

# Interview met Janneke Belo over niet-traumatisch knieklachten: ‘De prognose is minder goed dan de huisarts denkt’



Janneke Belo is huisarts in Katwijk en werkzaam aan de Erasmus MC te Rotterdam. Bovendien werkt ze mee aan de revisie van een aantal NHG-Standaarden en is ze lid van de NHG-Congrescommissie 2010. In juli vorig jaar promoveerde ze op het proefschrift *Nontraumatic Knee Complaints in Adults in General Practice*. In een interview vertelt ze over haar bevindingen.

## Aiotho en master

Het bewegingsapparaat had altijd al Belo's belangstelling, maar toch berustte haar onderwerpkeuze ook op toeval. 'Ik wilde graag aiotho worden en dit onderwerp was beschikbaar en sprak me ook aan.'

Het traject dat Belo aflegde was niet geheel gebruikelijk. 'Normaal gesproken word je meteen al aangenomen voor het aiotho-traject, maar ik ben geswicht toen ik een halfjaar bezig was met de huisartsenopleiding. Van 2002 tot 2007 heb ik het combinatie-traject van opleiding en onderzoek gevolgd; daarna ben ik als huisarts gaan werken en deed ik de afronding van mijn onderzoek ernaast. Ook volgde ik tijdens het traject nog een masteropleiding klinische epidemiologie, die een jaar duurde. Dat gaf echt meerwaarde: je leert van alles over onderzoeksdesign en data-analyses, teneinde de kwaliteit van je onderzoek en publicaties te verhogen. Ik heb aan die master echt veel gehad.'

## Huisartsgeneeskundig onderzoek

Belo includeerde in haar onderzoek alle volwassenen die bij de huisarts kwamen met knieklachten zonder duidelijk traumatische oorzaak. 'Dat is een kracht van mijn onderzoek, want het betreft hier patiënten die de huisarts daadwerkelijk in zijn dagelijkse praktijk te zien krijgt. Een eerstelijnssetting heeft nu eenmaal een andere populatie – en dus een ander klachtenbeloop – dan de tweede lijn. Je ziet als huisarts een heel breed scala aan klachten, maar ook uiteenlopende manieren van presentatie.'

Een voorbehoud maakt Belo als het gaat om de follow-up van haar onderzoek. 'Ik liep er tegenaan dat artrose een langzaam progressief verloop heeft en het is dus de vraag of één jaar niet te kort was. Momenteel vindt vervolgonderzoek plaats. Dezelfde patiënten worden nu, na zeven jaar, opnieuw benaderd om te kijken wie nog steeds klachten hebben en wat daarbij de prognostische factoren zijn. Ik ben zeer benieuwd naar de resultaten van dat onderzoek!'

## Geen diagnose, wel prognose

Belo probeerde de vinger te leggen op factoren die de prognose beïnvloeden van niet-traumatische knieklachten. 'Bij een trauma zijn oorzaak en gevolgen wel duidelijk, en dat geldt ook voor de meeste aandoeningen die bij kinderen klachten veroorzaken tijdens de groei. Maar bij niet-traumatische knieklachten bij volwassenen was eigenlijk nog heel veel níét duidelijk. Zeker toen we begonnen met het onderzoek, rond 2001, was er nog weinig bekend over klachten van het bewegingsapparaat. De oorzaak van knieklachten kan bijvoorbeeld bursitis zijn, of het iliobtibiale frictiesyndroom, of bakercyste. Maar de grootste moot wordt waarschijnlijk gevormd door artrose, al moet ik met deze conclusie voorzichtig zijn. We zagen vermoedelijk ook mengbeelden en we denken nu dat de omliggende structuren in de knie ook klachten kunnen geven. Hoe dat ook zij, los van de diagnose kun je iets zeggen over de prognose. En daarbij bleken de duur van de klachten – langer dan drie maanden – en eerdere klachten aan de knie de sterkste voorspellers van een chronisch beloop te zijn.'

## Afwijkingen of pijn

Deel van het onderzoek van Belo bestond uit een systematische review waarbij de prognostische factoren voor de progressie van artrose werden nagegaan. Opvallend daarin was dat geslacht, leeftijd, overgewicht, kniepijn, radiologische ernst, knietrauma, sterkte van de musculus quadriceps en regelmatig bewegen de prognose van knieklachten niet lijken te beïnvloeden. 'Dat herkende ik wel uit de praktijk en het werd nu dus onderbouwd in deze review. Maar we hebben geen interventieonderzoek gedaan. Bijvoorbeeld overgewicht mag dan de prognose van knieklachten niet beïnvloeden, het is er wel een duidelijke oorzaak van en we hebben niet het effect bekeken van een interventie met gewichtsverlies. Verder wisten we als huisartsen al dat radiologische ernst niets zegt over de ernst van de klachten, maar nu is ook aangetoond dat de radiologische ernst evenmin iets zegt over de prognose van de klachten. Voor patiënten is dat vaak lastig te begrijpen, die vragen om een foto en dan moet je ze uitleggen dat een röntgenopname geen enkele meerwaarde geeft. Je kunt ernstige klachten hebben en dan is er niets te zien op de foto, of de röntgen toont ernstige afwijkingen aan en dan heeft de patiënt geen centje pijn. Er zijn over de oorzaak daarvan diverse hypothesen, bijvoorbeeld dat er misschien toch sprake is van een soort ontstekingsreactie, die niet zichtbaar is op röntgen maar wel pijn veroorzaakt. Immers, in kraakbeen kunnen geen neurologische pijnprikkels ontstaan. Er wordt momenteel onderzocht hoe het kan dat weefsel dat geen pijn kan doen, toch pijnklachten geeft. Lastig bij dit alles is ook dat pijn subjectief is en door ieder individu anders wordt beleefd.'

## Vaker chronisch dan gedacht

Anders dan vaak wordt gedacht, blijven de knieklachten vaak langdurig persisteren. Belo: 'Het blijkt dat na een jaar maar liefst 50% van de patiënten nog steeds klachten heeft. Dat is veel meer dan vaak wordt verondersteld. Huisartsen zien hun patiënten niet terug en dan is onbekend of de klachten over zijn. Dat is heel vaak niet het geval. Nu weten we wie een hoog risico heeft op een chronisch beloop, namelijk mensen met langer dan drie maanden klachten of met eerdere klachten aan de knie. Bovendien is nu in kaart gebracht wat er in dat follow-upjaar gebeurt, want we hebben elke drie maanden een vragenlijst verzonden aan de patiënten. Daarbij valt op dat de medische consumptie erg hoog is. Maar liefst 37,5% van de patiënten ging naar de fysiotherapeut, 23,8% ging naar de orthopeed en 38% kwam terug naar de huisarts. Als je bedenkt dat je toentertijd nog een verwijzing nodig had voor de fysiotherapeut, is dat cijfer toch wel heel hoog.'

De standaard adviseert als pijnstilling te beginnen met paracetamol, maar een hoog percentage huisartsen schrijft NSAID's voor. 'Mogelijk dringen patiënten daarop aan, want die hebben niet altijd vertrouwen in paracetamol. Bovendien slikken ze vaak allang paracetamol en vinden ze dat dit niet voldoende helpt. Maar het is dan zeer de vraag of ze wel een adequate dosis nemen, dat moet je dus goed nagaan. Als huisarts schrijf je dan een NSAID voor, maar dat heeft een hoger complicatierisico. Een tip kan zijn dat er nu een 1000 mg paracetamoltablet is, die nog wordt vergoed ook. Dan hoeft de patiënt nog maar één tablet per keer te slikken en weet je als huisarts dat een adequate dosis wordt ingenomen.'

## Komt een patiënt bij de dokter...

Wat kan de huisarts nu het best doen bij een patiënt met knieklachten, gezien de resultaten van het onderzoek? 'Allereerst moet je natuurlijk goed uitvragen wat de klacht inhoudt. Vervolgens is het goed je te realiseren dat lichamelijk onderzoek voor het voorspellen van de prognose geen enkele meerwaarde heeft. En ook van specifieke knietests is geen toegevoegde waarde aangetoond bij het voorspellen van het klachtenbeloop. Het is goed om in je voorlichting op te nemen dat het lang kan duren voor de klachten minder worden. Maar benadruk wel dat de patiënt moet terugkomen bij blijvende klachten! Want bijna de helft van de patiënten heeft na een jaar dus nog steeds klachten, maar bij een groot deel van hen weet de huisarts daar niets van.'

Belo denkt dat het nuttig is om de literatuur over dit onderwerp goed in de gaten te houden. 'Ik verwacht dat we binnen vijf jaar heel veel resultaten gaan zien van interventieonderzoeken. En ook is het vervolgonderzoek interessant naar het klachtenbeloop na zeven jaar.'

## EBM in dienst van HBM

Een intrigerende stelling bij het proefschrift luidt: 'Evidence based medicine kan, mits goed gebruikt, een eerste stap zijn op weg naar human based medicine. Echter, zonder voldoende scholing in het gebruik van EBM blijft het een werktuig ter



rationalisering van de kosten van de gezondheidszorg.' Bij het toelichten van deze stelling loopt Belo warm: 'Vaak wordt EBM gebruikt als dogma, of voor verkeerde doeleinden. Maar EBM was er oorspronkelijk voor bedoeld dat je het beste beschikbare bewijs toepaste op de patiënt voor je. Je moet dus te allen tijde overwegen of dat wat we weten uit de literatuur ook goed is voor deze patiënt. Je kunt dan dus gefundeerd van richtlijnen afwijken en dat is human based medicine. Daarbij is EBM geen dogma meer, maar een middel om je patiënt de beste zorg te bieden. Dát moeten we ook aan aios leren. Nu moeten we aan de gang met ketenzorg en met prestatie-indicatoren, allemaal gebaseerd op de standaarden, maar het is nog de vraag of dat wel altijd goed is. Steeds vaker worden standaarden misbruikt voor financiële of politieke doeleinden. De huisartsenzorg houdt aantoonbaar de kosten van de gezondheidszorg in Nederland laag, en dat wetend is het verontrustend hoe gemakkelijk politiek en zorgverzekeraars aan onze stoelpoten zagen. Laten we de standaarden gebruiken waar ze voor bedoeld zijn: richtlijnen voor het beleid én het beste beschikbare bewijs voorhanden.'

## Na de promotie

Er is bepaald geen rust weergekeerd in haar leven nu Belo is gepromoveerd. 'Het was wel fijn om het achter de rug te hebben, hoor! Maar ik heb genoeg te doen. Naast mijn werk als huisarts ben ik hier op het instituut coördinator Wetenschappelijke vorming en Vakinhoudelijk onderwijs. Ik heb dus twee boeiende lijnen onder mijn verantwoordelijkheid en ben van daaruit betrokken bij een aantal interessante onderzoeksprojecten. Bovendien werk ik mee aan de revisie van enkele standaarden, waaronder twee over knieproblemen. En ik zit in de programmacommissie voor het NHG-Congres van dit jaar: Hink stap sprong, over het bewegingsapparaat. Ik denk dat het een erg leuk congres gaat worden, met een goed en interessant inhoudelijk programma, volop afwisseling en kans om ook zelf in beweging te komen.'

*Ans Stalenhoef*