

Gluteale tendinopathie: educatie en fysiotherapie kosteneffectiever dan corticosteroidinfiltraties of een afwachtende houding?

Referentie

Wilson R, Abbott JH, Mellor R, et al. Education plus exercise for persistent gluteal tendinopathy improves quality of life and is cost-effective compared with corticosteroid injection and wait and see: economic evaluation of a randomised trial. *J Physiother* 2023;69:35-41. DOI: 10.1016/j.jphys.2022.11.007

Duiding

Barbara Claus, Vakgroep Farmaceutische Analyse, Faculteit Farmaceutische Wetenschappen, UGent; Apotheek, UZ Gent
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Welke strategie bij gluteale tendinopathie is het meest kosteneffectief voor de gezondheidszorg en de maatschappij: fysiotherapie met educatie, een corticosteroidinfiltratie of een afwachtende houding?

Achtergrond

Gluteale of gluteus tendinopathie, ook bekend als het trochanter major pijnsyndroom, uit zich als een hinderlijke pijn die uitstraalt vanuit de heup naar de laterale zijde van het bovenbeen. Het pijnsyndroom treft 10-25% van de bevolking, komt meer voor bij vrouwen dan bij mannen en kan chronische vormen aannemen (1,2). Behandelopties zijn: oefentherapie, corticosteroidinfiltraties, shockgolftherapie, toedienen van bloedplaatjesrijk plasma (bij tendinopathie graden 1 en 2). Corticosteroidinfiltraties worden aangestipt als optie in geval van aanhoudende inflammatie, maar hebben net als NSAID's slechts een kortdurend effect (3,4). Minerva besprak in 2022 het effect van shockgolftherapie in combinatie met oefentherapie en rapporteerde een effect op pijn op korte en middellange termijn (5,6). In ernstige gevallen heeft de pijn een impact op fysieke, sociale en werkgerelateerde activiteiten met een negatieve repercussie op de levenskwaliteit, wat vergelijkbaar is met ernstige gonartrose. Voor beide aandoeningen zijn daarnaast ook de economische verliezen bekend (7,8). Hierbij moeten we ook in rekening brengen dat gluteale tendinopathie meestal de jongere, nog actieve bevolkingsgroep (40-60 jaar) treft. Dit doet de vraag rijzen naar welke aanpak van gluteale tendinopathie vanuit maatschappelijk standpunt het meest kosteneffectief is: corticosteroidinfiltraties, fysiotherapie met educatie of een afwachtende houding (met de kans op spontane resolutie). In een prospectieve enkelblinde RCT (9) had fysiotherapie met educatie na 1 jaar significant meer succes op een globale schaal dan een corticosteroidinfiltratie (NNT=5) en een afwachtend beleid (NNT=4). Alhoewel de pijn in alle groepen verbeterde, zag men na 1 jaar meer pijnverlichting met fysiotherapie met educatie, alsook met corticosteroidinfiltraties allebei versus een afwachtend beleid. Tussen fysiotherapie met educatie en corticosteroidinfiltraties was er geen verschil in pijnverlichting. In een nieuwe publicatie gaan de onderzoekers in op de onderlinge kosteneffectiviteit van deze behandelingen (10).

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- 204 eerstelijnspatiënten met persisterende laterale heupklachten als gevolg van gluteale tendinopathie (pijnscore $\geq 4/10$; bevestigd op MRI) uit de regio's Brisbane en Melbourne, Australië
- de gemiddelde leeftijd bedroeg 55 jaar (range 35-70 jaar) en er waren 82% vrouwen
- bij aanvang van de studie bedroeg op een pijnschaal van 0 tot 10 de gemiddelde score 4,9 (SD 1,0) en op een gezondheidsschaal van 0 tot 20 de gemiddelde score 4,7 (SD 4,4).

Studieopzet

Kostenutiliteitsanalyse na 1 jaar

- parallel uitgevoerd met een RCT (9) die 1) fysiotherapie + educatie gedurende 8 weken (14 bezoeken bij een kinesitherapeut met begeleidende oefeningen gedurende 30 minuten + uitleg over/ aandacht voor graduele opbouw van de peesbelasting; met tussen de bezoeken door dagelijkse oefeningen thuis) (n=69) vergeleek met 2) eenmalige infiltratie met Celestone chronodose® of Kenacort A40® (corticosteroidinfiltratie) (n=66) en met 3) bezoek bij een kinesitherapeut voor algemeen bewegingsadvies (*wait-and-see*) (n=69)
- voor de opbouw van de kosten en de utiliteiten (QALY) werden onderstaande parameters gecollecteerd en gewaardeerd:
 - **kosten:** aan kostenzijde werden de gezondheidsgerelateerde medische consumptie en de niet-gezondheidsgerelateerde kosten (zoals het werkverlet en de verplaatsingskosten door ziekte) per 6 maanden bevraagd bij de deelnemers; het medicatiegebruik in de afgelopen week werd bij elk bezoek bevraagd (om recall bias te vermijden) en geëxtrapoleerd; voor de gezondheidsgerelateerde kosten van fysiotherapie, de corticosteroidinfiltratie en het eenmalig bezoek bij de kinesitherapeut in de *wait-and-see* arm berekende men de door het gezondheidssysteem terugbetaalde prestaties (in Australian Dollar kwam dit respectievelijk neer op 840 AU\$, 156 AU\$ en 60 AU\$ (1 AU\$ = 0,61 euro)); de *intention-to-treat* kostenanalyse gebeurde door een onafhankelijke gezondheidseconoom
 - **utiliteiten:** patiënten vulden tijdens de studie de generische **EQ-5D-3L-vragenlijst** in (op 0, 4, 8, 12, 26, 52 weken), die peilt naar 5 algemene gezondheidsdomeinen: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten (privé en werk), pijn/ongemak en angst/depressie; men vertaalde deze scores naar de voorkeursutiliteiten (op een gezondheidsindex van 0 tot 1; 0=dood; 1=perfect gezond), opgemeten voor de Australische populatie (elke score uit de EQ-5D-3L-vragenlijst correspondeert dus met een utiliteit tussen 0 en 1); het resultaat werd uiteindelijk uitgedrukt in QALY's (dit is: de kwalitatieve score op de gezondheidsindex * tijd), hier concreet als de gewogen utiliteiten van de patiënten in elke studiearm over een periode van 1 jaar.

Uitkomstmeting

- incrementele kosteneffectiviteitsverhouding/-ratio (ICER) na 1 jaar tussen fysiotherapie/educatie en corticosteroidinfiltratie en tussen fysiotherapie/educatie en *wait-and-see*
- voor elke 2-aan-2-vergelijking berekende men de ratio van het kostenverschil en het effectverschil om de ICER (kost per gewonnen QALY) te bekomen; de verschillen werden gecorrigeerd voor de basiskarakteristieken (type patiënt, basisutiliteitsscores en -kosten, studielocatie)
- ICER's werden vergeleken met het Australische bruto nationaal product (BNP) van 68 000 AU\$ om een uitspraak te doen over de kosteneffectiviteit; bij ICER < BNP spreekt men van kosteneffectiviteit
- sensitiviteitsanalyses door de wijziging van de types en hoogtes van de geïncludeerde kosten.

Resultaten

- de gemiddelde jaarlijkse kosten en QALYs van de verschillende strategieën waren:
 - 6 979 AU\$ (SD 9 077) en 0,86 (SD 0,11) QALYs voor fysiotherapie/educatie
 - 5 033 AU\$ (SD 6 372) en 0,83 (SD 0,12) QALYs voor de corticosteroid-injectie
 - 5 162 AU\$ (SD 6 471) en 0,79 (SD 0,15) QALYs voor *wait-and-see*
- de gezondheidsgerelateerde consumptie verschilde niet tussen de groepen (pijnmedicatiegebruik was wel lager in de fysiotherapie/educatie-arm); de niet-gezondheidsgerelateerde kosten (zoals werkverlet en verplaatsingskosten) en de interventiekosten (om elke strategie te kunnen aanbieden) waren het hoogst in de fysiotherapie/educatie arm

- QALYs over 1 jaar waren statistisch significant hoger met fysiotherapie/educatie dan met de andere twee strategieën (zie eerste lijn in de tabel)
- er waren geen statistisch significante totale kostenverschillen tussen de 3 strategieën onderling; de verschillen waren numeriek wel groter voor het maatschappelijk perspectief dan voor het gezondheidszorgperspectief (zie tweede lijn in de tabel)
- fysiotherapie/educatie was kosteneffectief ten opzichte van een corticosteroidinfiltratie en ten opzichte van een *wait-and-see* aanpak vanuit het maatschappelijk perspectief én vanuit het gezondheidszorgperspectief (zie derde lijn in de tabel)

Tabel. Kosten- en effectverschillen van de bestudeerde strategieën in de economische analyse over 1 jaar.

	fysiotherapie/educatie versus corticosteroid-injectie	fysiotherapie/educatie versus <i>wait-and-see</i>
Vershil in QALYs (90% BI)	0,05 (0,02 tot 0,09)	0,06 (0,03 tot 0,10)
Vershil in kosten in AU\$ (90% CI)		
-maatschappelijk perspectief	663 (-1 876 tot 3 201)	1 680 (-860 tot 4 220)
-gezondheidszorg perspectief	291 (-1 161 tot 1 744)	198 (-1 201 tot 1 597)
Incrementele kosteneffectiviteitsratio: ICER in AU\$/QALY		
-maatschappelijk perspectief	12 719*	29 258*
-gezondheidszorg perspectief	5 592*	3 444*

*ICER < BNP van 68 000 AU\$ = kosteneffectief; BI = betrouwbaarheidsinterval.

- sensitiviteitsanalyses veranderden niets aan de conclusie, maar duiden de interventiekost wel als beïnvloedende parameter op het gevonden resultaat aan

Besluit van de auteurs

Fysiotherapie met educatie voor de behandeling van gluteale tendinopathie verbetert de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven en is kosteneffectief ten opzichte van een corticosteroidinfiltratie en een afwachtend beleid.

Financiering van het onderzoek

Het oorspronkelijke onderzoek werd gefinancierd door een programmabeurs van de National Health and Medical Research Council (NHMRC). Eén auteur ontving steun van een hoofdonderzoeker van dezelfde organisatie.

Belangenconflicten van de auteur

Er zijn geen belangenconflicten vermeld.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

Deze kostenutiliteitsanalyse werd uitgevoerd parallel aan een gerandomiseerde interventionele studie (9). Dit vormt een voordeel want op deze manier konden behalve de geobserveerde klinische uitkomsten meteen ook utiliteiten, medische consumptie en werkabsenteïsme voor het economisch onderzoek worden bevraagd en dienden er dus weinig extrapolaties uit andere databronnen te gebeuren. Deze troef is tegelijkertijd ook een beperking omdat men zo wellicht een geselecteerde populatie in de economische studie bestudeerde (tendinopathie bevestigd op MRI, ernstgraad niet vermeld) terwijl een economisch onderzoek over kosten en utiliteiten vooral geïnteresseerd is in de dagelijkse aanpak van alle patiëntprofielen (tendinopathieën zonder radiologische bevestiging, patiënten die om een of andere reden de behandeling vroegtijdig afbreken). De auteurs hielden daar deels rekening mee door de kostenanalyse *intention-to-treat* uit te voeren. Het is nu wel zo dat in de

studie waarop deze economische analyse is gebaseerd de uitval zeer beperkt was (een kleine 10%). Alle kosten (behalve de *per protocol* vaste interventiekosten) vertoonden brede standaarddeviaties. Er waren geen significante kostenverschillen tussen de strategieën, wat aannemelijk is in een relatief kleine ambulante populatie (n=204) over één jaar.

Voor de berekening van de verschillen in QALY's tussen de bestudeerde strategieën werd gebruik gemaakt van de gemeten utiliteiten bij de patiënten aan de hand van de algemene EQ-5D-vragenlijst, afgenomen op verschillende momenten verspreid over de studieperiode van één jaar. Deze techniek is echter weinig sensitief om ziektespecifieke verschillen (zoals heupklachten) op te sporen. Dat betekent dat het detecteren van een statistisch significant verschil met deze generieke vragenlijst bij patiënten die aan het begin van de studie een vergelijkbare algemene levenskwaliteit hadden, waarschijnlijk niet op toeval zal berusten. Enige voorzichtigheid is evenwel nog steeds aan de orde omdat de vragenlijsten afgenomen werden bij patiënten die niet geblindeerd waren voor hun behandeling.

Beoordeling van de resultaten

De gunstige kosteneffectiviteit van de strategie fysiotherapie/educatie ten opzichte van een corticosteroidinfiltratie en ten opzichte van een *wait-and-see*-aanpak is dus toe te schrijven aan een verschil in QALY's. De hamvraag is of dit ook tot uiting zal komen in de dagelijkse praktijk en over een langere periode dan de relatief korte tijdshorizon van één jaar. De auteurs laten ook enkele discussiepunten onbelicht: wat verklaart bijvoorbeeld het hogere werkverlet in de fysiotherapie/educatie arm? Wanneer dit te maken zou hebben met afwezigheid op het werk door verplaatsingen naar de kinesitherapeut, kan de suggestie gewekt worden dat het werkverlet niet door ziekte veroorzaakt is. In de sensitiviteitsanalyse is evenmin duidelijk hoe een gewijzigde interventiekost van elk van de strategieën de kosteneffectiviteit beïnvloedde. Dat is nochtans belangrijk om te weten want interventiekosten hangen rechtstreeks samen met het studieprotocol en kunnen in de praktijk anders uitdraaien. Een één-op-één-vertaling van het resultaat van deze economische analyse naar de Belgische setting is eigenlijk niet mogelijk wegens de lokale karakteristieken (voornamelijk op vlak van kosten) van elk gezondheidszorgsysteem. Ook de waardering van utiliteiten is een lokaal gegeven en een extrapolatie naar de Belgische setting dient met enige voorzichtigheid te gebeuren. Zo heeft België een eigen utiliteitentabel voor de EQ-5D-scores (11). Australië heeft daarenboven een andere munteenheid: 1 AU\$ = 0,61 euro. Los daarvan kunnen een aantal bevindingen toch algemeen vertaald worden: over de periode van één jaar houden de patiënten in de fysiotherapie/educatie-arm er een betere gezondheidsstandaard op na zonder substantiële verschillen in totale kosten met de andere interventies. Patiënten hebben bovendien minder pijn (bevinding uit de interventionele studie (9)) en gebruiken minder pijnmedicatie (bevinding uit de economische studie (10)). Pijnmedicatie heeft een lage kost en weegt daarom niet door in het kostenverschil. Er is in België geen expliciete *willingness to pay* (WTP)-afkapwaarde voor een gunstige ICER (12), maar intrinsiek wordt wel eens 40 000 euro per gewonnen QALY aangenomen. Omgezet met de valutakoers (*wat uiteraard een simplistische benadering is, zie boven*) zou dit dus ook gunstige ICER's in onze zorgcontext kunnen opleveren.

Besluit van Minerva

Deze kostenutiliteitsstudie in een Australische zorgcontext toont aan dat fysiotherapie met educatie kosteneffectief is ten opzichte van een corticosteroidinfiltratie en een afwachtend beleid bij gluteale tendinopathie. De absolute cijfers kunnen echter niet geëxtrapoleerd worden naar de Belgische zorgcontext.

Referenties zie website