

Niet-traumatische knieklachten bij volwassenen: prognose en beleid

Janneke Belo

Inleiding

Wereldwijd hebben aandoeningen van het bewegingsapparaat een enorme sociale en indirecte financiële impact op individuen, gezondheidszorgsystemen en sociale zorgsystemen.¹ Huisartsen zien veel patiënten met knieklachten (traumatische en niet-traumatische) – na rugklachten is pijn of functieverlies van het kniegewricht de meest voorkomende aandoening van het bewegingsapparaat.^{2,3} Ongeveer 60% van de patiënten met niet-traumatische knieproblemen is ouder dan 25 jaar en in deze leeftijdsgroep

Samenvatting

Belo J. Niet-traumatische knieklachten bij volwassenen: prognose en beleid. Huisarts Wet 2010;53(5):257-62.

Om de prognose van niet-traumatische knieklachten te bepalen includeerden we patiënten ouder dan 35 jaar die de huisarts consulteerden vanwege niet-traumatische knieklachten en volgden hen één jaar. Bij de start van het onderzoek verzamelden we gegevens over de knieklachten, demografische kenmerken en het beleid van de huisarts. Ook voerden we bij de aanvang van het onderzoek en na één jaar follow-up een lichamelijk onderzoek uit. Aan de hand van driemaandelijke vragenlijsten volgden we gedurende één jaar de knieklachten en de medische consumptie. Na één jaar gaven 236 patiënten (49%) aan persisterende knieklachten te hebben. De belangrijkste voorspellers voor persisterende knieklachten waren de klachtkenmerken (voorgeschiedenis van niet-traumatische knieklachten, bilaterale klachten, duur van de klachten > 3 maanden). Factoren van lichamelijk onderzoek hadden geen enkele voorspellende waarde voor persisterende knieklachten. Ook de klinische ACR-classificatiecriteria voor gonartrose bleken geen voorspellende waarde te hebben. Wat betreft het initiële medische beleid adviseerde de huisarts 193 patiënten (35%) de knie te ontzien en kregen 150 (27%) pijnmedicatie voorgeschreven. In totaal kregen 311 patiënten (57%) een verwijzing naar de fysiotherapeut, orthopeed of het ziekenhuis voor een röntgenfoto van de knie. Het medische beleid kwam gedeeltelijk overeen met de aanbevelingen uit de NHG-Standaard Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen. Ook was de medische consumptie gedurende één jaar follow-up relatief hoog.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam; dr. J.N. Belo, huisarts/klinisch epidemioloog
Correspondentie: j.belo@erasmusmc.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

komen bursitis, tendinitis of artrose het meest voor.³ Ouderen hebben vooral last van artrose en deze patiëntengroep heeft vaak een lange voorgeschiedenis van knieklachten voordat men deze diagnose stelt.⁴

Ondanks de hoge prevalentie van knieklachten in de huisartsenpraktijk zijn er in deze setting nog weinig onderzoeken verricht naar de klachten, symptomen en prognose van niet-traumatische knieklachten.⁵⁻⁷ Daarnaast zijn er tot op heden slechts enkele onderzoeken naar prognostische factoren van gonartrose gedaan die een klinische uitkomstmaat gebruikten om progressie van artrose te bepalen.^{8,9} Om deze redenen onderzochten wij het beloop en de prognose van patiënten die voor de eerste keer met knieklachten bij hun huisarts kwamen.

In dit artikel presenteer ik de belangrijkste bevindingen uit mijn proefschrift naar niet-traumatische knieklachten bij volwassenen in de huisartsenpraktijk.¹⁰ Daarbij beantwoord ik de volgende onderzoeksvragen:

- Wat zijn de prognostische factoren voor het persisteren van knieklachten na één jaar?
- Hebben de klinische classificatiecriteria voor gonartrose van het American College of Rheumatism (ACR)¹¹ een voorspellende waarde voor het persisteren van de knieklachten na één jaar?
- Hoe zien de medische behandeling en de medische consumptie eruit gedurende één jaar follow-up?

Onderzoek

Voor ons onderzoek gebruikten we een subgroep van het prospectieve HONEUR-kniecohort.¹² In het HONEUR-kniecohort includeerden we alle opeenvolgende patiënten ouder dan twaalf jaar die de huisarts bezochten met een eerste episode van knieklachten. Het HONEUR-onderzoeksnetwerk bestaat uit veertig huisartsen uit vijf gemeenten in Zuidwest-Nederland met in totaal ongeveer 84.000 patiënten. Bij de start van het HONEUR-onderzoek verzamelden we gegevens over kniesymptomen en demografische kenmerken en voerden we een lichamelijk onderzoek uit. Gedurende één jaar follow-up verzamelden we driemaandelijks gegevens over de knieklachten en de medische consumptie met behulp van vragenlijsten, die de deelnemers zelf invulden. Na één jaar follow-up herhaalden we het lichamelijk onderzoek.

Voor het huidige onderzoek includeerden we patiënten ouder dan 35 jaar die hun huisarts bezochten met een eerste episode van niet-traumatische knieklachten, die we gedurende één jaar volgden. In totaal includeerden we 549 patiënten, van wie er 480 (87,4%) beschikbaar waren voor follow-up. De onderzoekspopula-

De kern

- ▶ Klachtkenmerken zijn de sterkste voorspellers voor persistente knieklachten na één jaar follow-up. Lichamelijk onderzoek heeft geen toegevoegde waarde voor het voorspellen van de prognose.
- ▶ De klinische ACR-classificatiecriteria voor gonartrose voorspellen het persistenten van knieklachten of een toename van verminderd functioneren na één jaar niet.
- ▶ De initiële medische behandeling komt gedeeltelijk overeen met de aanbevelingen uit de NHG-Standaard Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen.
- ▶ De medische consumptie gedurende één jaar follow-up is bij volwassenen met niet-traumatische knieklachten relatief hoog.

tie bestond uit 236 (49,2%) vrouwen, de gemiddelde leeftijd was 53,6 jaar (standaarddeviatie (sd) 11,3) en de gemiddelde BMI was 27,1 (sd 4,2). Zie tabel 1 voor andere baseline-karakteristieken.

Na één jaar follow-up gaven 236 patiënten (49,2%) aan persistente knieklachten te hebben. Wat betreft leeftijd, geslacht, knie-

functie, comorbiditeit, of verwijzingen naar orthofoon of fysiotherapeut verschilden personen *lost to follow-up* niet van personen die na één jaar nog aan het onderzoek deelnamen.

De gegevens analyseerden we met behulp van multivariate prognostische regressiemodellen en beschrijvende statistiek.

Prognostische factoren

Om na te gaan wat de prognostische factoren zijn voor persistente knieklachten na één jaar gebruikten we multivariate prognostische regressiemodellen van patiëntkarakteristieken (bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, comorbiditeit), zelfgerapporteerde klachtkenmerken (bijvoorbeeld pijn, functiebeperking, duur van de klachten) en gegevens van het lichamelijk onderzoek. De voorspellende waarde van het model bepaalden we aan de hand van de oppervlaktes onder de *receiving operating characteristic curves* (AUC). Om de additieve waarde van klachtkenmerken en lichamelijk onderzoek te bepalen, voegden we deze modellen toe aan het model van de patiëntkarakteristieken. De verbetering drukten we uit als het verschil tussen de twee AUC's.

Tabel 1 Baseline-karakteristieken van de onderzoekspopulatie (n = 549)

Karakteristiek	Artrose (n = 348)*		Geen artrose (n = 201)*		Totaal (n = 549)	
	n	%	n	%		
Leeftijd in jaren; gemiddelde (sd)	57,4 (10,6)		47,5 (9,7)†		53,8 (11,4)	
Vrouwelijk geslacht	190	54,6	82	40,8†	272	49,5
BMI; gemiddelde (sd)	27,5 (4,4)		26,3 (3,9)†		27,1 (4,3)	
WOMAC; gemiddelde (sd)‡						
- totale score	31,9 (19,2)		24,7 (19,7)†		27,8 (21,1)	
- functiescore	30,4 (20,7)		23,1 (20,9)†		29,3 (19,7)	
Duur van de knieklachten						
< 3 weken	142	40,8	89	44,3	231	42,1
3 weken-3 maanden	98	28,2	57	(28,4)	155	28,2
3 maanden-1 jaar	54	15,5	30	14,9	84	15,3
> 1 jaar	50	14,4	21	10,4	71	12,9
Voorgeschiedenis traumatische knieklachten	210	60,3	97	48,3†	307	55,9
Voorgeschiedenis niet-traumatische knieklachten	68	19,5	13	6,5†	81	14,8
Comorbiditeit bewegingsapparaat	207	59,5	92	45,8†	299	54,5
Zelfgerapporteerde beperking bij traplopen	254	73,0	129	64,2†	383	69,8
Zelfgerapporteerde zwelling knie	130	37,4	62	30,8†	197	35,9
Lichamelijk onderzoek						
- Ballotement	100	28,7	51	25,4	151	27,5
- Pijn actieve extensie	54	15,5	23	11,4	180	32,8
- Pijn actieve flexie	121	34,8	59	29,4	77	14,0
- Pijn endorotatie heup	54	15,5	18	9,0†	72	13,1
- Beperking endorotatie heup	77	22,1	34	16,9†	111	20,2
- Patella apprehension test	57	16,4	11	5,5†	68	12,4
Bursitis prepatellaris	44	12,6	22	10,9	66	12,0
Pijn tractus iliotibialis	50	14,4	20	10,0	70	12,8
Pijn patellapees	32	9,2	17	8,5	49	8,9
Pijn patellaranden	145	41,7	64	31,8†	281	51,2
Pijn tuberositas tibia	30	8,6	6	3,0†	36	6,6
Baseline-beleid huisarts						
- Afwachtend beleid	57	16,4	33	16,4	90	16,4
- Rust	50	14,4	30	14,9	80	14,6
- Knie ontzien	125	35,9	68	33,8	193	35,2
- Koude kompressen	32	9,2	11	5,5	43	7,8
- Knieoefeningen	59	17,0	40	19,9	99	18,0
- Advies afvallen	27	7,8	5	2,5†	32	5,8
- Medicatie	106	30,5	46	22,9	150	27,3
· analgetica	12	3,4	3	1,5	15	2,7
· NSAID's	94	27,0	43	21,4	137	25,0
- Injectie kniegewricht	2	0,6	1	0,5	3	0,5
- Röntgenfoto knie	81	23,3	20	10,0†	112	20,4
- Verwijzing naar fysiotherapeut	88	25,3	52	25,9	140	25,4
- Verwijzing naar orthofoon	37	10,6	22	10,9	59	10,7

Aanwezigheid/afwezigheid klinische gonartrose volgens klinische ACR-classificatiecriteria voor gonartrose

† Significant verschil ($p < 0,05$) tussen aanwezigheid en afwezigheid artrose

‡WOMAC: Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (schaal 0-100); een lagere score geeft een betere kniefunctie aan

In het multivariate prognostische model van de patiëntkarakteristieken waren leeftijd > 60 jaar, opleidingsniveau, bewegingsangst en comorbiditeit van het bewegingsapparaat geassocieerd met persisterende knieklachten na één jaar (AUC 0,67). Van de klacht karakteristieken was er een associatie (AUC 0,73) met een voorgeschiedenis van (niet)-traumatische knieklachten, bilaterale klachten en duur van de klachten > 3 maanden. Voor de determinanten van lichamelijk onderzoek was crepiteren bij passieve extensie van de knie geassocieerd (AUC 0,55). De toegevoegde waarde van het model van de klacht karakteristieken ten opzichte van het model van de patiëntkarakteristieken was 0,09 (AUC 0,76). Lichamelijk onderzoek had geen toegevoegde waarde (tabel 2).

Vervolgens voerden we deze analyses ook uit voor de leeftijdsgroepen van 35 tot 49 jaar en ≥ 50 jaar (tabel 3 en 4). Deze analyse baseerden we op de leeftijdsgroepen die men gebruikt in de klinische ACR-criteria voor gonartrose.¹¹ In beide subgroepen bleken de klacht karakteristieken de sterkste voorspellers voor persisterende knieklachten na één jaar en had lichamelijk onderzoek geen voorspellende waarde. In de jongere leeftijdsgroep (35-49 jaar) was een duur van klachten > 3 maanden een goede voorspeller voor persisterende knieklachten, terwijl in de oudere leeftijdsgroep (≥ 50 jaar) een voorgeschiedenis van niet-traumatische knieklachten de sterkste voorspeller was.

Op basis van deze bevindingen concludeerden we dat klacht karakteristieken de sterkste voorspellers zijn van persisterende knieklachten na één jaar follow-up. Lichamelijk onderzoek heeft geen toegevoegde waarde bij het voorspellen van persisterende knieklachten in de huisartsenpraktijk.

ACR-criteria

Vervolgens bepaalden we bij volwassen patiënten met kniepijn de prognostische waarde van de klinische ACR-classificatiecriteria van gonartrose met betrekking tot persisterende knieklachten en toename van verminderd functioneren na één jaar. De klinische ACR-criteria voor gonartrose zijn bedoeld als gestandaardiseerde criteria voor gonartrose voor gebruik in wetenschappelijk onderzoek.¹¹ Volgens deze criteria is er sprake van klinische gonartrose bij kniepijn en ten minste drie van de zes volgende criteria: leeftijd > 50 jaar, ochtendstijfheid < 30 minuten, crepitaties, pijn bij palpatie van de gewrichtsspleet, benige verbreding van het gewricht en afwezigheid van een warme knie bij palpatie.

In dit onderzoek voldeden 292 patiënten (60,8%) aan de klinische ACR-classificatiecriteria voor gonartrose. Na één jaar follow-up rapporteerden 236 patiënten (49,2%) persisterende knieklachten en 84 (17,5%) een toename van verminderd functioneren.

We vonden geen associatie tussen het op baseline voldoen aan de klinische ACR-classificatiecriteria voor gonartrose en persisterende knieklachten (OR 1,15; 95%-BI 0,80-1,67) of een toename van verminderd functioneren na één jaar follow-up (OR 1,05, 95%-BI 0,43-2,58). Daarom concludeerden we dat de klinische ACR-classificatiecriteria voor gonartrose geen prognostische waarde hebben voor het voorspellen van persisterende knieklachten of een toename van verminderd functioneren bij volwassenen patiënten in de huisartsenpraktijk na één jaar follow-up.

Medische consumptie en medisch beleid

Met behulp van beschrijvende statistiek onderzochten we waaruit de initiële medische behandeling van de huisarts bestond.

Hetzelfde deden we met betrekking tot de medische consumptie gedurende één jaar follow-up. Als toevoeging bepaalden we factoren die geassocieerd zijn met een baseline-verwijzing naar een fysiotherapeut, orthopeed of het ziekenhuis voor een röntgenfoto van de knie.

Bij de start van het onderzoek adviseerden de huisartsen 193 patiënten (35,2%) de knie te ontzien en 150 patiënten (27,3%) kregen pijnmedicatie voorgeschreven (tabel 1). Van alle patiënten kregen 311 (56,6%) een verwijzing naar een fysiotherapeut, orthopeed of het ziekenhuis voor een röntgenfoto van de knie. Gedurende één jaar follow-up bezochten 182 patiënten (37,9%) opnieuw de huisarts, gingen 180 patiënten (37,5%) naar een fysiotherapeut en bezochten 114

Tabel 2 Multivariaat prognostisch logistisch regressiemodel van patiëntkarakteristieken, klacht karakteristieken en variabelen van lichamelijk onderzoek (n = 480)

Model	OR (95%-BI)
Patiëntkarakteristieken (AUC = 0,67)	
Leeftijd > 60 jaar	2,02 (1,30-3,13)
Laag/gemiddeld opleidingsniveau	1,74 (1,16-2,63)
Comorbiditeit bewegingsapparaat	1,70 (1,15-2,50)
Bewegingsangst	1,85 (1,26-2,72)
Klacht karakteristieken (AUC = 0,73)	
Bilaterale klachten	2,96 (1,77-4,97)
Voorgeschiedenis niet-traumatische knieklachten	4,30 (2,38-7,79)
Voorgeschiedenis traumatische knieklachten	1,56 (0,97-2,49)
Duur klachten > 3 maanden	2,18 (1,36-3,48)
Lichamelijk onderzoek (AUC = 0,55)	
Crepiteren passieve extensie	1,91 (1,01-3,63)
Patiëntkarakteristieken + klacht karakteristieken (AUC = 0,76)	
Leeftijd > 60 jaar	1,40 (0,86-2,29)
Laag/gemiddeld opleidingsniveau	1,84 (1,17-2,87)
Comorbiditeit bewegingsapparaat	1,50 (0,99-2,28)
Bewegingsangst	1,49 (0,98-2,26)
Bilaterale klachten	2,74 (1,62-4,64)
Voorgeschiedenis niet-traumatische knieklachten	3,45 (1,85-6,44)
Voorgeschiedenis traumatische knieklachten	1,50 (0,93-2,43)
Duur klachten > 3 maanden	2,15 (1,32-3,48)
Patiëntkarakteristieken + klacht karakteristieken + lichamelijk onderzoek (AUC = 0,76)	
Leeftijd > 60 jaar	1,35 (0,83-2,22)
Laag/gemiddeld opleidingsniveau	1,82 (1,16-2,85)
Comorbiditeit bewegingsapparaat	1,47 (0,97-2,24)
Bewegingsangst	1,48 (0,97-2,25)
Bilaterale klachten	2,74 (1,62-4,63)
Voorgeschiedenis niet-traumatische knieklachten	3,28 (1,75-6,15)
Voorgeschiedenis traumatische knieklachten	1,49 (0,92-2,42)
Duur klachten > 3 maanden	2,13 (1,31-3,45)
Crepiteren passieve extensie	1,39 (0,83-2,33)

Tabel 3 Multivariaat prognostisch logistisch regressiemodel van patiëntkarakteristieken, klachtkarakteristieken en variabelen van lichamelijk onderzoek bij patiënten in de leeftijd van 36 tot 49 jaar (n = 185)

Model	OR (95%-BI)
Patiëntkarakteristieken (AUC = 0,63)	
Laag/gemiddeld opleidingsniveau	2,09 (1,11-3,96)
Comorbiditeit bewegingsapparaat	1,73 (0,93-3,19)
Klachtkarakteristieken (AUC = 0,64)	
Duur klachten > 3 maanden	3,05 (1,47-6,33)
Warme knie	1,94 (1,02-3,67)
Patiëntkarakteristieken + klachtkarakteristieken (AUC = 0,71)	
Laag/gemiddeld opleidingsniveau	2,35 (1,21-4,57)
Comorbiditeit bewegingsapparaat	1,76 (0,93-3,33)
Duur klachten > 3 maanden	2,85 (1,35-6,01)
Warme knie	2,48 (1,28-4,80)

Tabel 4 Multivariaat prognostisch logistisch regressiemodel van patiëntkarakteristieken, klachtkarakteristieken en variabelen van lichamelijk onderzoek bij patiënten ouder dan 50 jaar (n = 295)

Model	OR (95%-BI)
Patiëntkarakteristieken (AUC = 0,69)	
Leeftijd > 60 jaar	2,00 (1,21-3,31)
Vrouwelijk geslacht	1,64 (1,00-2,69)
Bewegingsangst	2,77 (1,69-4,56)
Sport	0,64 (0,39-1,07)
Klachtkarakteristieken (AUC = 0,76)	
Duur klachten > 3 maanden	2,10 (1,14-3,85)
Voorgeschiedenis niet-traumatische knieklachten	5,03 (2,52-10,07)
Recidiverende klachten	1,79 (1,04-3,10)
Bilaterale klachten	3,54 (1,77-7,09)
Patiëntkarakteristieken + klachtkarakteristieken (AUC = 0,80)	
Leeftijd > 60 jaar	1,69 (0,96-2,98)
Vrouwelijk geslacht	1,45 (0,83-2,52)
Bewegingsangst	2,21 (1,26-3,85)
Sport	0,67 (0,38-1,20)
Duur klachten > 3 maanden	2,15 (1,14-4,04)
Voorgeschiedenis niet-traumatische knieklachten	3,57 (1,73-7,36)
Recidiverende klachten	1,78 (1,00-3,14)
Bilaterale klachten	3,43 (1,68-7,00)

patiënten (23,8%) een orthopeed. We vonden niet meer of minder medische consumptie voor patiënten met gonartrose volgens de klinische ACR-classificatiecriteria, voor patiënten met overgewicht en voor patiënten die bij de start van het onderzoek langer dan één jaar knieklachten hadden. Patiënten met (niet-)traumatische knieklachten in de voorgeschiedenis bezochten vaker een fysiotherapeut (115/279 (41,2%) versus 65/201 (32,3%)), terwijl patiënten die bij aanvang van het onderzoek medicatie gebruikten gedurende het jaar vaker de huisarts bezochten (61/128 (47,7%) versus 121/352 (34,4%)).

Vrouwelijk geslacht, jongere leeftijd en crepiteren bij actieve extensie van de knie waren geassocieerd met een verwijzing naar een fysiotherapeut. Het ontbreken van een betaalde baan, het gevoel door de knie te zakken en pijn bij passieve flexie van de knie waren geassocieerd met een verwijzing naar een orthopeed. Een verwijzing voor een röntgenfoto van de knie was geassocieerd met vrouwelijk geslacht, oudere leeftijd en een benige verbreding van het gewricht (tabel 5).

We constateerden enkele verschillen met de aanbevelingen uit de NHG-Standaard Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen.³ Het grootste verschil betrof het medicamenteuze beleid en de verwijzing voor een röntgenfoto. Terwijl de standaard het advies geeft bij niet-traumatische knieklachten in eerste instantie paracetamol in te zetten, schreven de huisartsen in ons onderzoek vooral NSAID's voor. Volgens de standaard heeft de röntgen-

foto geen toegevoegde waarde voor de diagnostiek van knieklachten. In ons onderzoek kreeg 20% van de patiënten een verwijzing voor een röntgenfoto van de knie. Daarom concludeerden wij dat de initiële medische behandeling gedeeltelijk overeenkomt met de aanbevelingen van de NHG-Standaard Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen. Ook concludeerden we dat de medische consumptie gedurende één jaar follow-up voor deze onderzoeksgroep relatief hoog was.

Discussie

Het HONEUR-kniecohort is een uniek en representatief onderzoek onder volwassenen met niet-traumatische knieklachten in de huisartsenpraktijk. In vergelijking met andere onderzoeken levert het nieuwe en relevante inzichten op met betrekking tot de prognose en het medische beleid bij deze patiëntengroep.

Van der Waal en collega's onderzochten de determinanten van het klinische beloop van klachten van het bewegingsapparaat in de huisartsenpraktijk.⁷ Voor dit cohortonderzoek includeerden ze patiënten met een nieuwe klacht van het bewegingsapparaat, die ze achttien maanden volgden. Anders dan bij ons onderzoek bepaalden deze onderzoekers geen factoren van lichamelijk onderzoek, waardoor ze de prognostische waarde van lichamelijk onderzoek in dit onderzoek niet konden vaststellen.

Gelijktijdig met ons onderzoek voerden Peat en collega's een prospectief cohortonderzoek uit naar kniepijn en gonartrose in de algemene populatie ouder dan vijftig jaar.⁶ Ze stuurden patiënten per post vragenlijsten toe over knieklachten. Deze patiënten hoefden om in het onderzoek geïnccludeerd te worden dus niet hun huisarts geconsulteerd te hebben vanwege knieklachten. Dit is een groot verschil met ons onderzoek, waarbij we patiënten includeerden die hun huisarts bezochten met een eerste episode van niet-traumatische knieklachten.

Het CHECK-cohort, een prospectief tienjaarsonderzoek, dat is geïnitieerd door het Reumafonds, betreft patiënten met vroege artrosegerelateerde klachten van de heup en/of de knie.¹³ De onderzoekers vroegen huisartsen patiënten die ervoor in aanmerking kwamen voor het onderzoek op te geven. Ook rekruteerden ze patiënten uit de tweede lijn en via advertenties in lokale kranten. Tot op heden zijn van dit onderzoek nog geen resultaten met betrekking tot de follow-up bekend.

Tabel 5 Multivariate analyse van een verwijzing naar een fysiotherapeut, orthopeed of het ziekenhuis voor een röntgenfoto van de knie

Model	OR (95%-BI)
Verwijzing naar fysiotherapeut (AUC = 0,61)	
Vrouwelijk geslacht	1,87 (1,25-2,79)
Leeftijd (continue variabele)	0,97 (0,96-0,99)
Crepiteren bij actieve extensie	1,54 (1,03-2,31)
Verwijzing naar orthopeed (AUC = 0,67)	
Afwezigheid betaalde baan	3,58 (0,94-13,5)
Gevoel door de knie te zakken	2,68 (1,25-5,72)
Pijn bij passieve flexie	2,22 (1,03-4,75)
Verwijzing voor röntgenfoto (AUC = 0,69)	
Vrouwelijk geslacht	1,68 (0,96-2,94)
Leeftijd (continue variabele)	1,05 (1,03-1,08)
Benige verbreding gewricht	2,20 (1,02-4,78)

Als we onze onderzoekspopulatie vergelijken met gegevens uit de Tweede Nationale Studie¹⁴ zien we wat betreft leeftijd, geslacht, ICPC-codering en knieklachten geen substantiële verschillen tussen onze populatie en die van andere Nederlandse huisartsenpraktijken. Daarom gaan we ervan uit dat onze onderzoekspopulatie representatief is voor de huisartsenpraktijk.

In vergelijking met een tweedelijns populatie¹⁵ was er bij onze patiënten sprake van minder ernstige knieklachten en een betere kniefunctie. Bij een eerstelijns populatie vindt men andere prognostische factoren dan in de tweede lijn. Hoewel wij de multivariate modellen voor prognostische factoren van persisterende knieklachten niet extern hebben gevalideerd, komen onze bevindingen overeen met andere onderzoeken naar prognostische factoren van aandoeningen van het bewegingsapparaat, waarin klachtkenmerken naar voren kwamen als de sterkste voorspellers voor persisterende klachten.^{5,16,17}

Zoals gezegd kwam het beleid van de huisarts bij de start van het onderzoek gedeeltelijk overeen met de aanbevelingen uit de NHG-Standaard Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen. Een mogelijke reden voor het verschil in medicamenteuze therapie kan zijn dat patiënten voor het bezoek aan de huisarts al paracetamol hadden gebruikt. Zo bleek in een ander onderzoek naar kniepijn en gonartrose in de algemene populatie dat 50% van de patiënten paracetamol als zelfmedicatie gebruikte.¹⁸ Voor dit onderzoek beschikten we niet over informatie met betrekking tot de gebruikte dosis. Ook hebben we in ons onderzoek geen informatie over het medicatiegebruik van de patiënten in de periode voorafgaand aan het bezoek aan de huisarts. Desondanks lijkt er nog steeds sprake te zijn van een overconsumptie van NSAID's. Zo blijkt uit een ander onderzoek dat veel patiënten voor artroseklachten zowel paracetamol als een NSAID gebruiken.¹⁹ In dit onderzoek hadden patiënten een duidelijke voorkeur voor NSAID's en gaven zij aan dat ze NSAID's als het meest werkzame middel beschouwden. Dit laatste komt overeen met de resultaten van een review naar het gebruik van paracetamol en NSAID's bij artrose, waarin men een bescheiden toename van klinisch effect vond voor NSAID's.²⁰ Dit effect was echter vooral te zien bij patiënten met matig tot ernstige artrose. Bij patiënten met milde artrose waren de effecten van paracetamol en NSAID's vrijwel gelijk. Op basis van deze resultaten, het gegeven dat bijwerkingen vaker voorkomen en de bevinding dat het complicatierisico

bij NSAID-gebruik aanmerkelijk groter is, adviseert de NHG-Standaard paracetamol als eerste keus bij kniepijn.³

Gezien de hoge prevalentie van knieklachten en de daarmee gepaard gaande kosten is het belangrijk om de medische behandeling en medische consumptie te onderzoeken. Daarbij moet vooral aandacht uitgaan naar de indicaties voor behande-

ling en de redenen voor de medische consumptie.

Een beperking van ons onderzoek is dat wij de informatie over het beleid bij de start van het onderzoek verkregen via de door de patiënten zelf ingevulde vragenlijsten. Wij hebben helaas geen informatie over de overwegingen en diagnoses van de betrokken huisartsen en kunnen daardoor de indicatie voor de medische behandeling en de medische consumptie niet precies bepalen.

Consequenties/aanbevelingen voor de praktijk

Huisartsen kunnen de bevindingen uit dit onderzoek gebruiken om patiënten beter te informeren over de prognose van knieklachten. Ze kunnen daarmee een basis vormen voor het medische beleid. De meeste prognostische factoren zijn echter onveranderbaar, wat betekent dat beïnvloeding slechts beperkt mogelijk is. Een uitzondering is bewegingsangst, waarbij men specifieke interventies (bijvoorbeeld sportactiviteiten) kan overwegen.

Met het oog op de vergrijzing en de daardoor te verwachten toename in de prevalentie van gonartrose¹ is verder onderzoek naar de prognostische factoren en therapeutische mogelijkheden bij niet-traumatische knieklachten noodzakelijk. Datzelfde geldt voor onderzoek naar de indicaties en overwegingen voor behandeling. Omdat een follow-up van één jaar te kort kan zijn om te discrimineren tussen gonartrose en andere aandoeningen is het belangrijk om knieklachten over een langere periode (> 5 jaar) te vervolgen. Op die manier kan men onderscheid maken tussen prognostische factoren voor gonartrose en die voor andere knieaandoeningen. Op dit moment bepalen we bij de deelnemers van het HONEUR-kniecohort opnieuw de klachten en medische consumptie, na een periode van zeven jaar. Daarbij wordt ook een röntgenfoto gemaakt. Met deze nieuwe gegevens kunnen we onze inzichten in de prognostische factoren vergroten en vaststellen wat de diagnostische criteria voor niet-traumatische knieklachten zijn.

Omdat er op dit moment nog verschillende onderzoeken lopen (bijvoorbeeld het CHECK-cohort en de zevenjaarsfollow-up van HONEUR-kniecohort), verwacht ik dat er de komende jaren meer informatie over niet-traumatische knieklachten in de huisartsenpraktijk beschikbaar komt.

Literatuur

- 1 Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* 2003;81:646-56.
- 2 Belo JN, Berg HF, Klein Ikkink AJ, Wildervanck-Dekker N, Smorenburg HAAJ, Draaijer LW. NHG-Standaard Traumatische Knieproblemen. *Huisarts Wet* 2010;53:147-58.
- 3 Belo JN, Bierma-Zeinstra S, Raaijmakers AJ, Van der Wissel F, Opstelten W. NHG-Standaard Niet-traumatische Knieproblemen bij volwassenen. *Huisarts Wet* 2008;51:229-40.
- 4 Bedson J, Jordan K, Croft P. The prevalence and history of knee osteoarthritis in general practice: a case-control study. *Fam Pract* 2005;22:103-8.
- 5 Mallen CD, Peat G, Thomas E, Dunn KM, Croft PR. Prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2007;57:655-61.
- 6 Peat G, Thomas E, Handy J, Wood L, Dziedzic K, Myers H, et al. The Knee Clinical Assessment Study – CAS(K). A prospective study of knee pain and knee osteoarthritis in the general population. *BMC Musculoskelet Disord* 2004;5:4.
- 7 Van der Waal JM, Bot SD, Terwee CB, Van der Windt DA, Bouter LM, Dekker J. Determinants of the clinical course of musculoskeletal complaints in general practice: design of a cohort study. *BMC Musculoskelet Disord* 2003;4:3.
- 8 Belo JN, Berger MY, Reijman M, Koes BW, Bierma-Zeinstra SM. Prognostic factors of progression of osteoarthritis of the knee: a systematic review of observational studies. *Arthritis Rheum* 2007;57:13-26.
- 9 Van Dijk GM, Dekker J, Veenhof C, Van den Ende CH. Course of functional status and pain in osteoarthritis of the hip or knee: a systematic review of the literature. *Arthritis Rheum* 2006;55:779-85.
- 10 Belo JN. Nontraumatic knee complaints in adults in general practice. Proefschrift. Rotterdam: Optima Grafische Communicatie, 2009.
- 11 Altman R, Asch E, Bloch D, Bole G, Borenstein D, Brandt K, et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee of the American Rheumatism Association. *Arthritis Rheum* 1986;29:1039-49.
- 12 Heintjes EM, Berger MY, Koes BW, Bierma-Zeinstra SM. Knee disorders in primary care: design and patient selection of the HONEUR knee cohort. *BMC Musculoskelet Disord* 2005;6:45.
- 13 Wesseling J, Dekker J, Van den Berg WB, Bierma-Zeinstra SM, Boers M, Cats HA, et al. CHECK (Cohort Hip and Cohort Knee): similarities and differences with the Osteoarthritis Initiative. *Ann Rheum Dis* 2009;68:1413-9.
- 14 Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL/RIVM, 2004.
- 15 Belo JN, Bierma-Zeinstra SM, Terwee CB, Heintjes EM, Koes BW. Longitudinal and cross-sectional validity of the DynaPort Knee Test in adults with nontraumatic knee complaints in general practice. *J Clin Epidemiol* 2008;61:1271-8.
- 16 Thomas E, Peat G, Mallen C, Wood L, Lacey R, Duncan R, et al. Predicting the course of functional limitation among older adults with knee pain: do local signs, symptoms and radiographs add anything to general indicators? *Ann Rheum Dis* 2008;67:1390-8.
- 17 Van der Waal JM, Terwee CB, Van der Windt DA, Bouter LM, Dekker J. Health-related and overall quality of life of patients with chronic hip and knee complaints in general practice. *Qual Life Res* 2005;14:795-803.
- 18 Porcheret M, Jordan K, Jinks C, Croft P. Primary care treatment of knee pain – a survey in older adults. *Rheumatology* 2007;46:1694-700.
- 19 Pincus T, Swearingen C, Cummins P, Callahan LF. Preference for nonsteroidal antiinflammatory drugs versus acetaminophen and concomitant use of both types of drugs in patients with osteoarthritis. *J Rheumatol* 2000;27:1020-7.
- 20 Towheed TE, Maxwell L, Judd MG, Catton M, Hochberg MC, Wells G. Acetaminophen for osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2006: Issue 1. Art. No.CD004257.

Intermezzo

Afgeknapt

Wat nu als je niet meer kunt wat je wilt? Het is makkelijker als je niet meer kunt wat je moet. Tenminste, dan is het makkelijker adviezen te geven. Laat je niet opjagen, zeggen we dan. Jij bepaalt wat je doet en niet een ander. Neem vakantie, leer 'nee' zeggen, laat niet over je lopen. Die adviezen opvolgen is trouwens weer verdraaid lastig. Maar goed, wat nu als je niet meer kunt wat je wilt? Dat je niet over je laat lopen, maar over jezelf heen loopt? Ik denk dat dit de kern is van: oververmoeid, overwerkt, overspannen, burn-out, afgebrand, op, stuk zitten, er doorheen zitten, doorgedraaid, afgeknapt. Wat zijn er toch een hoop woorden voor zo'n toestand. Sommigen kunnen onder flinke druk doorwerken zonder uitgeput te raken. Ze doen hun ding en meer niet. Ze schudden alles van zich af, zoals een natte hond die uit de sloot komt dat doet. Anderen kunnen dat niet. Die lijden onder hun

eigen wil, hun richting, hun normen en vooral onder hun gewoontes. Als het dan te druk wordt, dan knappen ze af op wat ze allemaal zouden willen. Wat nu te adviseren? Rust helpt niet, want de onrust zit in henzelf. Meer hun eigen koers varen, dat doen ze al, te veel zelfs. Minder dingen willen doen, dat werkt evenmin. Een zwaluw wordt nooit een huisparkiet.

Er zit voor deze mensen niets anders op dan niet meer te willen wat ze eventueel zouden kunnen. Het gaat er dan om andere dingen te willen. Dezelfde energie, met een ander doel. Dan is afknappen een spannende onderneming waar je wijzer van wordt. Ik adviseer u ten minste één keer af te knappen. Neem niet te lang rust en ga vlot weer aan het werk. Maar doe het anders. U zult er van opknappen.

Nico van Duijn