



Meniscusletsels: oefentherapie of arthroscopie?

Referentie

Kise NJ, Risberg MA, Stensrud S, et al. Exercise therapy versus arthroscopic partial meniscectomy for degenerative meniscal tear in middle aged patients: randomized controlled trial with two year follow-up. *BMJ*2016;354:i3740. DOI: 10.1136/bmj.i3740

Duiding

Jean-Jacques Rombouts, professeur émérite,
Chirurgie Orthopédique, UCL

Minerva gaf al commentaar op 3 studies over het nut van arthroscopie bij patiënten met gonartrose (1-6) en we besloten telkens dat deze interventie geen voordeel biedt voor de patiënt. We publiceerden ook de bespreking van een studie over het nut van meniscectomie en besloten dat een arthroscopisch debridement van de meniscus na 12 maanden geen klinisch voordeel biedt ten opzichte van een schijninterventie bij patiënten van middelbare leeftijd met een degeneratief meniscusletsel en zonder bewezen artrose of met een milde vorm van artrose (7,8).

In 2016 publiceerden Kise et al. een RCT die fysieke training vergeleek met arthroscopische partiële meniscectomie bij patiënten van middelbare leeftijd met een op MRI bevestigd degeneratief meniscusletsel (9).

In een editoriaal bij deze studie wijzen Jarvinen en Guyatt erop dat arthroscopische partiële meniscectomie een van de meest courante chirurgische procedures is in de V.S. en in het V.K., terwijl er geen bewijs bestaat voor het nut van deze ingreep (10). Sinds meer dan 10 jaar tonen goed opgezette studies aan dat de techniek niet zinvol is. Jarvinen en Guyatt vragen zich af waarom men deze interventie nog steeds op grote schaal toepast. Arthroscopische chirurgie heeft ervoor gezorgd - aanvankelijk bij jonge mensen - dat traumatische meniscusletsels, waarvoor heelkunde vaak noodzakelijk is, comfortabeler behandeld konden worden. Als gevolg hiervan is men mogelijk routinematig, maar volgens de auteurs misschien ook uit perverse financiële overwegingen, de techniek beginnen toepassen op oudere patiënten, terwijl het al lang vaststaat dat degeneratieve meniscusletsels op oudere leeftijd vaak voorkomen (11).

Ook in België past men courant endoscopische procedures toe voor de behandeling van kniepijn, ook al tonen alle gerandomiseerde studies aan dat deze interventie niet effectief is.

Kise et al. voerden hun studie uit in Noorwegen tussen oktober 2009 en september 2012. Ze includeerden patiënten van 35 tot 60 jaar. Van de 341 gerekruteerde patiënten kwamen er 226 in aanmerking en konden de auteurs uiteindelijk 140 patiënten randomiseren over fysieke training (n=70) of arthroscopische partiële meniscectomie (n=70). 61% van de onderzoeksgroep bestond uit mannen. Bij 96% van de patiënten was er geen radiografisch bewijs van gonartrose. 19% (13/70) van de patiënten in de fysieke trainingsgroep onderging toch een operatie en 2 patiënten in de meniscectomiegroep ondergingen een tweede operatie wegens persisterende klinische symptomen. Het trainingsprogramma bestond uit progressieve neuromusculaire oefeningen en krachttraining gedurende 12 weken met minimaal 2 en maximaal 3 sessies per week. In de fysieke trainingsgroep beëindigde 61% van de patiënten het oefenprogramma met voldoende (deelname aan 80% van de sessies) of uitstekende (deelname aan alle sessies) therapietrouw. Het functioneren van de knie na 2 jaar en de spierkracht na 3 maanden waren de primaire uitkomstmaten. Het functioneren van de knie werd door de patiënt geëvalueerd op basis van de **KOOS** (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score), die een gemiddelde score berekent op basis van de evaluatie van pijn, andere symptomen van de knie, functioneren in het dagelijkse leven, functioneren in sport en vrije tijd, en kwaliteit van leven.

Na 3 maanden was de spierkracht statistisch significant beter in de fysieke trainingsgroep ($p \leq 0,004$). Er was echter geen klinisch relevant verschil op de KOOS-vragenlijst na 2 jaar tussen beide onderzoeksgroepen (0,9 punten verschil met 95% BI van -4,3 tot 6,1; $p=0,72$). Tijdens de follow-up deden zich geen ernstige ongewenste effecten voor, noch in de fysieke trainingsgroep, noch in de arthroscopiegroep. 13 patiënten in de fysieke trainingsgroep ondergingen uiteindelijk toch een operatie, maar zonder klinisch voordeel.

Arthroscopie heeft niet te verwaarlozen risico's: infectie, risico van diepe veneuze trombose bij patiënten met een hoog risico van trombo-embolie (12) en, op lange termijn, gonartrose (13). Voor zover we weten, is er maar één gerechtelijke uitspraak in België waarbij de arts verantwoordelijk werd gesteld omdat hij een "operatieve behandeling van de meniscus uitvoerde zonder ernstig te overleggen met de patiënt over een alternatieve behandeling, terwijl de noodzaak van de interventie onvoldoende aangetoond was." (Hof van Beroep Antwerpen 22/06/1998) (14).

Besluit

Deze studie van goede methodologische kwaliteit onderzoekt de werkzaamheid van fysieke training (2 tot 3 sessies per week gedurende 12 weken) versus arthroscopische partiële meniscectomie bij patiënten van middelbare leeftijd met een meniscusletsel bevestigd met MRI. De resultaten tonen aan dat fysieke training van de pijnlijke knie na 2 jaar evenwaardig is aan arthroscopie op basis van het verschil op de KOOS-vragenlijst (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score). Na 3 maanden is er wel meer spierkracht in de fysieke trainingsgroep. Fysieke training kan dus een valabele therapeutische optie zijn, temeer omdat er geen enkel bewijs is voor het nut van meniscectomie, behalve bij een zeer goed afgelijnde populatie. Bovendien gaat arthroscopie gepaard met niet te verwaarlozen risico's.

Referenties

1. Bellemans J. Arthroscopie bij knieartrose? *Minerva* 2003;2(2):26-7.
2. Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med* 2002;347:81-8. DOI: 10.1056/NEJMoa013259
3. Rombouts JJ. Arthroscopische chirurgie voor gonartrose? *Minerva* 2009;8(7):90-1.
4. Kirkley A, Birmingham TB, Litchfield RB, et al. A randomized trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med* 2008;359:1097-107. DOI: 10.1056/NEJMoa0708333
5. Feron J-M. Risico/batenverhouding van arthroscopie voor de behandeling van degeneratieve knieaandoeningen. *Minerva* bondig 15/02/2016.
6. Thorlund JB, Juhl CB, Roos EM, Lohmander LS. Arthroscopic surgery for degenerative knee: systematic review and meta-analysis of benefits and harms. *BMJ* 2015;350:h2747. DOI: 10.1136/bmj.h2747
7. Rombouts JJ. Degeneratief meniscusletsel: heeft meniscectomie een meerwaarde? *Minerva* bondig 15/04/2015.
8. Sihvonen R, Paavola M, Malmivaara A, et al; Finnish Degenerative Meniscal Lesion Study (FIDELITY) Group. Arthroscopic partial meniscectomy versus sham surgery for a degenerative meniscal tear. *N Engl Med J* 2013;369:2515-24. DOI: 10.1056/NEJMoa1305189
9. Kise NJ, Risberg MA, Stensrud S, et al. Exercise therapy versus arthroscopic partial meniscectomy for degenerative meniscal tear in middle aged patients: randomized controlled trial with two year follow-up. *BMJ* 2016;354:i3740. DOI: 10.1136/bmj.i3740
10. Järvinen TLN, Guyatt GH. Arthroscopic surgery for knee pain: a highly questionable practice without supporting evidence of even moderate quality. *Br J Sports Med* 2016;50:1426-7. DOI: 10.1136/bmj.i3934rep
11. Noble J. Lesions of the menisci. Autopsy incidence in adults less than fifty-five years old. *Bone Joint Surg Am* 1977;59:480-3.
12. Prescrire Rédaction. Arthroscopie du genou : pas d'anticoagulant systématique. *Rev Prescrire* 2011;31:530-1.
13. Papalia R, Del Buono A, Osti L, et al. Meniscectomy as a risk factor for knee osteoarthritis : a systematic review. *Br Med Bull* 2011;99:89-106. DOI: 10.1093/bmb/ldq043
14. Geciteerd door: CALLEWAERT V. L'obligation d'information du médecin et le consentement éclairé du patient. (p. 115) In: DUBUISSON B. L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en Europe. Collection du GRECA. Bruylant, 2015:101-21.