

Behandeling van contracturen van Dupuytren

Samenvatting

Bekkering GM, Wubbels SPA, Meijer GMP, Schermer TRJ. *Behandeling van contracturen van Dupuytren. Huisarts Wet* 2015;58(8):406-12.

ACHTERGROND Percutane naaldfasciotomie (PNF) is een behandeltechniek voor patiënten met contracturen van de vingers die worden veroorzaakt door M. Dupuytren. In Nederland worden deze patiënten meestal behandeld door (plastisch) chirurgen. Ons onderzoek evalueert de kortetermijnresultaten (zes weken) van PNF-behandeling, uitgevoerd door een huisarts.

METHODEN Het betreft een ongecontroleerd klinisch onderzoek bij patiënten met M. Dupuytren die een PNF-behandeling kregen van een specifiek daarvoor getrainde huisarts, in de eigen praktijk. De primaire effectmaat was de verbetering van de totale passieve extensiebeperking (*total passive extension deficit*, TPED) van de contracturen. Secundaire effectmaten waren verbetering van de functionaliteit van de handen (score op DASH-DLV-vragenlijst) en de complicaties die optraden door de PNF-behandeling. We vergeleken onze resultaten met die van een eerder onderzoek van plastisch chirurgen, dat dezelfde effectmaten gebruikte.

RESULTATEN In totaal heeft de huisarts 68 patiënten aan 102 vingers met PNF behandeld. De verbetering van de contracturen in TPED was na 6 weken gemiddeld 63%, nagenoeg gelijk aan de verbetering bij de plastisch chirurgen (62%) in het referentieonderzoek. De resultaten waren zowel bij de huisarts (85% verbetering) als bij de plastisch chirurgen (75% verbetering) het beste in de metacarpofalangeale gewrichten. De gemiddelde DASH-DLV-scores voor de algemene handfunctionaliteit vóór, respectievelijk 6 weken na PNF-behandeling door de huisarts waren 10,8 (95%-BI 7,6 tot 13,9) en 4,4 (95%-BI 2,5 tot 6,4). De PNF-behandeling veroorzaakte geen ernstige complicaties.

CONCLUSIE Ondanks verschillen in onderzoeksopzet lijken de kortetermijnresultaten van PNF-behandeling door de huisarts in dit onderzoek vergelijkbaar met die van twee Nederlandse plastisch chirurgen in het referentieonderzoek. Verder volgen van de behandelde patiënten moet duidelijk maken of de resultaten ook op de langere termijn vergelijkbaar zijn. Er is vooralsnog geen reden voor deze huisarts om te stoppen met het aanbieden van de PNF-behandeling in zijn praktijk.

INLEIDING

De ziekte van (M.) Dupuytren is een fibromatose van de palmaire fascia van de hand en vingers, die vaak leidt tot kromstand van de vingers (contracturen), waardoor functiebeperking optreedt.¹ De oorzaak van M. Dupuytren is nog on-

bekend. In de Nederlandse bevolking ouder dan 50 jaar heeft 4,2% een kromstand van één of meer vingers door M. Dupuytren.² In de Nederlandse huisartsenpraktijk is de incidentie van huisartsenbezoek voor M. Dupuytren ongeveer 1/1000 patiëntjaren.³

Behandeling van de contracturen bestaat doorgaans uit operatie in de vorm van selectieve fasciectomie of poliklinische percutane naaldfasciotomie (PNF).¹ PNF is de voorkeursbehandeling bij oudere patiënten en patiënten die het grotere risico op een vroeg recidief vinden opwegen tegen de voordelen van PNF: een snel herstel, laag complicatierisico en minimaal invasief karakter.⁴ De behandelresultaten van PNF bij patiënten met een contractuur >90° zijn minder goed: zij krijgen daarom het advies om voor operatieve behandeling te kiezen.^{5,7}

Tot op heden voeren in Nederland alleen (plastisch) chirurgen zowel PNF als operatieve behandeling van contracturen door M. Dupuytren uit. Doel van dit onderzoek was om de kortetermijnresultaten van PNF-behandeling door één huisarts te evalueren in termen van verbetering van contracturen, functionaliteitsverbetering van de handen en aantal en aard van de complicaties. De huisarts was specifiek getraind in de uitvoering van deze behandeling bij patiënten met M. Dupuytren.

METHODEN

Onderzoeksopzet

Het betreft een ongecontroleerd, ongeblindeerd onderzoek naar het kortetermijneffect van PNF-behandeling door één

Wat is bekend?

- Kromstand van de vingers (contracturen) als gevolg van de ziekte van Dupuytren komen veel voor, met een prevalentie van 4,2% onder de Nederlandse bevolking ouder dan 50 jaar.
- Behandeling van deze contracturen bestaat doorgaans uit operatie (selectieve fasciectomie) of poliklinische percutane naaldfasciotomie (PNF) door de plastisch chirurg.
- PNF is de voorkeursbehandeling bij oudere patiënten en patiënten die het grotere risico op een vroeg recidief vinden opwegen tegen de voordelen van PNF; een snel herstel, een laag complicatierisico en het minimaal invasieve karakter van de behandeling.

Wat is nieuw?

- De PNF-behandeling is in dit onderzoek uitgevoerd door een daarin getrainde huisarts.
- De kortetermijnresultaten van PNF-behandeling voor contracturen bij M. Dupuytren door een getrainde huisarts lijken overeen te komen met de eerder gerapporteerde resultaten van Nederlandse plastisch chirurgen in termen van verbetering van contracturen en handfunctionaliteit, en aard en aantal van de complicaties.

Huisartsenpraktijk Rheden, Haverweg 55b, 6991 BR Rheden; G.M. Bekkering, huisarts; G.M.P. Meijer, praktijkassistent en onderzoeksmedewerkster, Radboudumc Nijmegen, afdeling Eerstelijnsneeskunde; S.P.A. Wubbels, geneeskundestudent; dr. T.R.J. Schermer, senioronderzoeker • Correspondentie: huisartsbekkering@nlzorg.net • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

isarts. Het onderzoek is in de periode 2011-2013 uitgevoerd in een huisartsenpraktijk in Rheden (Gelderland). Om de bevindingen in perspectief te kunnen plaatsen, vergeleken we ze met een gerandomiseerd experiment waarin twee Nederlandse plastisch chirurgen de PNF-behandeling uitvoerden ('externe referentie').⁵

De Commissie Mensgebonden Onderzoek regio Arnhem-Nijmegen bepaalde dat het onderzoek niet valt aan te merken als WMO-plichtig onderzoek (registratienummer 2011/099). Alle patiënten gaven *informed consent*.

Werving, inclusie en exclusie

De huisarts (auteur GMB) stuurde in maart 2011 een e-mail aan alle 126 huisartsenpraktijken in het verzorgingsgebied van de Centrale Huisartsenpost Regio Arnhem, waarin hij vroeg om patiënten met een contractuur van Dupuytren en behandelwens naar hem te verwijzen. Als minimale totale extensiebeperking voor een behandelindicatie kozen we een *total passive extension deficit* (TPED) van ten minste 20°. Als richtlijn voor exclusie gold een TPED van 90° of meer, omdat de behandelresultaten van PNF dan minder gunstig zijn.^{5,7} Om te bepalen of de patiënt geschikt was voor behandeling en onderzoeksdeelname keek de behandelend huisarts naar de extensiebeperking, vroeg hij waar de patiënt in het dagelijks leven last van had en besloot hij samen met de patiënt al dan niet te behandelen.

Behandeling

Alle behandelingen werden uitgevoerd door één getrainde huisarts. Om de PNF-techniek te leren, was hij gedurende twee jaar om de week een middag 'in opleiding' bij een chirurg, onder wiens supervisie hij vijftig PNF-behandelingen heeft uitgevoerd.

Vóór de behandeling markeerde de huisarts de aangedane vinger met een stift [figuur 1], desinfecteerde hij de hand met jodium en dekte hij deze steriel af. Met een 5 cc injectiespuit spoot hij de te behandelen vinger(s) in met een mengsel van 4 cc lidocaïne 2% en 1 cc triamcinolonacetonide 40 mg/ml. Vervolgens perforeerde hij de verdikte fascie in de straal met dezelfde naald, waarna hij deze geforceerd strekte [figuur 2]. Na behandeling reinigde en verbond hij de hand. Hij instrueerde de patiënt om het verband de volgende dag te verwijderen en 6 weken lang iedere dag 5 maal 3 minuten de handpalm te masseren en de behandelde stra(a)l(en) zover mogelijk te strekken. In totaal duurde een behandeling (inclusief voorbereiding en nabespreking) circa 25 minuten.

Effectmetingen

De gebruikte effectmaten in dit onderzoek zijn dezelfde als in die van het referentieonderzoek van de plastisch chirurgen⁵ en veel andere onderzoeken:⁸

- **Contracturen:** de primaire effectmaat was de mate van extensiebeperking van de aangedane vinger(s). Eén onderzoeksmedewerker (M.M.) heeft de metingen uniform verricht met een goniometer. Ze legde de ernst van de con-

tractuur per gewricht (het metacarpofalangeale gewricht (MCP), het proximale interfalangeale gewricht (PIP), het distale interfalangeale gewricht (DIP)) in graden vast in de *passive extension deficit* (PED). Door de PED's op te tellen heeft ze de TPED per aangedane vinger berekend. De contracturen werden vlak voor de behandeling, direct daarna en na zes weken gemeten; verbetering van de TPED werd in procenten en graden uitgedrukt.

- **Handfunctionaliteit:** de secundaire effectmaat was verandering van de functionaliteit van de handen, gemeten met behulp van de DASH-DLV-vragenlijst (*Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand – Dutch Language Version*^{9,10}). De DASH-DLV bestaat uit 23 standaardvragen met een antwoordschaal van 1 tot en met 5 over de functionele beperkingen en ernst van de symptomen die de patiënt in de week voor de afname heeft ervaren door problemen met de handen. Daarnaast zijn er tweemaal vier optionele vragen voor de subdomeinen 'functionaliteit tijdens sport of bespelen van muziekinstrumenten' en voor 'functionaliteit tijdens werk'. Er wordt een totaalscore bepaald voor de standaardvragen, die vervolgens wordt uitgedrukt op een schaal van 0 tot 100 (hoe hoger de score, hoe meer functionaliteitsverlies).¹¹ Daarnaast hebben we aparte scores berekend voor de twee genoemde subdomeinen.
- **Complicaties:** dezelfde onderzoeksmedewerker die de metingen heeft verricht, heeft direct na de behandeling en zes

Abstract

Bekkering GM, Wubbels SPA, Meijer GMP, Schermer TRJ. Treatment of Dupuytren's contracture. Huisarts Wet 2015;58(8):406-12.

AIM Percutaneous needle fasciotomy (PNF) is a treatment for Dupuytren's contracture of the fingers, and in the Netherlands this intervention is usually performed by a plastic surgeon. This study investigated the short-term (6 weeks) results of PNF carried out by a general practitioner.

METHOD This non-controlled clinical study involved patients with Dupuytren's contracture treated with PNF by their GP in the practice office. The GP had received appropriate training. The primary outcome was improvement in the total passive extension deficit (TPED) of the contractures. Secondary outcomes were improvement in hand function (score on the DASH-DLV questionnaire) and complications of PNF. Results were compared with those of a previous study using the same outcomes and involving two plastic surgeons.

RESULTS The GP treated 102 fingers of 68 patients with PNF. The mean TPED improvement after 6 weeks was 63%; it was 62% in the reference study involving plastic surgeons. Most improvement was seen in the metacarpophalangeal joints, namely, 85% improvement for PNF performed by the GP and 75% improvement for PNF performed by the plastic surgeons. The mean DASH-DLV scores for hand function before and 6 weeks after PNF performed by the GP were 10.8 (95% CI 7.6–13.9) and 4.4 (95% CI 2.5–6.4), respectively. PNF did not cause severe complications.

CONCLUSION Despite study differences, it would seem that the short-term results of PNF are similar regardless of whether treatment is provided by a GP or plastic surgeon. Patients should be followed up for longer to see whether treatment results remain similar in the long term. For the moment, there is no reason to stop GPs from performing PNF.

Figuur 1 Situatie voor en na PNF-behandeling van contracturen door M. Dupuytren in de huisartsenpraktijk



PNF = percutane naaldfasciotomie.

Figuur 2 De huisarts perforereert de fascie van de aangedane straal en strekt vervolgens de vinger



weken daarna alle ongewenste effecten en complicaties geïnventariseerd.

Analyse

We hebben de gegevens geanalyseerd met SPSS, versie 20. Gemiddelde veranderingen in de effectmaten hebben we vergeleken met gepaarde Student-t-toetsen en we hebben 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI) berekend. Statistische significantie hebben we gesteld op $p < 0,05$. In het referentieonderzoek van de plastisch chirurgen is PNF vergeleken met operatieve behandeling; voor de vergelijking met onze bevindingen keken we alléén naar de resultaten in de PNF-groep.⁵ Om vergelijking te vergemakkelijken, presenteren we deze cijfers in de resultatensectie naast onze eigen bevindingen.

RESULTATEN

Patiëntenpopulatie

In totaal hebben 34 huisartsen in de regio Arnhem en omgeving 86 patiënten doorverwezen, van wie 69 geschikt werden bevonden voor de behandeling [figuur 3]. Na de behandeling is één patiënt met het onderzoek gestopt. Vier patiënten kregen op een later moment een behandeling aan de andere hand. De huisarts heeft dus 72 handen behandeld, met in totaal 102 stralen (vingers). Daaronder bevonden zich 19 vingers met een TPED $< 20^\circ$ of $> 90^\circ$. We hebben deze patiënten toch geïncludeerd vanwege hun ervaren last en behandelwens.

Van de 68 behandelde patiënten was 71% man [tabel 1]. De gemiddelde leeftijd was 68 jaar (spreiding: 46-88). Eenen-twintig procent was in het verleden al eens behandeld door een plastisch chirurg (allen minimaal 3 jaar geleden). Van de

102 behandelde stralen waren er 73 aangedaan in het MCP-gewricht, 71 in het PIP-gewricht, met een gemiddelde extensiebeperking van 33° in beide gewrichten. Slechts 14 vingers hadden een extensiebeperking in het DIP-gewricht, met een gemiddelde beperking van 15°.

Effect van PNF-behandeling op contracturen

De TPED per vinger vóór behandeling was gemiddeld 50°, na zes weken 19° [tabel 2], een verbetering van 63% ten opzichte van de uitgangssituatie. Berekend op patiëntniveau bedroeg de gemiddelde contractuurverbetering 31° (95%-BI 25,7 tot 36,1) en 65% (95%-BI 57,3 tot 72,3). Het beste behandelresultaat werd geboekt bij de MCP-gewrichten, met een gemiddelde verbetering van 28° (95%-BI 24,4 tot 31,6) (85% verbetering).

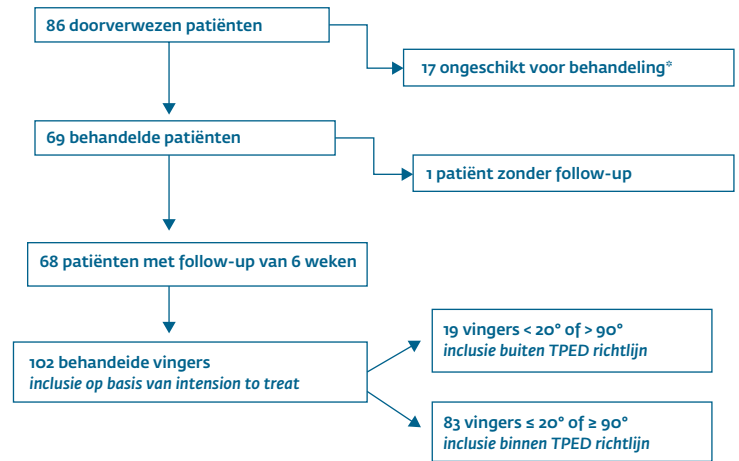
Effect van PNF-behandeling op functionaliteit van de hand

Van de 72 ingevulde DASH-vragenlijsten konden we bij 9 patiënten geen scores berekenen omdat er te veel antwoorden ontbraken. De gemiddelde score op de 63 geanalyseerde DASH-lijsten voor het algemene deel was vóór behandeling 10,8 (95%-BI 7,6 tot 13,9) en zes weken na de behandeling 4,4 punten (95%-BI 2,5 tot 6,4) [tabel 3]. Ook hebben we een significante verbetering in DASH-score gevonden voor sport of het bespelen van een muziekinstrument en werk.

Complicaties door PNF-behandeling

Bij 17 van de door de huisarts behandelde handen (24%) ont-

Figuur 3 Stroomdiagram van verwezen en met PNF behandelde patiënten bij de huisarts



* reden(en) van ongeschiktheid

- 2 patiënten hadden een 'triggerfinger' in plaats van de ziekte van Dupuytren
- 2 patiënten hadden een te ernstige contractuur voor behandeling met PNF (beide patiënten waren hieraan overigens al eens behandeld door een plastisch chirurg)
- 13 patiënten hadden een te kleine contractuur om te behandelen

PNF = percutane naaldfasciotomie.

TPED = total passive extension deficit.

stond een complicatie, waarvan 15 huidfissuren door het 'strekken' bij de PNF-behandeling. Na 6 weken waren op 1 na alle wondjes volledig gesloten. Na 6 weken werden door 2 patiënten sensaties in de vinger beschreven ('gevoelig',

Tabel 1 Karakteristieken van de met PNF behandelde patiëntenpopulatie bij de huisarts en bij de plastisch chirurgen

	Patiënten bij huisarts (n = 68) (huidig onderzoek)		Patiënten bij plastisch chirurgen (n = 57) [§]	
Mannen	47	69%	49	86%
Gemiddelde leeftijd, jaren	68		64	
Positieve familieanamnese	27	40%	23	40%
Eerdere behandeling bij plastisch chirurg	14	21%	NB	
Comorbiditeit:				
■ epilepsie	0		2	4%
■ diabetes	5	7%	9	16%
Gebruik van anticoagulantia	13	19%	20	35%
Tubiana-classificatie [¶]				
■ Klasse 1 (0-45°)	52	51%	28	32%
■ Klasse 2 (45-90°)	43	42%	38	43%
■ Klasse 3 (90-135°)	7	7%	16	18%
■ Klasse 4 (135-180°)	0		6	7%
Gewrichten met contractuur				
■ MCP	73	72%	83	94%
■ PIP	71	70%	57	65%
■ DIP	14	14%	10	11%

[¶] De Tubiana-classificatie per vinger wordt berekend door de extensiebeperking in MCP en PIP op te tellen.

NB: niet bekend, dat wil zeggen niet gerapporteerd; MCP = metacarpofalangeale gewricht; PIP = proximale interfalangeale gewricht; DIP = distale interfalangeale gewricht.

Tabel 2 Gemiddelde extensiebeperking (PED) van behandelde vingers door de huisarts (huidig onderzoek, n = 102) en door de plastisch chirurgen⁵ (n = 88) vóór en zes weken na PNF-behandeling. Weergave per gewricht (MCP, PIP, DIP) en vinger (TPED)

	MCP		PIP		DIP		TPED	
	Huisarts (n = 73) (huidig onderzoek)	Plastisch chirurgen (n = 83) (referentie-onderzoek)	Huisarts (n = 71) (huidig onderzoek)	Plastisch chirurgen (n = 57) (referentie-onderzoek)	Huisarts (n = 14) (huidig onderzoek)	Plastisch chirurgen (n = 10) (referentie-onderzoek)	Huisarts (n = 102) (huidig onderzoek)	Plastisch chirurgen (n = 88) (referentie-onderzoek)
Vóór behandeling, graden (95%-BI)	33° (29,4 tot 37,1)	44°	33° (28,2 tot 38,5)	34°	15° (9,4 tot 21,5)	16°	50° (44,3 tot 55,7)	66°
Na 6 weken, graden (95%-BI)	5° (3,0 tot 7,5)	NB	20° (15,6 tot 24,7)	NB	10° (4,0 tot 15,6)	NB	19° (15,4 tot 23,6)	NB
Verbetering ten opzichte van vóór behandeling, graden (95%-BI)	28° (24,4 tot 31,6)	NB	13° (9,7 tot 16,7)	NB	6° (0,3 tot 11,1)	NB	31°* (25,9 tot 35,2)	NB
Verbetering ten opzichte van vóór behandeling, % (95%-BI)	85% (79,7 tot 90,9)	75% (69,6 tot 80,4)	41% (29,6 tot 52,4)	33% (24,2 tot 41,8)	36% (4,7 tot 66,9)	61% (48,7 tot 73,3)	63% [†] (56,6 tot 69,6)	62% (55,3 tot 68,7)

* gemiddeld 31° (sd 30,9) verbetering op patiëntniveau (95%-BI 25,7 tot 36,1).

[†] gemiddeld 65% (sd 64,8) verbetering op patiëntniveau (95%-BI 57,3 tot 72,3).

95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval; DIP = distale interfalangeale gewricht; MCP = metacarpofalangeale gewricht; NB = niet bekend, dat wil zeggen gegevens niet beschikbaar; PIP = proximale interfalangeale gewricht; PNF = percutane naald fasciotomie; sd = standaarddeviatie; TPED = total passive extension deficit.

‘stijf’, ‘koud’), die zouden kunnen duiden op paresthesie. (De huisarts heeft geen sensibiliteitstest gedaan om dit te objectiveren.) In het referentieonderzoek werden 60 handen met PNF behandeld, waarbij bij 55% een complicatie ontstond: 29 huidfissuren, 4 patiënten beschreven sensaties die konden duiden op paresthesie. (Geen van deze patiënten had echter afwijkende resultaten bij een sensibiliteitstest.)⁵

BESCHOUWING

In dit onderzoek hebben we het kortetermijneffect onderzocht van PNF-behandeling bij patiënten met contracturen door M.

Dupuytren die door een specifiek daarin getrainde huisarts is uitgevoerd. We hebben de resultaten vergeleken met die van een Nederlands onderzoek naar PNF-behandeling door plastisch chirurgen.⁵ De gemiddelde vermindering van de contracturen uitgedrukt als TPED was bij de huisarts 63% (31°) en bij de plastisch chirurgen 62%. Net als in het referentieonderzoek vonden we ook bij de huisartspatiënten een significante verbetering in de functie van de handen (dat wil zeggen een lagere DASH-score), hoewel de ervaren functionaliteitsbeperking vóór de behandeling al relatief laag was. Bij een op de vier handen traden complicaties op, overwegend (voorbijgaande) huidfissuren.

Tabel 3 Gemiddelde DASH-DLV-scores per onderdeel (algemeen, sport/muziek en werk) van patiënten bij de huisarts en bij de plastisch chirurgen vóór behandeling en zes weken na PNF-behandeling

	Vóór PNF-behandeling (95%-BI)	6 weken ^a na PNF-behandeling (95%-BI)	Verskil
Huisarts (huidige onderzoek)			
DASH-DLV algemeen, score (n = 63)	10,8 (7,6 tot 13,9)	4,4 (2,5 tot 6,4)	-6,3 [†] (-8,7 tot -4,0)
DASH-DLV sport/muziek, score (n = 36)	25,0 (14,7 tot 35,3)	9,4 (2,1 tot 16,6)	-15,6 [‡] (-25,4 tot -5,9)
DASH-DLV werk, score (n = 28)	6,9 (2,7 tot 11,1)	1,3 (-0,6 tot 3,2)	-5,6 [§] (-9,5 tot 1,7)
Plastisch chirurgen (referentieonderzoek ⁵)			
DASH-DLV algemeen, score (n = 50) gemiddelde (sd)	16 (14)	9 (NB)	

^a In het referentieonderzoek met PNF-behandeling door plastisch chirurgen⁵: 5 weken na behandeling.

[†] Gepaarde Student-t-toets, p < 0,001.

[‡] Gepaarde Student-t-toets, p < 0,003.

[§] Gepaarde Student-t-toets, p < 0,010.

DASH-DLV = Disability of the Arm and Shoulder – Dutch Language Version; sd = standaarddeviatie; NB = niet bekend, dat wil zeggen niet gerapporteerd; PNF = percutane naaldfasciotomie.

Bespreking van de resultaten

De plastisch chirurgen hebben gemiddeld genomen ernstiger aangedane MCP-gewrichten behandeld dan de huisarts, waardoor de gemiddelde TPED in het referentieonderzoek hoger was.⁵ Enerzijds zouden de plastisch chirurgen hierdoor 'in het nadeel' kunnen zijn, omdat ernstiger contracturen wellicht lastiger te behandelen zijn. Anderzijds was 98% van de behandelde vingers bij de plastisch chirurgen aangedaan in het MCP-gewricht, tegenover 72% bij de huisarts. Dit kan de huisarts juist weer een nadeel hebben gegeven, omdat de beste behandelresultaten (zowel bij de huisarts als bij de plastisch chirurgen) in de MCP-gewrichten werden behaald.

Patiënten die door de plastisch chirurgen werden behandeld, scoorden zowel vóór de behandeling als zes weken erna hoger op het algemene deel van de DASH-vragenlijst dan patiënten bij de huisarts. De extensiebeperking in het MCP-gewricht (en daarmee dus ook de TPED) was gemiddeld groter bij de plastisch chirurgen, wat een verklaring kan zijn voor de slechtere ervaren functionaliteit. De gemiddelde DASH-scores in het onderzoek met de plastisch chirurgen waren gelijk aan normatieve gegevens uit de Verenigde Staten,¹² en de DASH-scores bij de huisarts lagen dus nog lager. Dit suggereert dat het ervaren functionele verlies bij de huisartspatiënten vóór de behandeling minder ernstig was, maar er kunnen voor patiënten ook andere redenen zijn om zich te laten behandelen, bijvoorbeeld cosmetische.

Bij de huisarts ontstonden relatief minder complicaties dan bij de plastisch chirurgen. In twee andere onderzoeken naar PNF traden bij 16%³³ respectievelijk 9%⁶ van de behandelde patiënten huidfissuren op. Overigens is het ontstaan van een huidfissuur een logisch gevolg van het geforceerd strekken van de vingers tijdens de behandeling. Deze 'complicatie' is niet ernstig en herstelt over het algemeen snel.

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Een sterk punt van ons onderzoek is dat er voor het eerst naar PNF-behandeling in de eerste lijn is gekeken. Daarnaast versterken onze bevindingen de wetenschappelijke basis voor de effectiviteit van PNF in het algemeen, die nog smal is.^{14,15} Een ander sterk punt is dat de gebruikte effectmaten dezelfde zijn als in het referentieonderzoek van de plastisch chirurgen. Als we de resultaten van PNF-behandeling door de huisarts voorzichtig vergelijken met die in het referentieonderzoek⁵, lijkt het erop dat de huisarts in elk geval op de korte termijn vergelijkbare resultaten boekt: de behandelresultaten komen sterk overeen.

De onderzoeksopzet was niet optimaal: in het ideale geval zouden we een geblindeerd, gerandomiseerd experiment hebben uitgevoerd, waarbij we patiënten met M. Dupuytren die in aanmerking komen voor PNF willekeurig zouden toewijzen aan behandeling door de huisarts of door de plastisch chirurg. Door verschillen in patiëntenpopulatie, in- en exclusiecriteria

en precieze uitvoering van de behandeling tussen ons onderzoek en het referentieonderzoek⁵ zijn de twee onderzoeken niet volledig vergelijkbaar. Zo werden in het referentieonderzoek patiënten geëxcludeerd als zij al eerder een behandeling hadden ondergaan. Bij de huisarts was dit niet zo. Andersom werd in ons onderzoek triamcinolon mee-geïnjecteerd, in het referentieonderzoek niet. De extensiebeperking moest bij de plastisch chirurgen minimaal 30° zijn in het MCP-, PIP- of DIP-gewricht. Dit verklaart waarschijnlijk waarom de contractuur in het MCP-gewricht vóór behandeling gemiddeld ernstiger was in het referentieonderzoek.

Implicaties voor de praktijk

Dit onderzoek laat zien dat PNF-behandeling door deze huisarts tot goede behandelresultaten leidt. Er is voor hem dus geen reden om te stoppen met het aanbieden ervan. Idealiter zouden we nog in een gerandomiseerd experiment moeten onderzoeken of PNF-behandelingen door de plastisch chirurg of de (getrainde) huisarts inderdaad even effectief en veilig zijn, ook op de lange termijn. Daarbij zouden we verwachten dat ongeveer de helft van de patiënten 3 tot 5 jaar later een recidief van de contractuur zal vertonen.³³ Met een incidentie van 1 contractuur door M. Dupuytren per 1000 patiëntjaren in de huisartsenpraktijk is het efficiënt noch wenselijk om iedere huisarts deze behandeling te laten uitvoeren.³ Wel kunnen we denken aan de situatie waarin per regio één huisarts deze behandeltechniek beheerst, wat kan leiden tot eerdere en meer laagdrempelige behandeling, uitstel of afstel van chirurgie (wat het risico op complicaties verkleint⁴) en kostenreductie van deze ingreep. Hoewel er recentelijk naar de kosteneffectiviteit van PNF versus fasciotomie is gekeken,^{15,16} is de setting waarin de PNF-behandeling uitgevoerd wordt (eerste versus tweede lijn) nog niet aan een economische evaluatie onderworpen.

CONCLUSIE

De kortetermijnresultaten van PNF-behandeling bij contracturen door M. Dupuytren door een specifiek getrainde huisarts lijken overeen te komen met de eerder gerapporteerde resultaten van Nederlandse plastisch chirurgen wat betreft vermindering van contracturen, verbetering van de handfunctionaliteit en de aard en het aantal van de complicaties. De resultaten waren het best bij behandeling van de MCP- en PIP-gewrichten. De behandeling in de huisartsenpraktijk lijkt dus effectief te zijn, zonder veel complicaties te veroorzaken. Er is vooralsnog geen reden voor deze huisarts om te stoppen met het aanbieden van de PNF-behandeling in zijn praktijk. Deze behandeltechniek kan ook door andere huisartsen worden uitgevoerd. Het vergt echter een uitvoerige scholing om je hierin te bekwamen.

DANKWOORD

De auteurs bedanken zorgverzekeraar Menzis voor de ondersteuning bij dit project, de verwijzende huisartsen in de regio

Arnhem en omgeving voor hun medewerking en drs. Hans Bor en dr. Kees van Boven van de afdeling Eerstelijngeneeskunde van het Radboudumc voor het verschaffen van het incidentiecijfer van M. Dupuytren in de huisartsenpraktijk uit respectievelijk de Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen (CMR) en het Transitieproject. ■

LITERATUUR

- 1 Van Rijssen AL, Werker PM. Behandeling van de ziekte van Dupuytren: een overzicht van de mogelijkheden. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009;153:A129.
- 2 Lanting R, Van den Heuvel ER, Westerink B, Werker PM. Prevalence of Dupuytren disease in The Netherlands. *Plast Reconstr Surg* 2013;132:394-403.
- 3 Okkes IM, Oskam SK, Van Boven K, Lamberts H. EFP. Episodes of Care in Family Practice. Epidemiological data based on the routine use of the International Classification of Primary Care (ICPC) in the Transition Project of the Academic Medical Center/University of Amsterdam (1985-2003). In: Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H (eds). *ICPC in the Amsterdam Transition Project*. Amsterdam (cd-rom).
- 4 Van Rijssen AL, Ter Linden H, Werker PM. Five-year results of a randomized clinical trial on treatment in Dupuytren's disease: percutaneous needle fasciotomy versus limited fasciectomy. *Plast Reconstr Surg* 2012;129:469-77.
- 5 <https://www.fysionet.nl/kennisplein/vakinhoud/meetinstrumenten/disabilities-of-the-arm.pdf>. Geraadpleegd op 22 december 2014.
- 6 Van Rijssen AL, Gerbrandy FS, Ter Linden H, Klip H, Werker PM. A comparison of the direct outcomes of percutaneous needle fasciotomy and limited fasciectomy for Dupuytren's disease: a 6-week follow-up study. *J Hand Surg Am* 2006;31:717-25.
- 7 Foucher G, Medina J, Navarro R. Percutaneous needle aponeurotomy: complications and results. *J Hand Surg Br* 2003;28:427-31.
- 8 Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC). Richtlijn 'Ziekte van Dupuytren'. <http://www.nvpc.nl/stand.php?flag=richt&portion=9>.
- 9 Ball C, Pratt AL, Nanchahal J. Optimal functional outcome measures for assessing treatment for Dupuytren's disease: a systematic review and recommendations for future practice. *BMC Musculoskelet Disord* 2013;14:131.
- 10 Hudak PL, Amadio PC, Bombardier C. Development of an upper extremity outcome measure: the DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand) [corrected]. The Upper Extremity Collaborative Group (UECG). *Am J Ind Med* 1996;29:602-8.
- 11 Veehof MM, Slegers EJ, Van Veldhoven NH, Schuurman AH, Van Meeteren NL. Psychometric qualities of the Dutch language version of the Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand questionnaire (DASH-DLV). *J Hand Ther* 2002;15:347-54.
- 12 Hunsaker FG, Cioffi DA, Amadio PC, Wright JG, Caughlin B. The American academy of orthopaedic surgeons outcomes instruments: normative values from the general population. *J Bone Joint Surg Am* 2002;84-A:208-15.
- 13 Badois FJ, Lermusiaux JL, Masse C, Kuntz D. Non-surgical treatment of Dupuytren disease using needle fasciotomy. *Rev Rhum Ed Fr* 1993;60:808-13.
- 14 Chen NC, Srinivasan RC, Shauver MJ, Chung KC. A systematic review of outcomes of fasciotomy, aponeurotomy, and collagenase treatments for Dupuytren's contracture. *Hand (N Y)* 2011;6:250-5.
- 15 Anonymous. Technology assessment review: Needle or open fasciotomy for Dupuytren's contracture: a review of the comparative efficacy, safety, and cost-effectiveness - an update [internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2013. Available From <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK195701>.
- 16 Chen NC, Shauver MJ, Chung KC. Cost-effectiveness of open partial fasciectomy, needle aponeurotomy, and collagenase injection for dupuytren contracture. *J Hand Surg Am* 2011;36:1826-34.e32.

Ferdinand Schreuder

Op controle komen

We controleren wat af! Onze suikerpatiënten de CVRM-klanten, astmatici, COPD-ers, hoogbejaarden: noem maar op. Vaak betreft het mensen met weinig klachten, meestal mensen zonder hulpvraag. We geven adviezen, stellen medicatie bij, motiveren en informeren. Allemaal heel nuttig en 'evidence-based'.

Gek alleen dat dokters zelf zich onttrekken aan al dit heilzame gedoe. Ik ken geen dokter die braaf op bloeddrukcon-

trole komt, die zijn astma laat controleren (of die van zijn kinderen), die enkele malen per jaar bij de POH komt voor zijn suiker. Voor onszelf kunnen we het belang van deze controles kennelijk beter relativeren dan voor onze patiënten. We laten ons afrekenen op of nemen elkaar de maat over een controletrouw die we voor onszelf overdreven of niet nodig vinden.

Misschien zijn dokters meer dan anderen geneigd tot verdringen, misschien zijn zij beter in zelfmanagement, misschien hebben zij een grotere weerzin te-

gen afhankelijkheid en pillen: mij is daar geen onderzoek over bekend.

Het lijkt mij dat dit fenomeen erop wijst dat andere factoren dan het bewezen medische nut bepalend zijn voor de gang naar de dokter en dat arts-patiënten die anders (beter?) wegen dan andere patiënten. Misschien moeten we het tegemoet komen aan die factoren wat meer gaan meewegen in de organisatie van ons werk. Dat lijkt me belangrijker dan het turven hoe vaak we welke meting bij wie hebben gedaan. ■

