

Point of care inschatting van de prognose van musculoskeletale pijn bij ouderen

Achtergrond

Musculoskeletale aandoeningen, zoals artrose, aspecifieke rugpijn en niet-inflammatoire lokale pijn, zijn verantwoordelijk voor bijna een derde van de consultaties in de huisartspraktijk¹ en geven vaak aanleiding tot langdurige pijn en invaliditeit². Na uitsluiting van zeldzame, ernstige aandoeningen krijgen patiënten vaak een behandeling voorgeschreven zonder duidelijke diagnose. De meeste studies onderzoeken het nut van verschillende modellen voor de prognose van specifieke vormen van musculoskeletale pijn, zoals schouderpijn en nekpijn³. Voor de huisarts die meestal met veralgemeende musculoskeletale pijn geconfronteerd wordt, zijn deze modellen echter minder relevant en bovendien zijn ze in de praktijk vaak te omslachtig⁴.

Samenvatting

Duiding

Jan Y Verbakel, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven

Referentie

Mallen CD, Thomas E, Belcher J, et al. Point-of-care prognosis for common musculoskeletal pain in older adults. *JAMA Intern Med* 2013;173:1119-25.

Tekst onder de verantwoordelijkheid van de Nederlandse redactie

Bestudeerde populatie

- 403 50-plussers (gemiddelde leeftijd 64,8 (SD 10,1) jaar), waarvan 61% vrouwen, die 44 huisartsen (uit 5 huisartspraktijken in het Verenigd Koninkrijk) raadpleegden omwille van niet-inflammatoire musculoskeletale pijn; gemiddelde pijnintensiteit van 6,1 (SD 2,2) op een schaal van 0 tot 10; de huisartsen gebruikten in het elektronisch medisch dossier (EMD) voor 255 patiënten een aspecifieke ziektecode zoals lagerugpijn of kniepijn; 48 patiënten kregen de diagnose artrose en 83 een andere diagnose zoals fasciitis plantaris en impingement syndroom
- exclusiecriteria: 'red flags' zoals recent trauma, rode, warme, gezwollen gewrichten, inflammatoire gewrichtsziekte; kwetsbare personen (cognitieve achteruitgang, terminale ziekte).

Onderzoekopzet

- prospectieve observationele cohortstudie
- tijdens de raadpleging peilde de huisarts naar 5 indicatoren (duur van de huidige pijnepisode, pijnintensiteit, effect van de pijn op dagelijkse activiteiten, pijn op meerdere anatomische plaatsen, depressieve gevoelens); de huisarts maakte vervolgens een inschatting van de prognose van de pijn na 6 maanden (volledig herstel, veel beter, beter, hetzelfde, slechter, veel slechter)
- na 3, 6, 12, 24 en 36 maanden vulden de patiënten een vragenlijst in over pijnintensiteit, effect van pijn op dagelijkse activiteiten en depressie.

Uitkomstmeting

- door de patiënt ingeschatte verandering van pijn (volledig herstel, veel beter, beter, hetzelfde, slechter, veel slechter) 6 maanden na de eerste raadpleging
- ontwikkeling van 3 prognostische modellen (aan de hand van een **multi-pele logistische regressieanalyse**) die een onderscheid kunnen maken tussen een gunstige (volledig herstel, veel beter, beter) en een ongunstige (hetzelfde, slechter, veel slechter) evolutie van de pijn na 6 maanden
- vergelijking van deze modellen met **C-statistiek**.

Resultaten

- na 6 maanden was de gemiddelde pijnintensiteit gedaald tot 4,2 (SD 2,9) op een schaal van 0 tot 10 en had 49,9%, 39,9% en 25,3% van de patiënten respectievelijk een matige (30%), aanzienlijke

Klinische vraag

Wat is de waarde van een verzameling van indicatoren om tijdens een consultatie bij de huisarts de prognose van musculoskeletale pijn bij ouderen in te schatten?

- (50%) en sterke (70%) reductie van pijnintensiteit
- bij 194 van de 403 (48%) patiënten was er 6 maanden na de eerste raadpleging een ongunstige evolutie (hetzelfde, slechter, veel slechter) van de pijn; deze patiënten hadden na 3 jaar nog steeds een pijnintensiteit ≥ 4 op een schaal van 0 tot 10
- prognostische inschatting door de huisarts (model 1) was correct voor 251 (62%) patiënten (OR 2,78; 95% BI van 1,69 tot 4,57); C-statistiek van 0,62; trend naar te optimistische inschatting (37% ongunstige evolutie voorspeld versus 48% geobserveerd)
- prognostische inschatting door de huisarts + 5 prognostische indicatoren (model 2) gaf een C-statistiek van 0,72
- prognostische inschatting door de huisarts + de 3 meest accurate indicatoren (duur van de huidige pijnepisode, effect van de pijn op dagelijkse activiteiten, pijn op meerdere anatomische plaatsen) (model 3) gaf een C-statistiek van 0,72 (correct voor 69% van de patiënten)
- geen verschil in resultaten voor patiënten die voor de eerste maal versus reeds eerder voor pijn consulteerden.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat het antwoord op 3 eenvoudige vragen gevolgd door een systematische registratie van het prognostische oordeel van de huisarts leidt tot een eenvoudige generieke inschatting van de point of care prognose van musculoskeletale problemen bij ouderen tijdens hun bezoek aan de huisarts in het Verenigd Koninkrijk. Een dergelijke aanpak vormt een algemene basis om het nut van prognostische stratificatie tijdens de consultatie als leidraad voor het beleid bij een reeks veelvoorkomende pijnproblemen, verder te onderzoeken.

Financiering van de studie Arthritis Research UK Primary Care Research, National Institute for Health Research, Medical Research Council Prognosis ReSearch Strategy Partnership, Keele University.

Belangenconflicten van de auteurs geen vermeld.

Methodologische beschouwingen

De rekrutering van patiënten in deze prospectieve cohortstudie gebeurde op een zeer doeltreffende manier. Op basis van de ziektecode die de huisarts tijdens de consultatie aan een patiënt gaf, werd in het elektronisch medisch dossier (EMD) een sjabloon met 5 te beantwoorden vragen geopend. Deze vragen zijn ontwikkeld op basis van een systematisch literatuuronderzoek³, een enquête bij huisartsen⁵ en een secundaire analyse van een grote gegevensverzameling⁶. De onderzoekers kregen toegang tot de EMD's en konden zo het versturen van vragenlijsten beperken tot patiënten die aan de in- en exclusiecriteria voldeden (n=650). Patiënten die deze vragenlijst terugstuurden (n=502) en zich akkoord verklaarden (n=403) voor deelname aan het onderzoek werden na 3 en 6 maanden opnieuw met een vragenlijst opgevolgd. Alleen oudere patiënten bleken iets minder geneigd te zijn om deel te nemen. De kans op selectie-bias is dus eerder beperkt. De responsratio na 3 en 6 maanden was hoog (resp. 89% en 81%), alhoewel voor slechts 49% van de patiënten volledige data beschikbaar waren. Voor de ontbrekende gegevens gebruikten de onderzoekers een imputatietechniek. Om te achterhalen in hoeverre de uitkomst na 6 maanden bepalend was voor de prognose op lange termijn werd na 3 jaar nogmaals een vragenlijst opgestuurd. De onderzoekers controleerden de accuraatheid van de prognostische modellen met C-statistiek. Het is jammer dat ze niet corrigeerden voor confounders zoals leeftijd, geslacht, medicatiegebruik, BMI, waardoor we het effect van deze parameters niet kunnen inschatten.

Resultaten in perspectief

Het prognostische model dat rekening hield met de duur van de huidige pijnperiode, het effect van de pijn op activiteiten van het dagelijkse leven, aanwezigheid van pijn op meerdere anatomische plaatsen en waarop een globale inschatting volgde van de prognose over 6 maanden, was het meest discriminerend met een C-statistiek van 0,72. Dat resultaat kunnen we als aanvaardbaar beschouwen⁷. Het is echter nog af te wachten of het model even goed zal presteren in een externe validatiestudie.

Besluit van Minerva

Ondanks de onmogelijkheid om deze resultaten te veralgemenen suggereert deze methodologisch correcte studie dat men met enkele eenvoudige vragen samen met de inschatting van de arts de prognose van musculoskeletale pijn bij oudere patiënten op een aanvaardbare manier kan beoordelen tijdens de duur van één raadpleging.

Voor de praktijk

Een prognostisch model dat tijdens de raadpleging bij de huisarts rekening houdt met de duur van de huidige pijnperiode, het effect van de pijn op activiteiten van het dagelijkse leven, aanwezigheid van pijn op meerdere anatomische plaatsen gevolgd door een globale beoordeling door de huisarts kan op een aanvaardbare manier de prognose van de pijn bij patiënten met musculoskeletale pijn inschatten. Een dergelijk model zou de huisarts kunnen helpen om interventies (zoals heupprotheses) beter te plannen. Het zou ook de verwachtingen van de patiënt en de arts kunnen bijsturen. Omdat er geen consensus bestaat over vanaf wanneer musculoskeletale pijn verder moet behandeld worden, is de praktische implicatie van het model momenteel beperkt.

Ook het feit dat de studie is uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk met slechts 5 huisartspraktijken spoort aan tot voorzichtigheid bij de extrapolatie.

Een prognostisch model voor veralgemeende musculoskeletale pijn is een grote troef ten opzichte van modellen die zich beperken tot één lichaamsregio. Ook het feit dat de indicatoren tijdens de consultatie kunnen nagevraagd worden maakt het model zeer bruikbaar voor de praktijk. De auteurs geven toe dat er misschien nog andere indicatoren bestaan die een nog betere inschatting van de prognose kunnen geven. Opvallend is dat het gebruik van psychologische prognostische informatie (depressie) in deze studie niet is behouden als voldoende indicatief. Mogelijk waren depressieve symptomen onvoldoende correct geïnterpreteerd.

In andere studies gaf het gebruik van de inschatting van de prognose door de huisarts niet altijd een juiste inschatting van de prognose^{8,9}. De huidige studie onderstreept het belang van deze inschatting door de arts als antwoord op een gestructureerde vraag én na kennisname van de antwoorden op 3 prognostische vragen. Uit de resultaten blijkt dat deze vragen de vaak optimistische inschatting van de arts kunnen corrigeren.

De auteurs hopen dat dit model als voorbeeld kan dienen om patiënten op basis van hun prognose te stratificeren en kan helpen in de keuze voor een bepaalde behandeling. Het effect van dit model op het beleid bij patiënten met musculoskeletale pijn is echter niet te beoordelen aan de hand van deze studie, net zo min als de kosten die bepaalde beslissingen inzake een behandeling met zich zouden meebringen. Verder onderzoek is dan ook aangewezen, alvorens dit model in de praktijk toe te passen.

Referenties

1. MacKay C, Canizares M, Davis AM, Badley EM. Health care utilization for musculoskeletal disorders. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010;62:161-9.
2. Schiøtz-Christensen B, Nielsen GL, Hansen VK, et al. Long-term prognosis of acute low back pain in patients seen in general practice: a 1-year prospective follow-up study. *Fam Pract* 1999;16:223-32.
3. Mallen CD, Peat C, Thomas E, et al. Prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2007;57:655-61.
4. Carnes D, Parsons S, Ashby D, et al. Chronic musculoskeletal pain rarely presents in a single body site: results from a UK population study. *Rheumatology (Oxford)* 2007;46:1168-70.
5. Mallen CD, Peat C, Porcheret M, Croft P. The prognosis of joint pain in the older patient: general practitioners' views on discussing and estimating prognosis. *Eur J Gen Pract* 2007;13:166-8.
6. Mallen CD, Peat C, Thomas E, Lacey R, Croft P. Predicting poor functional outcome in community-dwelling older adults with knee pain: prognostic value of generic indicators. *Ann Rheum Dis* 2007;66:1456-61.
7. Chevalier P. C statistiek. *Minerva* 2013;12(1):12.
8. Feleus A, Bierma-Zeinstra SM, Miedema HS, et al. Prognostic indicators for non-recovery of non-traumatic complaints at arm, neck and shoulder in general practice--6 months follow-up. *Rheumatology (Oxford)* 2007;46:169-76.
9. Jellema P, van der Windt DA, van der Horst HE, et al. Prediction of an unfavourable course of low back pain in general practice: comparison of four instruments. *Br J Gen Pract* 2007;57:15-22.