

Rust houden is moeilijk voor kinderen met Osgood-Schlatter

Guido van Leeuwen, Evelien de Schepper, Michael Skovdal Rathleff, Patrick Bindels, Sita Bierma-Zeinstra, Marienke van Middelkoop

De ziekte van Osgood-Schlatter komt veel voor bij fysiek actieve kinderen en adolescenten. Ze krijgen pijn in een knie tijdens of na het sporten. Dat kan op die leeftijd grote invloed hebben op de lichamelijke en psychische gesteldheid. De klachten verdwijnen meestal vanzelf als de patiënt rust houdt en de knie belast op geleide van de pijn, maar huisartsen verwijzen toch nog vaak naar de radioloog of orthopedisch chirurg. Misschien kan een gepersonaliseerd oefenprogramma soelaas bieden.

De ziekte van Osgood-Schlatter komt veel voor bij fysiek actieve kinderen en adolescenten.¹⁻³ Kenmerkend zijn pijn in een knie tijdens of na het sporten, en bij lichamelijk onderzoek een (druk)pijnlijke zwelling ter hoogte van de tuberositas tibiae. De klachten hebben geen traumatische oorzaak, ze ontstaan vermoedelijk door herhaaldelijke belasting van en tractie op de aanhechting van de patellapees aan de tuberositas tibiae.⁴⁻⁹ De pijn treedt voornamelijk op tijdens activiteiten die de knie belasten, zoals rennen, springen en hurken, en neemt af wanneer de activiteit gestaakt wordt.^{7,10,11} De klachten kunnen het lichamelijke en psychische functioneren in deze levensfase ernstig belasten. Men veronderstelt dat Osgood-Schlatter zelflimiterend is; de klachten houden zelden langer dan 18 maanden aan.¹² De NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten adviseert een conservatieve behandeling, die bestaat uit rust en belasting op geleide van de pijn. Hoewel de klacht veel voorkomt, is de precieze incidentie in de huisartsenpraktijk niet duidelijk en is voor zover wij weten nog niet beschreven welke behandeling huisartsen geven.¹³ Wij onderzochten de leeftijds- en geslachtsspecifieke incidentie van Osgood-Schlatter in de Nederlandse huisartsenpraktijk en het gevoerde beleid van huisartsen bij deze klachten.



Bij Osgood-Schlatter treedt pijn voornamelijk op tijdens activiteiten die de knie belasten, zoals rennen, springen en hurken.

Foto: Shutterstock

METHODE

Opzet

Wij voerden een retrospectief cohortonderzoek uit in de Rijnmond Gezond database, die de geanonimiseerde elektronische medische dossiers bevat van ongeveer 200.000 patiënten van huisartsenpraktijken in de regio Rotterdam. We includeerden patiënten van 8-18 jaar met een nieuwe diagnose 'Osgood-Schlatter' tussen 1 januari 2007 en 31 december 2017. 'Nieuwe diagnose' wil zeggen dat de huisarts deze diagnose in de voorgaande 18 maanden niet eerder had ingevuld bij deze patiënt. Een patiënt kon dus meer dan eens geïncludeerd worden als deze de diagnose een paar maal gekregen had met meer dan 18 maanden verschil.

Dit artikel is een praktijkgerichte bewerking van Van Leeuwen GJ, De Schepper EI, Rathleff MS, Bindels PJ, Bierma-Zeinstra SM, Van Middelkoop M. The incidence and management of Osgood-Schlatter disease in general practice. *Br J Gen Pract* 2021;72:e301-6. Publicatie gebeurt met toestemming.

WAT IS BEKEND?

- De ziekte van Osgood-Schlatter – een vorm van niet-traumatische kniepijn – komt veel voor bij fysiek actieve kinderen en adolescenten.
- De ziekte is zelflimiterend en de NHG-Standaard adviseert een conservatief beleid, bestaand uit uitleg, rust en belasten op geleide van de pijn.

WAT IS NIEUW?

- In de gemiddelde Nederlandse huisartsenpraktijk krijgt elk jaar ongeveer 1 kind of adolescent voor het eerst de diagnose 'Osgood-Schlatter'.
- Advies en rust zijn, in overeenstemming met de NHG-Standaard, de meest toegepaste behandelingen.
- In weerwil van de NHG-Standaard verwijzen huisartsen toch nog bijna 1 op de 5 patiënten naar de radioloog en bijna 1 op de 12 naar de orthopeed.

Data-extractie

Van elke patiënt bekeken we het volledige elektronische dossier vanaf de eerste diagnose tot het laatste consult in de databank. We noteerden leeftijd en geslacht van de patiënt, de interventies en aanvullende onderzoeken, en het aantal consulten en verwijzingen dat betrekking had op Osgood-Schlatter. Voor elk consult registreerden we de verschillende behandelingen die plaatsvonden: advies, afwachten, rust, medicatie, koeltherapie of verwijzing voor beeldvormend onderzoek (röntgen, echo of MRI), fysiotherapie, orthopedie, sportarts en andere (para)medische specialisten.

Statistische analyse

De incidentie bepaalden we door in de database het aantal diagnoses Osgood-Schlatter in de leeftijdsgroep 8-18 jaar te delen door het totaal aantal persoonsjaren follow-up in deze leeftijdsgroep, uitgedrukt per 1000 persoonsjaren.

RESULTATEN

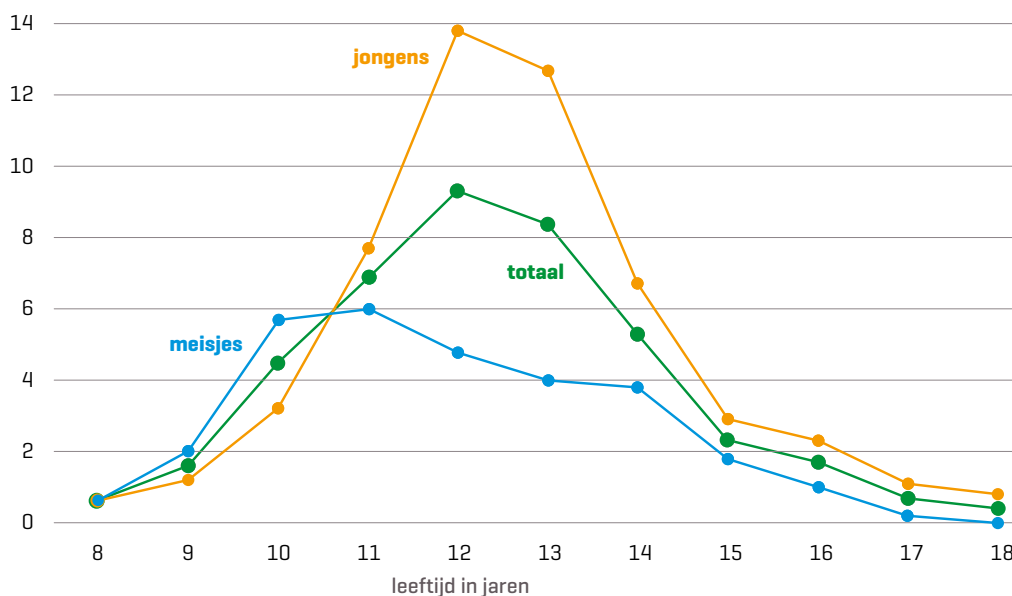
We vonden in de database 515 nieuwe diagnoses 'Osgood-Schlatter' bij 489 patiënten, van wie 64,7% jongens. De incidentie was in totaal 3,8 per 1000 persoonsjaren (95%-BI 3,5 tot 4,2), bij jongens 4,9 (95%-BI 4,3 tot 5,5) en bij meisjes 2,7 (95%-BI 2,3 tot 3,2). De mediane leeftijd was voor jongens 12 jaar en voor meisjes 11 jaar [figuur 1].

De 515 diagnoses leidden tot in totaal 724 consulten (uitersten 1 tot 4). Bij 357 diagnoses was slechts 1 consult nodig, bij 158 diagnoses was meer dan 1 consult nodig (bij jongens vaker dan bij meisjes). De mediane leeftijd van patiënten die meer dan 1 consult nodig hadden, was 12 jaar en de mediane tijd tussen het eerste en het tweede consult was 53 dagen.

Over alle 724 consulten gerekend was advies (55%) het vaakst toegepaste beleid, gevolgd door rust (21%), verwijzing voor beeldvormend onderzoek (19,5%) of fysiotherapie (13,4%) en verwijzing naar de orthopedisch chirurg (8%). Kijken we alleen naar de eerste consulten, dan was advies (61%) het vaakst toegepaste beleid, gevolgd door rust (23,5%), beeldvormend onderzoek (17,5%), afwachtend beleid (10,9%) paracetamol of NSAID (6,8%) en koeltherapie (3,5%). De meeste verwijzingen tijdens een eerste consult waren naar een fysiotherapeut (11,5%) of een orthopedisch chirurg (3,3%) [figuur 2].

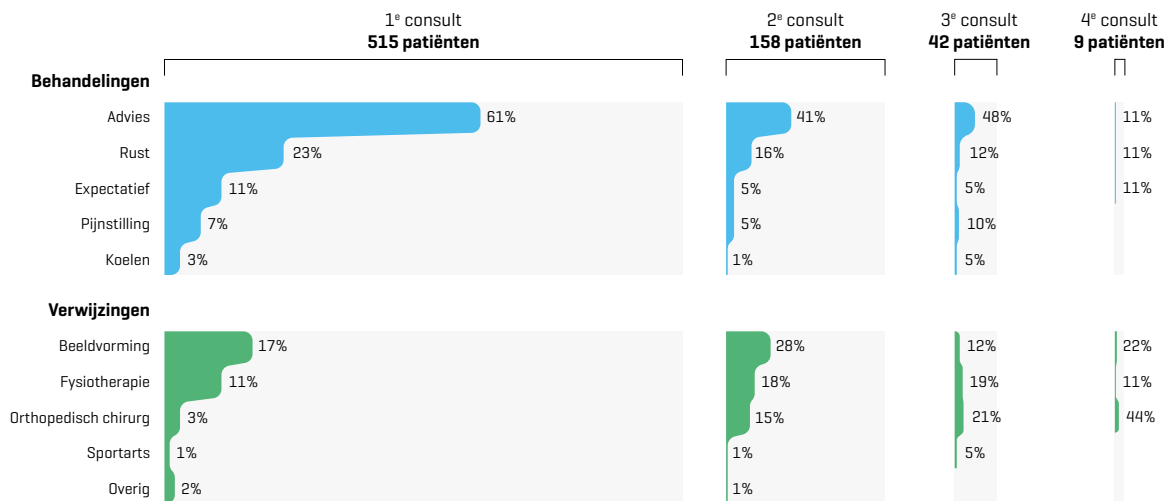
Figuur 1

Incidentie van Osgood-Schlatter per leeftijdsgroep (incidentie per 1000 persoonsjaren)



Figuur 2

Overzicht van het gevoerde beleid per consult (de totalen tellen niet op tot 100%, omdat patiënten > 1 interventie konden krijgen)



BESCHOUWING

Dit is het eerste retrospectieve cohortonderzoek naar de incidentie van Osgood-Schlatter in de huisartsenpraktijk en naar het gevoerde beleid. Bij een incidentie van 3,8 per 1000 persoonsjaren zal in de gemiddelde Nederlandse huisartsenpraktijk elk jaar 1 kind of adolescent voor het eerst de diagnose ‘Osgood-Schlatter’ krijgen. De meeste patiënten hebben voldoende aan 1 consult, met als advies rust en belasten op geleide van de pijn. Desalniettemin verwezen de huisartsen in ons onderzoek, tegen het richtlijnadvies in, 17% van de patiënten naar de radioloog, 11% naar de fysiotherapeut en 3% naar de orthopeed.

Onze bevinding dat Osgood-Schlatter vaker voorkomt bij jongens dan bij meisjes, maar bij meisjes wel op gemiddeld jongere leeftijd, stemt overeen met eerder onderzoek.^{3,7,15}

Beperkingen van het onderzoek

Ons onderzoek had enkele beperkingen. Ten eerste zijn medische dossiers niet primair bedoeld voor onderzoek; de diagnostische nauwkeurigheid wisselt. Dat kan leiden tot selectiebias.¹⁶⁻¹⁸ Om deze beperking tegen te gaan gebruikten we meerdere ICPC-codes, en ook vrijeteksttermen, om patiënten met Osgood-Schlatter te identificeren.

Een tweede beperking is dat we (op basis van de literatuur) hebben aangenomen dat een episode van Osgood-Schlatter niet langer dan 18 maanden duurde.¹² We kunnen dus een enkele episode ten onrechte als 2 afzonderlijke episodes geteld hebben.

Gepersonaliseerd activiteitenprogramma

De NHG-Standaard geeft aan dat voor de diagnose ‘Osgood-Schlatter’ geen aanvullend onderzoek nodig is en dat een conservatieve behandeling op geleide van de ernst van de

symptomen voldoende is. De huisartsen in ons onderzoek hielden zich daar grotendeels aan. In een recent onderzoek bij adolescenten met Osgood-Schlatter bleek een interventie bestaande uit voorlichting over oefentherapie en knieversterkende oefeningen te leiden tot een zelfgerapporteerde verbetering van 80% na 12 weken en 90% na 1 jaar.¹⁹ De huisartsen in ons onderzoek verwezen echter veel minder vaak naar een fysiotherapeut. We denken dat een gepersonaliseerd activiteitenprogramma mogelijk een gunstig effect heeft.

De rol van radioloog en orthopeed

Hoewel de NHG-Standaard vermeldt dat beeldvormend onderzoek of een verwijzing naar de orthopeed geen toegevoegde waarde hebben, werd dat in ons onderzoek regelmatig gedaan door huisartsen. Mogelijk door een gebrek aan kennis over de klacht en de behandeling, of vanuit de behoefte om inzicht te krijgen in de ernst van de klacht. Er wordt vooral vaker verwezen wanneer de klachten aanhouden.

IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK

Osgood-Schlatter is een veelvoorkomende klacht. Uitleg en advies zijn de belangrijkste behandelingen bij Osgood-Schlatter. Huisartsen weten dat en doen het meestal ook, maar er is nog wel ruimte voor verbetering in het verwijsbeleid. Uitleg over de oorzaak, het beloop en vooral de behandeling kan ervoor zorgen dat de patiënt voldoende rust neemt en hopelijk niet terugkomt voor dezelfde klacht. Omdat de patiënten meestal fysiek actieve adolescenten zijn die rust houden moeilijk vinden, biedt een gepersonaliseerd oefenprogramma mogelijk kansen om Osgood-Schlatter effectiever te behandelen en het aantal verwijzingen naar de radioloog of orthopeed terug te dringen.^{3,20,21} ■

LITERATUUR

1. Schellevis FG, Westert G, De Bakker DH, Groenewegen P, Van der Zee J, Bensing J. De tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: aanleiding en methoden. *Huisarts Wet* 2003;003;46:7-12.
2. Kastelein M, Luijsterburg PA, Heintjes EM, Van Middelkoop M, Verhaar JAN, Koes BW, et al. The 6-year trajectory of non-traumatic knee symptoms (including patellofemoral pain) in adolescents and young adults in general practice: a study of clinical predictors. *Br J Sports Med* 2015;49:400-5.
3. Kujala UM, Kvist M, Heinonen O. Osgood-Schlatter's disease in adolescent athletes: Retrospective study of incidence and duration. *Am J Sports Med* 1985;13:236-41.
4. Ogden JA, Southwick WO. Osgood-Schlatter's disease and tibial tuberosity development. *Clin Orthop Relat Res* 1976;(116):180-9.
5. Ehrenborg G. The insertion of the ligamentum patellae on the tibial tuberosity. Some views in connection with the Osgood-Schlatter lesion. *Acta Chir Scand* 1961;121:491-9.
6. Ehrenborg G. Etiology of Osgood-Schlatter's disease. *Nord Med* 1961;66:1269-73.
7. Gholve PA, Scher DM, Khakharia S, Widmann RF, Green DW. Osgood Schlatter syndrome. *Curr Opin Pediatr* 2007;19:44-50.
8. Çakmak S, Tekin L, Akarsu S. Long-term outcome of Osgood-Schlatter disease: not always favorable. *Rheumatol Int* 2014;34:135-6.
9. Atanda A Jr SS, O'Brien K. Osteochondrosis: common causes of pain in growing bones. *Am Fam Physician* 2011;83:285-91.
10. Nakase J, Goshima K, Numata H, Oshima T, Takata Y, Tsuchiya H. Precise risk factors for Osgood-Schlatter disease. *Arch Orthop Trauma Surg* 2015;135:1277-81.
11. Circi E, Atalay Y, Beyzadeoglu T. Treatment of Osgood-Schlatter disease: review of the literature. *Musculoskelet Surg* 2017;101:195-200.
12. Krause LB, Williams JP, Catterall A. Natural history of Osgood-Schlatter Disease. *J Pediatr Orthop* 1990;10:65-8.
13. Lyng KD, Rathleff MS, Dean BJ, Kluzek S, Holden S. Current management strategies in Osgood Schlatter: A cross-sectional mixed-method study. *Scand J Med Sci Sports* 2020;30:1985-91.
14. WONCA International Classification Committee. *International Classification of Primary Care*. Brussels: WONCA, 2018
15. Wall EJ. Osgood-Schlatter disease: practical treatment for a self-limiting condition. *Phys Sportsmed* 1998;26:29-34.
16. Vlug AE, Van der Lei J, Mosseveld BM, Van Wijk MA, Van der Linden PD, Sturkenboom MC, et al. Postmarketing surveillance based on electronic patient records: the IPCI project. *Methods Inf Med* 1999;38:339-44.
17. Van der Lei J, Duisterhout JS, Westerhof HP, Van der Does E, Cromme PV, Boon WM, et al. The introduction of computer-based patient records in the Netherlands. *Ann Intern Med* 1993;119:1036-41.
18. Verheij RA, Curcin V, Delaney BC, McGilchrist MM. Possible sources of bias in primary care electronic health record data use and reuse. *J Med Internet Res* 2018;20:e185.
19. Rathleff MS, Winiarski L, Krommes K, Graven-Nielsen T, Hölmich P, Olesen JL, et al. Activity modification and knee strengthening for Osgood-Schlatter disease: a prospective cohort study. *Orthop J Sports Med* 2020;8:2325967120911106.
20. Rathleff MS, Winiarski L, Krommes K, Graven-Nielsen T, Hölmich P, Olesen JL, et al. Pain, sports participation, and physical function in adolescents with patellofemoral pain and Osgood-Schlatter disease: a matched cross-sectional study. *J Orthop Sports Phys Ther* 2020;50:149-57.
21. Litkowski PE, Smetana GW, Zeidel ML, Blanchard MS. Curbing the urge to image. *Am J Med* 2016;129:1131-5.

Van Leeuwen GJ, De Schepper EI, Rathleff MS, Bindels PJ, Bierma-Zeinstra SM, Van Middelkoop M. Rust houden is moeilijk voor kinderen met Osgood-Schlatter. *Huisarts Wet* 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-2138-y.

Erasmus MC, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: G.J. van Leeuwen, aioto: g.vanleeuwen@erasmusmc.nl; dr. E.I.T. de Schepper, universitair docent; prof. dr. P.J.E. Bindels, hoofd Afdeling Huisartsgeneeskunde; prof. dr. S.M.A. Bierma-Zeinstra, hoofd Afdeling Onderzoek; dr. M. van Middelkoop, universitair hoofddocent. Universiteit van Aalborg, Centrum voor Huisartsgeneeskunde en afdeling Gezondheidswetenschappen en Technologie, Aalborg [Denemarken]; prof. dr. M.S. Rathleff, hoofd Musculoskeletale gezondheid en implementatie. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.