

Toetsstation

Knieklachten

Algemene gegevens

Classificatiecode(s) L96, L31, L45

Doelstelling Toetsen of de kandidaat in staat is

- de gegevens te verzamelen die nodig zijn voor de diagnostiek bij een patiënt met knieklachten;
- een correcte evaluatie te geven van de verzamelde gegevens;
- een correct beleid af te spreken met de patiënt.

Duur station 20 minuten

Auteur(s) Werkgroep Vaardigheden Huisartsopleiding Nederland

Datum laatste correctie December 2010

Dit station kwam tot stand op basis van literatuurstudie, praktijkervaring en consensusdiscussie binnen de werkgroep Vaardigheden Huisartsopleiding Nederland.

Literatuur

- De Jongh TOH, Buis J, Daelmans HEM redactie. Fysische diagnostiek. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2010: 250–7.
- Belo JN, Berg HF, Klein Ikkink AJ, et al. NHG-Standaard Traumatische knieproblemen. Huisarts Wet 2010; 54(3): 147–58.
- Boumans MTA, Ooy A van. Het onderzoek van de onderste extremiteiten. Utrecht, Bunge, 1995.
- Wolf AN de. Onderzoek van het bewegingsapparaat. Houten/Antwerpen, Bohn Stafleu Van Loghum, 1990.
- Wolf AN de, Mens JMA. Aandoeningen van het bewegingsapparaat. Houten/Zaventem, Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.
- Van der Plas CG, Dingjan RA, Hamel A, Jonker JC, Postema PhJ, Smorenburg HAAJ, Bijl D, De Jongh TOH, De Vries H, Grundmeijer HGLM, redactie. Diagnostiek van alledaagse klachten. 2e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005: 657–74.

- Van der Plas CG, Opstelten W, Devillé WLJM, et al. Fysische diagnostiek – de waarde van enkele gebruikelijke tests voor het aantonen van een voorstekruisbandruptuur: meta-analyse. Ned Tijdschr Geneeskd 2005; 149(2): 83–8.

Benodigdheden

Observator	<u>huisarts</u> /gw
Simulatiepatiënt	<u>man</u> / <u>vrouw</u> /kind/geen
Materialen	– standaard spreekkamer uitrusting, minimaal: . bureau . 2 stoelen . onderzoeksbank . laboratoriumformulieren . Röntgenformulieren . receptenpapier . verwijsbrieven . meetlint . (huid)potlood – patiëntenkaart – horloge/stopwatch – zwachtel korte-rek (10 cm breed)

NB: Een kopie uit de literatuur is voor de observator bijgevoegd (bijlage 1).

Patiëntenkaart

Persoonsgegevens

Mevrouw Saskia Verveen
Westsingel 93
Utrecht
25 jaar
beroep: onderwijzeres groep 3
gehuwd

Probleemlijst/voorgeschiedenis

Geen bijzonderheden

Persoonsgegevens

Meneer Sander Verveen
Westsingel 93
Utrecht
25 jaar
beroep: onderwijzer groep 3
gehuwd

Probleemlijst/voorgeschiedenis

Geen bijzonderheden

Journal

Geen bijzonderheden

Informatie voor de kandidaat

Doel

In dit station wordt getoetst of u in staat bent:

- de gegevens te verzamelen die nodig zijn voor de diagnostiek bij een patiënt met knieklachten;
- een correcte evaluatie te geven van de verzamelde gegevens;
- een correct beleid af te spreken met de patiënt.

Situatie

Consult met een simulatiepatiënt(e).

Opdracht aan de kandidaat

Voer een volledig consult met de simulatiepatiënt(e). Neem een anamnese af en voer een lichamelijk onderzoek uit gericht op de knieklachten. Geef uw bevindingen weer aan de patiënt, trek uw conclusie en bespreek het beleid.

Handel zoveel mogelijk zoals u dat in de praktijk zou doen.

De patiënt wacht op de gang tot u hem/haar laat binnenkomen.

Beschikbare tijd

U hebt 20 minuten de tijd.

Informatie voor de simulatiepatiënt

Achtergrondinformatie

U bent Saskia/Sander Verveen, 25 jaar. U bent onderwijzer(es) van beroep. U bent gehuwd en heeft geen kinderen. Uw hobby is volleybal. U woont in een huis met trappen.

Instructie voor het consult

Spontaan vertelt u dat u een afspraak heeft gemaakt, omdat u zo'n last houdt van uw rechterknie. Deze heeft u vorige week tijdens het volleyballen geblesseerd.

Desgevraagd, vertelt u:

- U kunt zich herinneren dat u, na een sprong bij het net, ongelukkig terecht kwam waarbij uw rechterbeen weggleed. U voelde toen een pijscheut in uw rechterknie (als de arts vraagt waar de pijn precies zat dan zegt u dat u die aan de binnenkant van de knie voelde). U had niet de indruk dat u de knie echt verdraaide, meer dat het been onder u weggleed.
- U kon daarna met enige hulp nog wel op het been staan, maar kon niet meer lopen (vanwege de pijn).
- De trainer behandelde de knie direkt met ijspakkingen en adviseerde u enkele dagen rust te houden met het been zoveel mogelijk omhoog. Dat advies heeft u ook opgevolgd.
- De volgende ochtend merkte u dat de knie wat dikker was, maar dat is in de daaropvolgende dagen geleidelijk verdwenen. Indien gevraagd, meldt u dat de knie dikker was aan de binnenkant van de knie (aan de kant van het andere been).
- Sinds vier dagen bent u het been geleidelijk weer gaan belasten. Op zichzelf gaat dat wel, maar u blijft toch een licht zeurende pijn houden aan de binnenkant van uw rechterknie, vooral bij het lopen.
- U heeft soms het gevoel door de knie te zakken.
- U heeft geen andere klachten en bent verder gezond. U heeft nooit eerder knieklachten gehad.
- U heeft niet gemerkt dat de knie soms "op slot" zit.
- Traplopen gaat moeizaam, tree voor tree.
- Als u uw been gestrekt houdt dan gaat het het beste. Onbelast buigen geeft geen problemen.
- U heeft zelf al wat oefeningen gedaan om uw knie soepel te houden, maar u durft niet op uw hurken of knieën te gaan zitten, uit angst uw knie teveel te belasten.
- U wilt weten wat er precies aan de hand is en hoe lang het gaat duren (in verband met uw werk).

Instructie voor het onderzoek

- Als de arts drukt op de plaats aan de binnenzijde van de knie (de precieze plaats is u tijdens de training aangegeven, boven de gewrichtsspleet), geeft u aan dat dat pijnlijk is. Het is dezelfde pijn die u regelmatig voelt als u loopt.
- Als de arts, met uw knie in 30 graden gebogen, druk op het onderbeen naar buiten toe geeft (in de training wordt dit nader uitgelegd), roept u: "au, dokter, dat doet pijn!". Die pijn voelt u dan weer op dezelfde plaats aan de binnenzijde van de knie.
- De overige onderzoeken zijn niet pijnlijk.

NB:

1. U wacht voorafgaande aan het consult steeds buiten de spreekkamer, de kandidaat roept u binnen.
2. Zorg voor gemakkelijke kleding (bijvoorbeeld een rok) in verband met ontkleden.
3. De observator zal voorafgaande aan de toets beide knieën onderzoeken en met u afspreken waar en wanneer u pijn dient aan te geven.

Informatie voor de observator

In dit station wordt getoetst of de kandidaat in staat is de gegevens te verzamelen die nodig zijn voor de diagnostiek bij een patiënt met knieklachten, een correcte evaluatie te geven van de verzamelde gegevens en een correct beleid af te spreken met de patiënt.

U beoordeelt de handelingen van de kandidaat met behulp van de scoringslijst.

Controleer of alle benodigde materialen (in voldoende mate) aanwezig zijn.

Breng na afloop de situatie weer in de oorspronkelijke staat terug, voordat de volgende kandidaat binnenkomt. Vervang daarbij alle gebruikte materialen.

Gebruik eventuele resterende tijd om de kandidaat feedback te geven. Dit wordt door de kandidaten zeer gewaardeerd. Wees daarbij tactvol en positief in de benadering. Kandidaten stellen zich immers kwetsbaar op door zich te laten observeren. De toets heeft in de eerste plaats een **educatief** doel en is geen examen.

Toelichting scoringslijst

Item 1

Het gaat erom dat duidelijk wordt welk trauma heeft plaatsgevonden (t.w. geen trap waarbij direct geweld op de knie heeft ingewerkt, maar een trauma waarbij het been weggleed). Indien de kandidaat expliciet navraagt of er sprake is geweest van een torsietrauma, is dit niet fout. Volgens de NHG-Standaard is het niet vereist.

Item 2

Subitem 3: Van belang is om te weten of de pijn in rust of bij bewegen optreedt.

Item 3

Zwelling die meteen (d.w.z. binnen een half uur) ontstaat, is mogelijk een hemarthros, terwijl zwelling ten gevolge van synoviaprikkeling en/of weke delen geleidelijker ontstaat. Dit onderscheid moet duidelijk worden. Een diffuse zwelling wijst meer op een intra-articulair, een gelokaliseerde zwelling op een extra-articulair probleem.

Item 5

Duidelijk moet worden hoe de belastbaarheid na het trauma was. Kon de patiënt(e) staan en/of lopen? Onvermogen om vier stappen te lopen, direct na het ongeval en op het moment van onderzoek is een van de "Ottawa knie rules" en een aanwijzing voor fractuur. Dit is in deze casus niet het geval. Hoe is de belastbaarheid nu? Zijn er slotklachten? (Slotklachten zijn redelijk specifiek voor een meniscuslesie, dat is hier dus niet aan de orde). Heeft de patiënt(e) het gevoel door de knie te zakken?

Item 6

Dit item wordt goed gerekend indien wordt gevraagd naar eerdere knieproblemen.

NB: Volgens de Standaard moet ook nagevraagd worden of er sprake is geweest van patella-luxatie. Gezien de aard van het trauma acht de werkgroep Vaardigheden deze vraag hier niet van toepassing.

Item 7

De inspectie dient staand te geschieden. De belastbaarheid van het been wordt getest door de patiënt(e) op het aangedane been te laten staan.

Item 8

Lokale drukpijn: bij een mediaal collateraal bandletsel is de proximale insertie aan het femur het vaakst pijnlijk. Palpatie met de handrug om temperatuurverschil te ontdekken is hier niet van belang, een zwelling kan soms warm aanvoelen.

Ballotement van de patella kan op twee manieren worden onderzocht. Mits correct uitgevoerd zijn beide methoden goed.

– *Variant 1* ("danse patellaire"):

Patiënt in rugligging met gestrekte heupen en knieën. De m. quadriceps femoris dient ontspannen te zijn (dit moet de kandidaat controleren door de spier te palperen). De onderzoeker strijkt vervolgens met een hele hand de recessus suprapatellaris leeg naar distaal. Met de vingers van de andere hand drukt de onderzoeker stevig op de patella en observeert of er sprake is van "ballotement". Is de test positief dan is er sprake van een forse hydrops (zie bijlage I).

– *Variant 2* (vooral geschikt bij verdenking op geringe hydrops):

Uitgangshouding zie variant 1. Plaats de handpalm en de vingers van een hand ter hoogte van de mediale gewrichtsspleet. Strijk met de hand craniaalwaarts richting recessus suprapatellaris en laat die hand niet los. Strijk vervolgens met de handpalm en vingers van de andere hand ter hoogte van de laterale femurcondyl de recessus patellaris distaalwaarts leeg. Bij een geringe hydrops schiet eerst de naar proximaal leeggestreken synoviale omslagplooï nu vol met vocht ter hoogte van de mediale femurcondyl (symptoom van Katz, zie bijlage I). De vraag is welke betekenis toegekend moet worden aan een spoortje hydrops. De NHG-Standaard Traumatische Knieklachten adviseert de strijkttest niet te doen vanwege de geringe consequenties.

Item 9, 10

Van belang is dat er eerst actief en dan passief bewegingsonderzoek gedaan wordt.

Item 11

Bij een licht gebogen knie wordt het onderbeen omvat en druk naar mediaal (varus) en lateraal (valgus) gegeven, terwijl het bovenbeen wordt gefixeerd. Deze test geeft een globale indruk van de collaterale banden. De test kan ook in strekstand worden uitgevoerd. Zou er dan ook speling gevonden worden dan is er grote kans op schade aan de kruisbanden. In deze casus is er alleen sprake van pijn bij valgusstress.

Item 12

Hoewel het wordt aanbevolen om steeds links en rechts met elkaar te vergelijken, leek het de werkgroep Vaardigheden wat academisch om dit op alle aspecten te doen. De werkgroep acht het minimaal noodzakelijk om links en rechts te vergelijken bij inspectie en bij bewegingsonderzoek. Als de kandidaat dat doet, kan item 12 als 'goed gedaan' worden gescoord.

Item 13

De conclusie moet zijn: mediaal bandleestel. Goed zijn: contusie, distorsie, partiele ruptuur of vergelijkbare Nederlandse terminologie.

Item 14

Correct beleid is in dit geval: de knie zo normaal mogelijk gaan belasten op geleide van de pijn. Controle is niet noodzakelijk. De patiënt(e) moet terugkomen als de klachten aanhouden of terugkomen als er functiebeperking blijft. Ijsapplicatie of zwachtelen hoeft niet, maar wordt niet fout gerekend. Pijnstilling ter verlichting van de pijn is niet fout. Fout is wel: doorverwijzen naar oefen- of fysiotherapie en aanvullende diagnostiek.

NB:

1. In deze casus is de a priori kans op een meniscus- en kruisbandletsel klein, zodat het uitvoeren van deze tests niet behoort tot het minimum-pakket aan vaardigheden dat in dit geval moet worden uitgevoerd. In de NHG Standaard Traumatische knieproblemen wordt de meniscustest niet geadviseerd vanwege de moeilijke uitvoerbaarheid en de geringe toegevoegde waarde voor de diagnose. De Lachman test heeft wel waarde bij geringe voorafkans op kruisbandletsel, zoals in de huisartsenpraktijk. Hij is relatief eenvoudig uit te voeren. Heeft deze test een negatieve waarde is de kans op kruisbandletsel zeer gering. Als een kandidaat deze tests uitvoert wordt dit niet gescoord.
2. De kandidaat kan ook aan de patiënt(e) vragen om te hurken. Dit is een uitstekende test om een globale indruk te krijgen van de functionele staat van de knie. Deze test is echter niet gebruikelijk. Het hurken wordt dus gezien als een optie, maar is niet in de scoringslijst opgenomen.

Scoringslijst bij toetsstation Knieklachten

Toetsdatum:

Patiënt

Observator

Kandidaat

	niet gedaan	fout gedaan	goed gedaan
--	----------------	----------------	----------------

Anamnese

1. Aard trauma

Direct uitwendig trauma	☐	☐	☐
Val	☐	☐	☐

2. Pijn

Lokalisatie pijn	☐	☐	☐
Beloop van pijn	☐	☐	☐
Pijn beïnvloedende omstandigheden	☐	☐	☐

3. Zwelling

Wanneer ontstond de zwelling	☐	☐	☐
Hoe snel ontstond de zwelling	☐	☐	☐
Hoe snel ontstond de zwelling	☐	☐	☐

4. Functie

Belastbaarheid na trauma	☐	☐	☐
Slotklachten	☐	☐	☐
Door knie zakken	☐	☐	☐

	niet gedaan	fout gedaan	goed gedaan
5. (Zelf)behandeling	☐	☐	☐
6. Voorgeschiedenis	☐	☐	☐
Lichamelijk onderzoek			
7. Inspectie			
Inspectie in stand	☐	☐	☐
Zwelling	☐	☐	☐
Stand van been	☐	☐	☐
Belastbaarheid van het been	☐	☐	☐
8. Palpatie			
Palpatie in rugligging	☐	☐	☐
Ballotement patella	☐	☐	☐
Mediale collaterale band	☐	☐	☐
Laterale collaterale band	☐	☐	☐
9. Actief bewegingsonderzoek			
In rugligging	☐	☐	☐
Flexie	☐	☐	☐
Extensie	☐	☐	☐
10. Passief bewegingsonderzoek			
In rugligging	☐	☐	☐
Flexie	☐	☐	☐
Extensie	☐	☐	☐

niet
gedaan fout
gedaan goed
gedaan

11. Collaterale banden

Geeft op correcte wijze valgusstress

☐
☐
☐

Geeft op correcte wijze varusstress

☐
☐
☐

12. Vergelijkt rechts en links

☐
☐
☐

Evaluatie

13. Komt tot correcte conclusie

☐
☐
☐

Beleid

14. Stelt een correct beleid voor

☐
☐
☐

Benodigde tijd: minuten

Algemene indruk: ☐ Zeer slecht ☐ Slecht ☐ Matig ☐ Goed ☐ Zeer goed

Opmerkingen:

.....

.....

.....

.....

Bijlagen

Bijlage 1

Uit: Het onderzoek van de onderste extremiteiten. MTA Boumans, A van Ooy. Utrecht, Bunge: 1995.

Speciële tests

Test bij verdenking op een hydrops

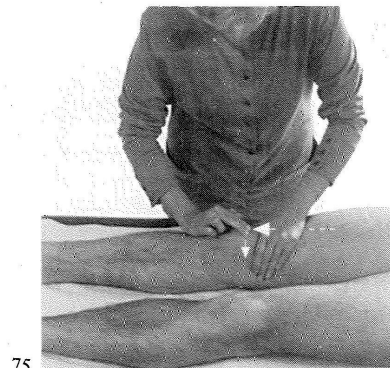
■ *Werkwijze*

- 1 De patiënt ligt in rugligging met gestrekte heupen en knieën, indien mogelijk. De m. quadriceps femoris dient ontspannen te zijn; controleer dit door deze spier te palperen.
- 2 De onderzoeker strijkt vervolgens met een hele hand de recessus suprapatellaris leeg naar distaal [75].
- 3 Met de vingers van de andere hand drukt de onderzoeker stevig op de patella en observeert of er sprake is van een 'ballotement' ('danse patellaire') [75]. De test is dan positief, d.w.z. dat er sprake is van een (flinke) hydrops.

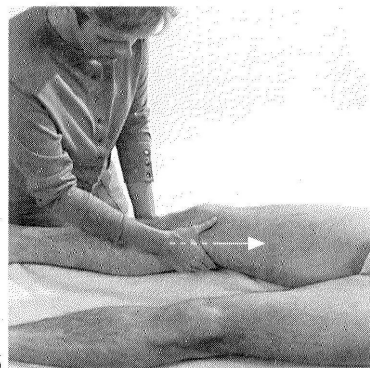
Verdenkt men de patiënt van een geringe hydrops en is bovengenoemde test negatief, dan kan men b.v. de volgende variant toepassen:

- 1 Plaats de handpalm en vingers van een hand ter hoogte van de mediale gewrichtsspleet.
- 2 Strijk met die hand het eventueel daar aanwezige vocht craniaalwaarts richting recessus suprapatellaris en laat die hand *niet* los [76].
- 3 Strijk vervolgens met de handpalm en vingers van de andere hand ter hoogte van de laterale femurcondyl de recessus suprapatellaris distaalwaarts leeg [77].

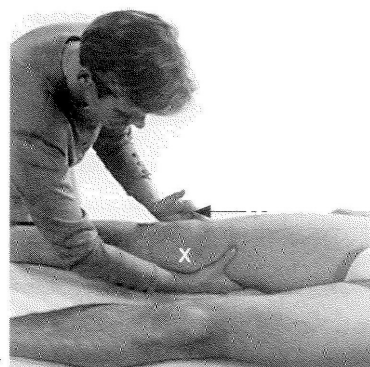
Bij een geringe hydrops schiet de eerst naar proximaal leeggestreken synoviale omslagplooï nu vol met vocht ter hoogte van de mediale femurcondyl (z.g. symptoom van Katz).



75



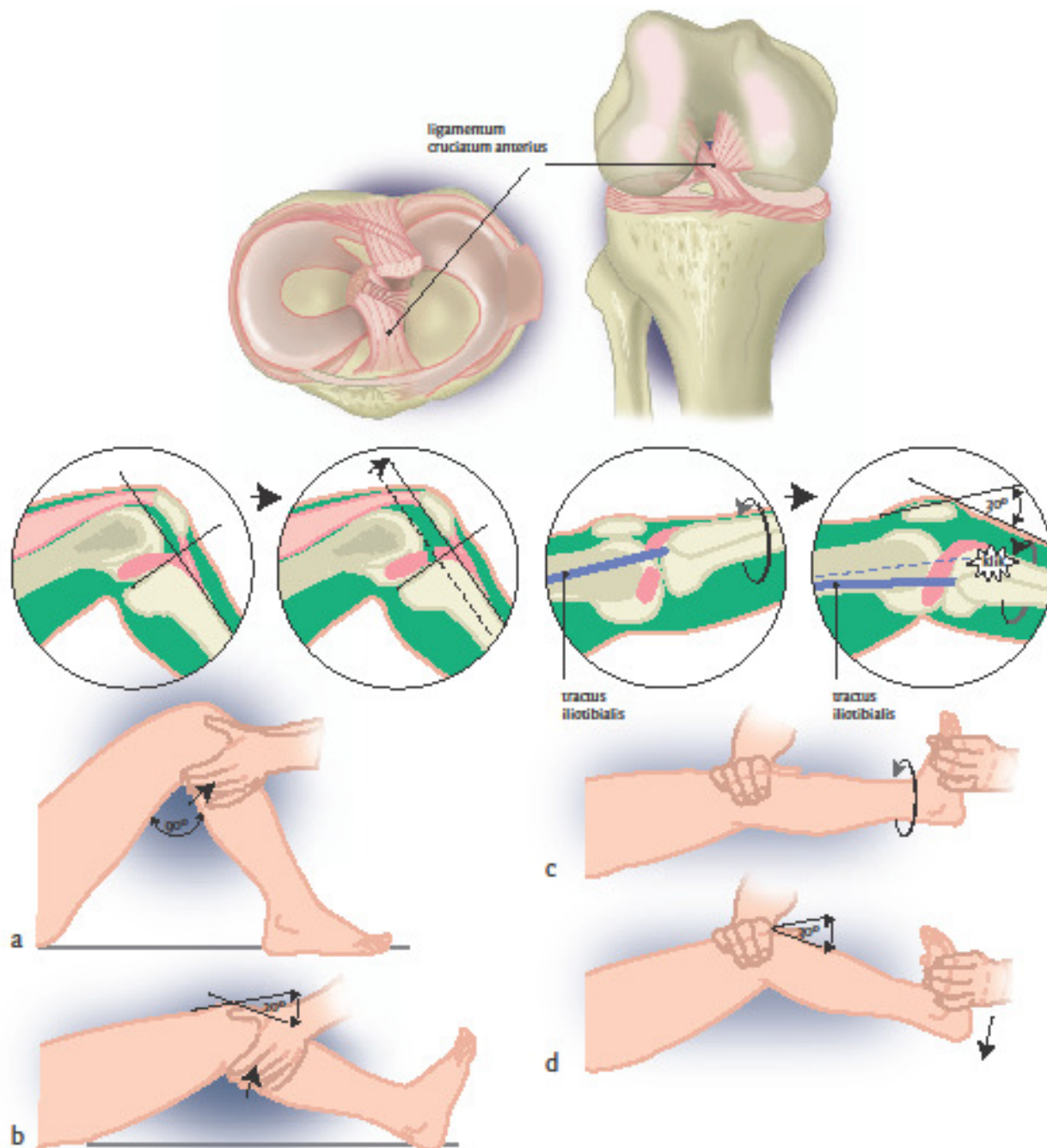
76



77

Bijlage 2

Lachman



FIGUUR 1. Schematische weergave van 3 voorstekruisbandtests (naar een eerdere publicatie):¹ bij de voorsteschuifladetest (a) is de knie 90° gebogen en wordt de voet gefixeerd. De onderzoeker plaatst beide handen rond het proximale deel van de tibia en oefent een voorwaartse (dorsale) kracht uit op het onderbeen. Bij een voorwaartse verplaatsing van meer dan 3 mm is de test positief. Bij de Lachman-test (b) wordt dezelfde manoeuvre uitgevoerd, maar bij 20° flexie van het been. Bij de 'pivot shift'-test (c, d) wordt het been door de onderzoeker gestrekt en geheven, en zowel in de heup als in de knie volledig geëndoroteerd (c). Door de kruisbandruptuur treedt een versterkte endorotatie van het onderbeen in de knie op en schuift het laterale tibiaplateau naar dorsaal. Wanneer de knie vervolgens langzaam wordt gebogen, schiet het tibiaplateau bij 30° abrupt terug (doordat de tractus iliotibialis in die stand tot flexor wordt) (d).