en rechts vergelijken;
- verminderde en/of pijnlijke (passieve) flexie of extensie van het kniegewricht;

- drukpijn en verbreding van benige structuren;
- crepitaties bij bewegingsonderzoek;
- opvallende varus of valgusstand.

NB het is belangrijk ook de functie van het heupgewricht controleren; met name de endorotatie

Bij twijfel over de bevindingen bij lichamelijk onderzoek kan de huisarts een fysiotherapeut consulteren en/of kaderhuisarts bewegingsapparaat.

Röntgendiagnostiek
Bij langer bestaande klachten, progressie van de klachten of ter stadiéring van de artrose **acht de werkgroep het wenselijk** om een Röntgenfoto te laten maken bij patiënten ouder dan 50 jaar, om het beloop van het ziekteproces te kunnen volgen. Belangrijk is daarbij om de radioloog expliciet te vragen minimaal 2 belaste opnames te maken:
- Belaste fixed flexion foto en/of AP belaste staande foto;
- Laterale belaste staande foto.

De radioloog rapporteert terug:
- mate van kraakbeen verlies;
- aanwezigheid van osteofyten;
- mate van sclerosering van het subchondrale bot;
- vorming van cysten;
- de artrose graad (bij graad 2 of hoger is er sprake van artrose).

Met onderaan het verslag van de radioloog een schaal-uitleg en beleidsadvies (wel versus geen verwijzing naar orthopedisch chirurg).

Aanvullend onderzoek
Voor de diagnose knieartrose is *laboratoriumonderzoek, echografisch onderzoek en MRI onderzoek **niet** geïndiceerd.*

Behandeling in de eerstelijn: stepped care model

De huisarts kan eventueel samen met de fysiotherapeut, het merendeel van de patiënten met degeneratieve knieproblemen behandelen. Het beleid is afhankelijk van de ernst van de aandoening. Conservatieve behandeling in de eerste stappen van het stepped care model is gericht op:

Stimuleren van een gezonde en actieve levensstijl en het geven van leefstijladviezen:
- voorlichting, uitleg over het natuurlijk beloop en instructies ten aanzien van het hervatten van activiteiten;
- aanpassen van belasting/ belastbaarheid;
- gewichtsreductie bij een BMI hoger dan 25.

Oefentherapie:
Geadviseerd wordt om de mogelijkheid van oefentherapie te bespreken, als het de patiënt onvoldoende lukt om zelf actief te bewegen. Doel van de behandeling is om de functie van het kniegewricht (buigen en strekken) zo optimaal mogelijk te houden. Oefentherapie is bewezen effectief (korte en lange termijn) tegen pijn en bewegingsbeperking. Er kan gebruik gemaakt worden van de volgende oefenvormen:
- mobilisaties;
- spierversterkende oefeningen;
- oefeningen ter verhoging van de aerobe capaciteit en;
- het aanleren van een actief, dynamisch looppatroon.

NB. Gebruik van krukken wordt geadviseerd zolang er nog geen actief en dynamisch looppatroon zichtbaar is.

NB. Er is geen plaats meer voor massagetherapie.

Medicamenteus beleid

Stap 1

Paracetamol in adequate dosering.
Evaluatie na 3 maanden of eerder bij persisterende of toenemende klachten

Stap 2

NSAID zo nodig.
Bij slechte verdraagzaamheid van NSAID's: combinatie van NSAID met paracetamol of tramadol. (NB tramadol bij contra-indicatie voor of onvoldoende effect van NSAID's).
Evaluatie na 3-6 maanden of eerder bij persisterende of toenemende klachten

Stap 3

Corticosteroïdeninjecties kunnen, bij een acute verergering van de klachten of bij onvoldoende pijnvermindering met analgetica, een zeer waardevolle aanvullende stap zijn. Het effect kan weken tot maanden duren, met weinig tot geen bijwerkingen.
Geef 4 mg bètamethason **óf** 20-40 mg triamcinolonacetonide aangevuld met een analgeticum in de verhouding 1:4; maximaal 4 keer per jaar.

NB. Er is geen evidence voor orale glucosamines en chrondroitines en deze middelen worden niet meer aangeraden.

Evaluatie van de conservatieve behandeling

Indien bij evaluatie blijkt dat, ondanks een adequate uitvoering van de genomen maatregelen, de klachten of beperkingen onvoldoende afgenomen zijn, komen maatregelen uit de volgende stap in de behandelstrategie in aanmerking.

Consultatie

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

Patiëntenvoorlichting

Naast de gangbare voorlichting aan de patiënt met artrose, kan ondersteuning door middel van e-health modules en/of groepseducatie een aanvulling zijn. De huisarts bespreekt de wenselijkheid van een eventuele operatie met patiënt. Indien een eventuele operatie niet gewenst is heeft verwijzing naar de 2^{e} lijn weinig zin.

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; stepped care model

Indien sprake is van toenemende beperkingen voor de patiënt, ondanks maximale conservatieve therapie (zoals nachtelijke pijn, verminderde loopafstand of een progressieve standsafwijking of functiebeperking) is verwijzing naar de 2e lijn geïndiceerd.

Beleid in de 2e lijn

Aanvullende diagnostiek

Röntgenfoto

Indien niet eerder een belaste röntgenfoto van de knie is gemaakt, wordt dit routinematig in de 2e lijn verricht. Belangrijk daarbij is om de radioloog expliciet te vragen minimaal 2 belaste opnames te maken:

- Belaste fixed flexion foto en/of AP belaste staande foto;
- Laterale belaste staande foto.

De radioloog rapporteert terug:

- mate van kraakbeen verlies;
- aanwezigheid van osteofyten;
- mate van sclerosering van het subchondrale bot;
- vorming van cysten;
- de artrose graad (bij graad 2 of hoger is er sprake van artrose (Kellgren-Lawrence score (zie toelichting).

De patiënt wordt nadrukkelijk betrokken bij de besluitvorming. De orthopedisch chirurg geeft goede informatie over de korte en lange termijn prognose. Bij artrose wordt eerst conservatieve behandeling overwogen in afstemming met de patiënt.

Conservatieve behandeling

Op basis van de huidige evidentie, kan het dragen van een kniebrace ter verbetering van de stabiliteit en ter vermindering van pijn worden overwogen bij patiënten met knieartrose én instabiliteit [(1)].

Medicamenteus beleid

Gezien de huidige stand van de wetenschap, de mate van effect en kosteneffectiviteit worden intra-articulaire hyaluronzuur injecties in Nederland niet als standaard primaire behandeling van artrose van de knie geadviseerd. Wel kan deze overwogen worden in de tweede lijn indien de standaard primaire behandeling onvoldoende effect heeft (NOV december 2019).

Operatieve behandeling

Er zijn verschillende operatieve behandelopties:

- Stand-corrigerende operaties, waarbij de belasting over het aangedane deel van de knie wordt verminderd;
- (gedeeltelijke of volledige) Vervanging van versleten kraakbeendelen door protheses.

Een totale knie prothese (TKP) vanwege artrose volgt uitsluitend bij radiologisch objectiveerbare artrose van 2 of hoger (Kellgren-Lawrence score (zie toelichting)). Hierbij dienen de verschillende succes- en risicofactoren zorgvuldig te worden afgewogen.

NB Arthroscopie / nettoyage (“schoonmaken”) door middel van arthroscopie is niet zinvol bij artrose, behalve bij mechanische klachten, en is derhalve geen therapeutische ingreep.

Verantwoording

Namens regionale huisartsen
Ad de Boer, kaderhuisarts bewegingsapparaat PoZoB
Ralf Bollen, huisarts

Namens regionale orthopeden/ traumachirurgen
Marijn van den Besselaar, Máxima Medisch Centrum/ Catharina Ziekenhuis
Rogier van Drumpt, St. Anna Ziekenhuis

Namens de fysiotherapeuten
Peter Dommels

Referenten
Koen Brakel, radioloog Anna ziekenhuis
Astrid Donkers – van Rossum, radioloog Catharina ziekenhuis
Carroll M. Tseng, radioloog Máxima Medisch Centrum

Namens de transmurale stichtingen HaCa, Quartz, THEMA en TransMáx:
Voor deze samenwerkingsafspraak is uitgegaan van de NHG standaard Niet traumatische knie (M107; februari 2016); NHG standaard Pijn (M106; september 2015), Richtlijn arthroscopie van de knie (NOV 2010), Richtlijn Voorste kruisbandletsel (NOV 2011) en standpunt NOV m.b.t. Hyaluronzuur-injecties bij artrose van de knie (december 2019).

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 2025