

Onderwerp:	<b>Arthroscopische behandeling van klachten van het eerste metatarsophalangeale (MTP1) gewricht voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk</b>
Samenvatting:	Arthroscopische behandelingen van het MTP1 gewricht zijn meer dan twee decennia geleden voor het eerst beschreven. Arthroscopische behandeling kan bestaan uit onder meer debridement, microfracturing, abrasie, osteofytrectie en/of synovectomie. Indicaties zijn onder meer dorsaal impingement syndroom, locale kraakbeen-defecten, osteochondritis dissecans, losse fragmenten (corpus liberum) en, in geval van verzoeker, synovitis en osteochondraal defect in het MTP1 gewricht. Uit de literatuursearch blijkt echter dat er weinig studies zijn over arthroscopische behandelingen van het MTP1 gewricht. De beschikbare studies betreffen alleen case series met kleine en heterogene patiëntenpopulaties; vergelijkende studies ontbreken. Uit de beschikbare literatuur kan niet worden geconcludeerd dat voldoende is aangetoond dat arthroscopische behandelingen van het MTP1 gewricht voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk.
Soort uitspraak:	AaZ = Adviesaanvraag Zvw
Datum:	22 augustus 2011
Uitgebracht aan:	SKGZ
Zorgvorm:	Geneeskundige zorg

Onderstaand de volledige uitspraak.

### Het geschil

In geschil is de vergoeding van een arthroscopische behandeling van klachten van het eerste metatarsophalangeale (MTP1) gewricht. Bij verzoeker was sprake van toenemende pijn in dit gewricht, twee jaar na het stoten van zijn voet.

De orthopaedisch chirurg stelde als diagnose synovitis en osteochondraal defect en behandelde verzoeker middels arthroscopie met debridement van het M1 kopje en volledige synovectomie van het gewricht. Verweerder stelt zich op het standpunt dat arthroscopische behandelingen van (osteochondrale) afwijkingen in het MTP1 gewricht niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.

### Wet en regelgeving

In dit advies zijn de volgende bepalingen van belang.

#### Zorgverzekeringswet en Besluit zorgverzekering

Artikel 10, onder a Zorgverzekeringswet. Hierin is omschreven dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico de behoefte aan geneeskundige zorg inhoudt.

Artikel 11, derde lid Zorgverzekeringswet bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren risico's nader kan worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur vindt zijn uitwerking in het Besluit zorgverzekering (hierna: Besluit Zv).

Artikel 2.1, eerste lid Besluit Zv regelt dat de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet de vormen van zorg of diensten omvatten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.

Artikel 2.4 Besluit Zv bepaalt dat geneeskundige zorg omvat zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden.

Artikel 2.1, tweede lid Besluit Zv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

#### Polisvoorwaarden

Deze regelgeving is correct weergegeven in de OHRA Zorgverzekering Restitutie Polis (artikelen 2.1. en 2.5.).

#### **Stand wetenschap en praktijk**

Een ingreep kan slechts worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie indien het voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

#### *Werkwijze College*

Het College volgt, ter bepaling van wat tot de stand van de wetenschap en praktijk gerekend dient te worden, de principes van evidence based medicine (EBM).

De methode van EBM integreert de medische praktijk en wetenschappelijke inzichten. De methode houdt rekening met internationale literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gepubliceerde expert-opinies.

Evidence based wil niet zeggen dat voor alle geneeskundige interventies sprake moet zijn van harde bewijzen of harde eindpunten, maar wel dat de beschikbare evidence systematisch is geselecteerd en op gestructureerde wijze is gewogen en gebruikt.

Bij de beoordeling worden ook zachte eindpunten, zoals bijvoorbeeld kwaliteit van leven en patiënttevredenheid betrokken.

Kern van de methode is dat aan de medisch-wetenschappelijke informatie die is geselecteerd een niveau van bewijskracht wordt toegekend (het toekennen van "levels of evidence") waardoor een hiërarchie in evidence ontstaat. Kardinaal uitgangspunt bij EBM is verder dat sterke evidence in principe zwakkere evidence verdringt.

Uiteindelijk neemt het College een standpunt in over de vraag of de interventie al dan niet voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. Hierbij geldt als uitgangspunt dat er voor een positieve beoordeling medisch-wetenschappelijke gegevens voorhanden zijn met een zo hoog mogelijke bewijskracht.

Het College kan van dit vereiste afwijken, maar motiveert in dat geval waarom genoeg wordt genomen met bewijs van een lager niveau.

Alleen als de te beoordelen interventie gelijkwaardig is aan, of een meerwaarde heeft ten opzichte van de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling, concludeert het College dat er sprake is van zorg conform het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

Voor een uitvoerige beschrijving van de wijze waarop het College beoordeelt of een interventie voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk, verwijst het College naar zijn rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*. (CVZ 2007, 254).

#### **Medische beoordeling**

Na kennisneming van het geschil heeft het College dit dossier voor een medische beoordeling voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft de stukken bestudeerd en deelt het volgende mee.

De medisch adviseur heeft onderzoek gedaan naar de stand van de wetenschap en praktijk van artroscopische behandelingen van het MTP1 gewricht en hierbij samenvattend het volgende geconcludeerd.

Arthroscopische behandelingen van het MTP1 gewricht zijn meer dan twee decennia geleden voor het eerst beschreven. Arthroscopische behandeling kan bestaan uit onder meer debridement, microfracturing, abrasie, osteofytsectie en/of synovectomie. Indicaties zijn onder meer dorsaal impingement syndroom, locale kraakbeendefecten, osteochondritis

dissecans, losse fragmenten (corpus liberum) en, in geval van verzoeker, synovitis en osteochondraal defect in het MTP1 gewricht.

Uit de literatuursearch blijkt echter dat er weinig studies zijn over artroscopische behandelingen van het MTP1 gewricht. De beschikbare studies betreffen alleen case series met kleine en heterogene patiëntenpopulaties; vergelijkende studies ontbreken.

Uit de beschikbare literatuur kan niet worden geconcludeerd dat voldoende is aangetoond dat artroscopische behandelingen van het MTP1 gewricht voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk.

### **Juridische beoordeling**

Het College heeft kennisgenomen van de stukken. Op basis van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering en het advies van de medisch adviseur, is het College van oordeel dat verzoeker niet in aanmerking komt voor het gevraagde.

In artikel 2.5. van de OHRA Zorgverzekering Restitutie Polis is, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, bepaald dat de inhoud en omvang van de zorg waarbij de verzekerde recht heeft op vergoeding wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Dit komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Zorgvormen die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk komen niet voor vergoeding of verstrekking ten laste van de zogenoemde 'basisverzekering' in aanmerking.

Nu de medisch adviseur heeft aangegeven dat artroscopische behandelingen van het MTP1 gewricht niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, betreft het geen verzekerde zorg en komt verzoeker niet in aanmerking voor vergoeding hiervan.

### **Advies**

Gelet op het bovenstaande adviseert het College tot afwijzing van het verzoek.

*Rapport*

**Achtergrondrapportage beoordeling stand  
van de wetenschap en praktijk  
artrosopische behandelingen MTP1  
gewricht**

ICD-10 code: M20, M25, M65, M93, M94

Zorgactiviteit:

Datum: 22 augustus 2011

<b><i>Uitgave</i></b>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
<b><i>Volgnummer</i></b>	2011075616 (zaaknummer 2011056042)
<b><i>Afdeling</i></b>	ZORG-ZA
<b><i>Auteurs</i></b>	H.H.C. de Vaan, arts Beleid&Advies <sup>KNMG</sup> , A. Veerman, arts
<b><i>Doorkiesnummer</i></b>	Tel. (020) 797 89 59

## Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	1
1.a. Aanleiding.....	1
1.b. Achtergrond artroskopische behandeling MTP1.....	1
1.c. Vraagstelling literatuuronderzoek.....	3
2. Zoekstrategie & selectie van geschikte studies.....	5
3. Resultaten.....	7
3.a. Resultaten literatuursearch.....	7
3.b. Kwaliteit en beoordeling van de geselecteerde studies.....	7
3.c. Effectiviteit.....	8
3.d. Standpunten en richtlijnen.....	9
4. Bespreking.....	12
5. Inhoudelijke consultatie.....	13
6. Standpunt stand van wetenschap & praktijk.....	14
7. Literatuurlijst.....	15

---

## Samenvatting

Aanleiding van deze beoordeling is een geschil tussen een verzekerde en diens zorgverzekeraar over vergoeding van een artroscopische behandeling van (osteocondrale) afwijkingen in het eerste metatarsophalangeale (MTP1) gewricht.

Artroscopische behandelingen van het MTP1 gewricht zijn meer dan twee decennia geleden voor het eerst beschreven.

Artroscopische behandeling kan bestaan uit onder meer debridement, microfracturing, abrasie, osteofytresectie en/of synovectomie. Indicaties zijn onder meer dorsaal impingement syndroom, locale kraakbeendefecten, osteochondritis dissecans, losse fragmenten (corpus liberum) en, in geval van verzekerde, synovitis en osteochondraal defect in het MTP1 gewricht.

Uit de literatuursearch blijkt echter dat er weinig studies zijn over artroscopische behandelingen van het MTP1 gewricht. De beschikbare studies betreffen alleen case series met kleine en heterogene patiëntenpopulaties; vergelijkende studies ontbreken.

Uit de beschikbare literatuur kan niet worden geconcludeerd dat voldoende is aangetoond dat artroscopische behandelingen van het MTP1 gewricht voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk zoals bedoeld in de Zvw.

---

# 1. Inleiding

## 1.a. Aanleiding

Aanleiding voor deze beoordeling is een geschil tussen een verzekerde en diens zorgverzekeraar over vergoeding van een artroscopische behandeling van klachten van het eerste metatarsophalangeale (MTP1) gewricht.

Bij verzekerde was sprake van toenemende pijn in dit gewricht, twee jaar na het stoten van zijn voet. De orthopaedisch chirurg stelde als diagnose synovitis en osteochondraal defect en behandelde verzekerde middels artroscopie met debridement van het M1 kopje en volledige synovectomie van het gewricht. De centrale vraag in dit geschil was of 'artroscopische behandelingen van (osteochondrale) afwijkingen in het MTP1 gewricht' wel of niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in de Zvw.

## 1.b. Achtergrond artroscopische behandeling MTP1

### Begrippen

Het *MTP1 gewricht* is het basisgewricht van de grote teen: het gewricht tussen de proximale phalanx (eerste kootje) van de grote teen en het os metatarsale (middenvoetsbeen).

*Artroscopie* (ook: arthroscopie) betekent letterlijk: kijken in een gewricht.<sup>a</sup> Dit gebeurt door middel van een artroscoop: een buis voorzien van optische vezels voor verlichting en een camera waarmee het beeld op een beeldscherm weergegeven wordt. De artroscoop wordt via een kleine huidsnede in het gewricht ingebracht. Naast *diagnostische* artroscopie is ook *behandeling* met behulp van artroscopie mogelijk. Voor artroscopische behandelingen zijn verschillende instrumenten beschikbaar, die via een tweede, indien nodig derde, huidsnede in het gewricht worden gebracht.



### Artroscopische behandeling MTP1

Artroscopische behandeling van het MTP1 gewricht werd voor het eerst beschreven in de jaren '80 (o.a. Bartlett, 1988)<sup>1</sup>. In de gevonden literatuur (zie hoofdstuk 3) worden verschillende indicaties voor artroscopische behandelingen van het MTP1 genoemd, waaronder: locale kraakbeendefecten, osteochondrale defecten / osteochondritis dissecans, losse fragmenten (corpus liberum), hallux rigidus / dorsaal impingement syndroom / osteofyten (mits klein of matig groot van formaat) en synovitis.

### Indicaties

---

<sup>a</sup> vanuit het Grieks, letterlijk: arthros = gewricht, skopein = kijken.

### **Behandelingen**

Afhankelijk van de indicatie kan de behandeling bestaan uit onder meer debridement, abrasie, microfracturing, osteofytresectie of synovectomie.<sup>1, 2, 3, 4, 11, 14, 16</sup>

Hoewel artroscopische behandeling van het MTP1 ruim twee decennia geleden al werd beschreven, is het een zich nog ontwikkelende toepassing en is ook recent door verschillende auteurs aangegeven dat aanvullende onderzoeken nodig zijn om het indicatiegebied en te verwachten uitkomsten van artroscopische behandelingen meer specifiek te definiëren.<sup>5, 6</sup>

### **Prevalentie**

Jaarlijks bezoeken 27 per 1000 patiënten de huisarts met voetklachten. Hierbij gaat het in 60% van de gevallen om klachten in de voorvoet en in meer dan 80% van de voetklachten is pijn de voornaamste klacht. Voorvoetproblemen die langer dan vier weken persisteren, komen in de algemene bevolking voor bij 21% van de mensen van 45 jaar en ouder (Gorter 2003)<sup>7</sup>. Volgens een Engelse populatiestudie onder ruim 3400 volwassenen had meer dan eenderde pijn in de grote teen of in het MTP1-gewricht (Garrow 2003)<sup>8</sup>; pijnklachten in de voorvoet werden ook gerapporteerd door ruim 33% van ruim 3200 volwassenen in een Australische populatiestudie, daarnaast kwam pijn in de bal van de voet bij bijna een kwart voor (Hill 2008)<sup>9</sup>. In deze cijfers zijn de diagnoses niet nader gespecificeerd. Wel geeft Gorter aan dat in de huisartspraktijk een voorafkans is van 24% dat de diagnose op klachtniveau blijft.

### **(Patho)fysiologie**

Er zijn veelal meerdere factoren die een rol spelen bij de pathofysiologie van voetproblemen. Naast intrinsieke factoren (voetbouw, kapsels, banden, kracht en motoriek) spelen extrinsieke factoren zoals schoeisel en de mate van belasting een rol.<sup>b</sup> De metatarsophalangeale gewrichten zijn van belang bij het afwikkelen van de voet tijdens het lopen. De voet 'rolt' daarbij over de kopjes van de distale metatarsalia (bal van de voet), de tenen komen in extensie en de plantairplaat spant aan, waarna de voet als het ware een hefboomfunctie vervult. In een normale situatie is er een biomechanisch evenwicht. Bij verstoring, bijvoorbeeld door trauma, overbelasting of systemische aandoeningen, kan pathologie ontstaan, waaronder (osteo)chondrale defecten, degeneratieve afwijkingen (zoals hallux rigidus, ook bij jonge mensen, bijvoorbeeld sporters), synovitis e.a.

---

<sup>b</sup> HWB Schreuder (ed.) *De voet*. 2007, [www.umcn.nl/Informatievoorzijzers/Orthopedie/Documents/De\\_Voet.pdf](http://www.umcn.nl/Informatievoorzijzers/Orthopedie/Documents/De_Voet.pdf)



**Standaard  
Behandeling**

Richtlijnen omtrent behandeling van MTP1 problematiek (anders dan systemische aandoeningen zoals reumatoïde artritis) zijn niet gevonden (zie ook paragraaf 3.d). Algemeen gesproken, en afhankelijk van de oorzaak, worden ter behandeling van pijnklachten ter plaatse van de grote teen cq het MTP1 gewricht genoemd:

- Conservatieve behandeling: rust (in acute fase na trauma zo nodig tijdelijk immobilisatie); pijnstilling (inclusief NSAIDs), en schoenaanpassingen;
- (Open) operatieve behandeling, waaronder artrodese en cheilectomie (in geval van hallux rigidus met dorsaal impingement). De keuze voor operatie is afhankelijk van de oorzaak, veelal gaat het hierbij om ernstige functiebeperkingen ten gevolge van de MTP1-problematiek.<sup>c</sup>

**1.c. Vraagstelling literatuuronderzoek**

**Vraagstelling**

De vraag die beantwoord moet worden is: voldoen artroscopische behandelingen van aandoeningen van het metatarsophalangeaal gewricht aan de stand van de wetenschap en praktijk?

Gekozen is voor een 'brede' vraagstelling. Uit een voorbereidende literatuursearch bleek namelijk dat over de specifiek in het geschil genoemde artroscopische behandelingen van het MTP1 gewricht (te weten artroscopische debridement en synovectomie) zeer weinig literatuur was. Bovendien betrof de afwijzing door de zorgverzekeraar in het geschil 'artroscopische behandelingen van het MTP1 gewricht' in zijn algemeenheid.

**Indicatiegebied**

Zoals in paragraaf 1.b ook aangegeven, omvat het indicatiegebied onder meer locale kraakbeendefecten, osteochondrale defecten, corpora libera, osteofyten en synovitis, en kan artroscopische behandeling bestaan uit onder andere debridement, abrasie, microfracturing, osteofytresectie en/of synovectomie.

**Verschillende  
soorten  
behandeling**

**Patiëntenpopulatie**

De patiëntenpopulatie betreft volwassen patiënten met problematiek (pijn, mobiliteitsklachten) van het MTP1 gewricht, ten gevolge van locale aandoeningen als hierboven beschreven. Gekozen is voor het uitsluiten van systemische aandoeningen (zoals reumatoïde artritis en jicht), aangezien deze aandoeningen specifieke behandelingen behoeven.

---

<sup>c</sup> JAN Verhaar, JBA van Mourik (red), *Orthopedie*. 2008 Bohn Stafleu van Loghum, en raadpleging diverse websites.

<b>Relevante uitkomstmaten</b>	<p>Relevante uitkomstmaten zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermindering pijn</li> <li>• Verbetering functie (mobiliteit MTP1 gewricht, lopen)</li> <li>• Complicaties</li> </ul>
<b>Relevante follow-up duur</b>	<p>Het effect van de operatie en het al dan niet optreden van complicaties zullen binnen enkele weken tot maanden duidelijk zijn. Om het lange termijn effect van de interventie te beoordelen alsook complicaties van de interventie op de langere termijn is echter een langere follow-up vereist, in de orde van een tot meerdere jaren.</p>
<b>Vereiste methodologische studiekenmerken</b>	<p>Om bias uit te sluiten zijn gerandomiseerde vergelijkende studies nodig van voldoende omvang en follow-up. De aard van de interventies (arthroscopische versus open chirurgie, arthroscopische versus conservatieve behandeling) brengt met zich mee dat blinding van patiënten, behandelaars en beoordelaars niet goed mogelijk is.</p>

## 2. Zoekstrategie & selectie van geschikte studies

Gekozen is om een brede literatuursearch uit te zetten, en de literatuursearch niet te beperken tot alleen de artroscopische behandelingen die bij de in geschil zijnde interventie werden toegepast. Dit omdat een dergelijke beperking nauwelijks literatuur bleek op te leveren en omdat de afwijzing door de zorgverzekeraar in het geschil 'artroscopische behandelingen van het MTP1 gewricht' in zijn algemeenheid betrof.

### **Zoektermen**

Het CVZ heeft in juli 2011 een literatuur search verricht met de zoektermen:

("Metatarsophalangeal Joint"[Mesh] OR "Toe Joint / surgery"[Mesh] OR "Tarsal Joints/surgery"[Mesh] OR "Forefoot, Human/surgery"[Mesh])  
AND ("Arthroscopy" OR arthroscop\*[tiab])  
NOT (animal NOT humans)

De exacte zoekstrategie is weergegeven in document volgnummer 2011070407.

### **Databases & websites**

De literatuur search is doorgevoerd in Medline, EMBASE, en de Cochrane Library voor de periode tot juli 2011.

De websites van de volgende organisaties zijn gescreend betreffende uitgebrachte standpunten omtrent artroscopie van de grote teen / voorvoet:

AETNA, CIGNA, FDA, G-BA, Gezondheidsraad, Regence Group, KCE, NICE, en de HTA-database (CRD).

De websites van de volgende organisaties zijn gescreend betreffende richtlijnen voor artroscopie van de grote teen / voorvoet: CBO, richtlijnen op artsennet.nl en kwaliteitskoepel.nl, National Guideline Clearinghouse (NGC), TRIP database, NICE.

### **Selectiecriteria**

In- en exclusie van de gevonden literatuur gebeurde op basis van abstracts. Indien artikelen niet op basis van de abstract konden worden geëxcludeerd zijn de gehele artikelen bekeken.

De volgende in-en exclusie criteria zijn gebruikt bij de selectie van artikelen:

- Volwassen patiënten met klachten/symptomen voorvoet/MTP1
- artroscopie voorvoet/MTP1
- RCT's, vergelijkende studies
- voldoende follow-up termijn
- Artikelen in de Engelse, Nederlandse, Duitse, Franse taal

Exclusiecriteria:

- artroscopie proximale deel voet (enkel, achtervoet waaronder subtalair gewricht)
- MTP1 klachten ten gevolge van systemische aandoeningen zoals reumatoïde artritis en jicht.

## 3. Resultaten

### **3.a. Resultaten literatuursearch**

Uit de literatuur search kwamen 13 publicaties over artroscopie van de voorvoet c.q. teen: 2 clinical trials (Bojanic 2011<sup>10</sup> en Davies 1999<sup>11</sup>), 4 'overige studies' en 7 reviews. Deze werden opgevraagd voor nadere bestudering. De ruim 50 andere publicaties die uit de literatuursearch kwamen werden geëxcludeerd, omdat deze artroscopische behandelingen van het subtalair gewricht betroffen, respectievelijk studies naar specifieke behandelingen (artrodese van verschillende gewrichten, sesamoidectomie) en specifieke diagnoses (jicht, ziekte van Freiberg, ganglion).

De geselecteerde clinical trials zijn weergegeven in tabel 1.

Er werden geen richtlijnen en standpunten gevonden over artroscopische behandelingen van de voorvoet c.q. het MTP1 gewricht.

#### **Lopende studies**

Via Clinical Trials werd gezocht naar lopende studies. Er is één prospectieve vergelijkende studie naar artroscopische versus open chirurgische behandeling van hallux rigidus aangemeld, dit onderzoek blijkt echter voor de start van de studie te zijn ingetrokken ([clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00284362](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00284362)).

### **3.b. Kwaliteit en beoordeling van de geselecteerde studies**

Er zijn geen vergelijkende studies gevonden naar artroscopische versus open behandeling van het MTP1 gewricht.

De gevonden studies zijn case series met een hoog *risk of bias*, waaronder selectiebias.

De grotere case series (Siclari 2009<sup>12</sup>, 49 patiënten, en Lui 2008<sup>13</sup>, 107 patiënten) betreffen patiënten met als primaire diagnose hallux valgus; in deze studies zijn naast c.q. in plaats van artroscopische behandeling van het MTP1 gewricht ook andere interventies toegepast.

De case series die meer van toepassing zijn op de in geschil zijnde behandeling bestaan uit kleine patiëntenaantallen en hebben een heterogeen indicatiegebied, ook zijn er verschillen in de toegepaste artroscopische behandelingen, zowel tussen als binnen studies.

Verder blijkt de follow-up duur wisselend en zijn lost-to-follow-up patiënten niet nader beschreven.

Aangezien in het geschil naar enkele van deze case series is verwezen, zijn de case series ondanks onvoldoende methodologische kwaliteit in dit rapport ter bespreking opgenomen.

De kenmerken en resultaten van deze studies zijn weergegeven in Tabel 1.

### **3.c. Effectiviteit**

#### **Uitkomstmaten**

Van de relevante uitkomstmaten was met name 'pijn' in de studies bestudeerd.

Uitkomstmaten als functie / lopen werden in de studies niet beschreven.

Van de 246 beschreven voeten (214 patiënten) bleek dat artroscopische behandeling van het MTP1 gewricht zonder andere interventies bij alleen 96 voeten was uitgevoerd. In de twee grotere case series (Siclari 2009<sup>12</sup> en Lui 2008<sup>13</sup>) was de primaire diagnose hallux valgus en werden naast c.q. in plaats van artroscopische behandeling van het MTP1 gewricht ook andere interventies uitgevoerd (zie tabel 1).

#### **Effect**

Uit de studies blijkt dat na artroscopische behandeling van het MTP1 gewricht verschillende patiënten verbetering hadden van de pijnklachten (79 van 96 voeten). Deze verbetering trad niet op bij alle patiënten. Zo bleek bij de studie van Davies (1999)<sup>11</sup> dat bij drie (van 11) patiënten alsnog artrotomie (open chirurgie) nodig was. In de studie van van Dijk (1998)<sup>14</sup> was er een goed tot excellent resultaat bij 3 van 4 patiënten met osteochondritis dissecans en 8 van 12 patiënten met dorsaal impingement, omgekeerd had een kwart respectievelijk een derde van de patiënten niet dit resultaat.

Gezien het ontbreken van controlegroepen, de kleine patiëntengroepen, de hoge *risk of bias*, waaronder selectiebias, het feit dat het open studies zijn met een subjectieve uitkomstmaat (pijn), en de heterogeniteit van gestelde diagnoses en toegepaste artroscopische behandelingen kan geen definitieve uitspraak gedaan worden over de effectiviteit van de respectievelijke artroscopische behandelingen van het MTP1 gewricht.

#### **Complicaties**

Een complicatie die in twee studies gerapporteerd is, is (voorbijgaande) verminderde sensibiliteit van de huid. Davies (1999)<sup>11</sup> geeft aan dat in 3 gevallen (van 12) alsnog artrotomie noodzakelijk was: bij één patiënt ten gevolge van falen van het instrumentarium, bij een andere patiënt om

synovectomie te voltooien, en in een geval omdat met artroscopie niet alle pathologie kon worden uitgesloten. Debnath (2006)<sup>15</sup> meldt dat een patiënt met grote chondrale defecten pijn hield waarvoor na een jaar gewrichtsvervangning volgde.

Ferkel (2001)<sup>16</sup> beschrijft in zijn review complicaties van voet- en enkelartroscopie, waaronder complicaties ten gevolge van de tractie<sup>d</sup>; neurovasculair letsel (door de locatie van artroscoop of instrumenten of door de tourniquet); breuk van instrumenten (welke voor artroscopie van voet en enkel fijner en kwetsbaarder zijn dan het bij knieartroscopie gebruikte instrumentarium) en kraakbeenbeschadiging (welke volgens hem de meest ondergerapporteerde complicatie is van artroscopie in ieder gewricht). De door Ferkel genoemde data betreffen met name enkelartroscopie<sup>e</sup>; exacte cijfers of percentages van complicaties bij MTP1 artroscopie zijn blijkens zijn review nog niet gepubliceerd.

***Ervaring, leercurve*** Daarnaast blijkt uit verschillende studies dat bij artroscopische behandelingen van het MTP1 gewricht een grondige kennis bij de behandelaar van de locale anatomie, een leercurve en ervaring van belang zijn.

### ***3.d. Standpunten en richtlijnen***

Op de geraadpleegde websites zijn geen standpunten of richtlijnen gevonden met betrekking tot aandoeningen en artroscopische behandelingen van het MTP1 gewricht.

---

<sup>d</sup> Tractie aan de grote teen, dit om ruimte te creëren in het MTP1 gewricht voor de artroscoop en de voor behandeling benodigde andere instrumenten.

<sup>e</sup> De auteur vond een complicatie percentage bij enkelartroscopie van 9%.

**Tabel 1 Overzicht geselecteerde studies**

Voor alle studies geldt dat er een hoge risk of bias is (zie hoofdtekst).

1e auteur, Jaar van publicatie	Type onderzoek, follow-up duur	Aantal patiënten	Interventie en vergelijkende behandeling	Indicatie	Relevante uitkomstmaten	Resultaten
Bojanic 2011 (ref 10)	Case studie F-u: 1 jr	N=2 (3 voeten) Jongvolw ptn	Arthroscopie MTP1 mbv 2,7 mm artroscoop (onder manuele tractie grote teen) met excisie / verwijdering gedeeltelijk losgeraakte deel, debridement defect, microfracturing; niet-belasten ged. 4 weken, beperken sport ged. 6-8 maanden.	Osteochondritis dissecans MTP1	Pijn, mobiliteit MTP1 gewricht	Beide ptn (3 vtn) pijnvrij verbetering mobiliteit MTP1 1 jr
Davies 1999 (ref 11)	Case serie F-u: 6-62 mnd	N=11 (12 vtn) Leeftijd 15-58 jr	Arthroscopie MTP1 mbv 1,9 mm artroscoop (onder tractie van ong. 2,7 kg mbv <i>Chinese finger trap</i> ). Bevindingen/behandeling: synovitis waarvoor synovectomie al dan niet met debridement bij 8 ptn, waarvan bij 3 ook verwijdering los fragment en bij 1 curettage botcyste; osteochondritis dissecans (OCD) waarvoor debridement bij 3 ptn; OCD en synovitis en osteofyt waarvoor synovectomie en debridement en verwijdering osteofyt bij 1 pt.	Pijn, zwelling, stijfheid MTP1 bij ptn die 'te goed' waren voor arthrodesen / arthroplastiek. Zes ptn voorafgaand trauma, 5 ptn geen trauma in anamnese. Preoperatieve diagn: synovitis; chondrale laesie; osteochondritis dissecans; botcyste.	Niet genoemd	6 'Excellent'; 2 verbeteringen waarvan 1 nog lichte stijfheid; 3 'minimal pain'; 1 (bij w... osteofyt werd verwijderd) verbetering pijn met reststijfheid. <i>Complicaties</i> : 3 ptn bleek arthrodesen door probleem met instrumentarium, 1 ter uitsluiting andere pathologie ter voltooiing synovectomie ivm 'minor wound infect...
Siclari 2009 (ref 12)	Case serie f-u: 12-48 mnd	N=max 49 (max 59 vtn, zie interventie)	Primaire operatie : distale percutane osteotomie M1. Arthroscopische distale soft tissue release / adductorpees indien gewricht incongruent was. Niet genoemd bij hoeveel ptn daadwerkelijk arthroscopie verricht is.	Hallux valgus	HVA. IMA AOFAS score	Verbetering hallux valgus (zie ook commentaar)
Lui 2008 (ref 13)	Case serie, F-u niet expliciet per groep genoemd; mnd tot jrn.	N= 107 (121 vtn) Leeftijd 13-90 jr	Arthroscopie MTP1 (tractie aan grote teen volgens auteurs niet nodig) ter evaluatie. Bij groep met pijn bunion (23 vtn plus 68 vtn) endoscopische distale weke delen procedures. Bij ptn met pijn MTP1 (30 vtn) arthroscopie, bij synovitis (niet genoemd hoeveel): synovectomie.	Hallux valgus; Groep 1: 30 vtn (n=27) met pijn MTP1; groep 2: 23 vtn met pijn MTP1 en bunion; groep 3: 68 vtn met alleen pijn bunion	Vergelijk. artroscop. bevindingen MTP1 en sesamoid met klin. en radiol.	Pijn MTP1 was gerelateerd aan synovitis en kraakbeen laesies in MTP1 compartiment en niet met veranderingen in metatarso-sesamoidaal o... Ook correlatie tussen hallux valgus hoek en MTP1 kraakbeenlaesies. Geen correlatie tussen synovitis en HVA. I groep 1 bij 90% volledige (22 vtn) of duidelijke verbetering (5 vtn) van pijn na arthroscop. synovectomie

<sup>f</sup> Inclusief opmerkingen over beoordeling van kwaliteit van de studie met name bij niet vergelijkende studies.

<sup>g</sup> Zoals gedefinieerd in rapport "Beoordeling stand van wetenschap en praktijk" (volgnr. 27071300):

A1: systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau;  
A2: gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en voldoende omvang (RCT);

B : vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken van A2;

C : niet-vergelijkend onderzoek;

D : mening van deskundigen.

Deze classificering is van toepassing op therapeutische interventies. Ongeacht het niveau moet het bewijs peer reviewed gepubliceerd zijn.



Te auteur, Jaar van publicatie	Type onderzoek, follow-up duur	Aantal patiënten	Interventie en vergelijkende behandeling	Indicatie	Relevante uitkomstmaten	Resultaten
Debnath 2006 (ref 15)	Case serie f-u: 12-36 mnd	N=20 (25 vtn) Leeftijd 16-56 jr	Arthroscopie MTP1 mbv 2,3 mm artroscoop (met manuele tractie aan grote teen). Behandeling afhankelijk van diagnose: volgens tekst: bij osteochondrale laesies: debridement, en microfracture mbv 1mm Kirschner draad; bij meniscoïde laesies (synoviale hypertrofie): excisie en thermocoagulatie. Volgens data in tabel: bij osteoarthritis (in tekst aangeduid met degeneratieve gewrichtsaandoeningen): debridement, synovectomie en evt resectie osteofyten; zo nodig excisie 'meniscoid lesie', release lateraal sesambeentje; bij chondraal defect en/of chondrale trauma (injury): synovectomie en/of chondrale abrasie; bij pijnlijke hallux zonder radiologische veranderingen: synovectomie; bij jicht: debridement, synovectomie en excisie tofus.	Pijn, niet verbeterd na 6 mnd conservatieve ther. Degeneratieve aand. al dan niet met osteofyten (12 vtn); proliferatieve synovitis (6); osteochondrale defecten (3); losse fragmenten; onverklaarde MTP1-pijn (4); intra-articulair fractuur (1); chondromalacie; artrofibrose; jicht (1);	Pijn; AOFAS	Pijnvrij: 19 van 20 ptn (25 vtn). Goede functionele uitkomst bij jicht en fractuur. AOFAS range van 15-75 preoperatief naar 75-100 follow-up. Diagnostische bevinding aansluitend behandeling anders onverklaarde pijn ('meniscoid' en andere impingement laesies). Na aanvankelijk pijnvrij, ptn (4 vtn) met degeneratieve aandoening na 2 jr alsno gewrichtsprothese. Complic: voorbijgaande paraesthesie bij 2 ptn; 1 ptn grote chondr. defecten h pijn ondanks synovector debridement van defect waarvoor na 1 jr gewrichtsvervanging.
Van Dijk 1998 (ref 14)	Case serie f-u: 20-32 mnd	N=24 (25 vtn) van wie 17 sporters. Lft 16-61 jr	Arthroscopie MTP mbv 2,7 mm artroscoop, (met manuele distractie). Behandeling afhankelijk van diagnose: bij alle ptn met dorsal impingement syndr. en bij hallux rigidus: verwijderen osteofyten; bij osteochondritis dissecans: curettage en debridement van het defect en verwijdering losse fragmenten; bij pathologie sesambeentjes: verwijdering (bij 2 ptn laterale sesamoid, bij 3 ptn mediale sesamoid); bij bacteriële artritis: drainage.	Dorsaal impingement syndroom hallux (12 ptn); hallux rigidus (5 ptn) ; sesamoiditis (5 ptn); osteochondritis dissecans (OCD 4 ptn); bacteriële artritis (1 pt).		Goed tot excellent resultaat 8 van 12 met dorsaal impingement bij 3 van 4 met OCD; bij 2 van 5 met hallux rigidus en 3 van 5 sesamoidectomie. Complic: (voorbijgaande anaesthesie zijkant hallux ptn. Bij pt met bacteriële aanvankelijk succesvolle drainage, later pijn en destructie gewricht waar artrodese nodig.
Bartlett 1988 (ref 1)	Casus f-u 1 jr	N=1, 14 jr	Arthroscopie MTP1 mbv 1,7 mm artroscoop en 2,9 mm resector en boor; distractie dmv teenklem ( <i>Chinese finger trap</i> ). Debridement; voorzichtige abrasie oppervlakte van het blootliggende bot.	Osteochondritis dissecans		Bevinding artroscoopie: kraakbeendefect zonder fragmentatie. Verbetering artroscoopie en behandeling f-u na 1 jr asymptomatisch sport hervat.

## 4. Bespreking

In de gevonden studies was bij 96 voeten (van 246 beschreven voeten, 214 patiënten) artroscopische behandeling van het MTP1 gewricht uitgevoerd zonder andere interventies.<sup>h</sup>

Bij het merendeel van de beschreven casus (79 van 96 voeten) was er een gunstig beloop na artroscopische behandeling van het MTP1 gewricht. Desondanks blijkt uit de beschreven case series niet dat bij patiënten met MTP1-gewrichtsklachten artroscopische behandeling van het MTP1 gewricht een gunstiger beloop geeft dan wanneer deze behandeling niet wordt uitgevoerd, omdat vergelijkende studies ontbreken. Uit de gepubliceerde studies kan dan ook niet geconcludeerd worden dat de effectiviteit van artroscopische behandeling van het MTP1 gewricht voldoende is aangetoond.

Naast het ontbreken van vergelijkende studies blijkt er uit de gepubliceerde case series een groot *risk of bias* zoals selectiebias. Ook is er een groot *risk of bias* doordat het open studies zijn, met bovendien een subjectieve uitkomstmaat (pijn).

Verder is er heterogeniteit binnen zowel de onderzochte patiëntengroepen als in de diagnoses en artroscopische behandelingen. Verder hebben de gepubliceerde studies andere methodologische tekortkomingen zoals een niet eenduidige follow-up binnen de studies en het ontbreken van correctie voor loss-to-follow-up.

Op grond van de beschikbare literatuur kan dan ook niet geconcludeerd worden dat voldoende is aangetoond dat artroscopische behandelingen van het MTP1-gewricht voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in de Zvw.

---

<sup>h</sup> In de twee grotere case series van Lui (2008) en Siclari (2009) bleek artroscopie ook in combinatie met andere interventies te zijn uitgevoerd. Bij alle patiënten uit deze twee studies was sprake van hallux valgus als primaire diagnose.

## 5. Inhoudelijke consultatie

### **Reactie NOV**

Het conceptrapport, *Achtergrondrapportage beoordeling stand van de wetenschap en praktijk artroskopische behandelingen MTP1 gewricht*, is voor inhoudelijke consultatie voorgelegd aan de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV).

De NOV geeft bij brief d.d. 8 augustus 2011 aan geen inhoudelijke bijdrage aan de huidige beoordelingsprocedure te willen leveren. De NOV heeft in het afgelopen jaar meerdere verzoeken om inhoudelijke consultatie ontvangen en het is de NOV daarbij opgevallen dat het CVZ bijna altijd relatief nieuwe en nog weinig uitgekristalliseerde technieken onder de loep neemt. Omdat dit soort technieken zich vaak nog in de praktijk moeten bewijzen is het wetenschappelijk bewijs van de waarde uit de aard der zaak dun. Daarmee zijn deze technieken echter niet op voorhand zonder betekenis.

De wijze van beoordelen door het CVZ leidt volgens de NOV tot een verstarring van de zorg waarin voor vooruitgang geen ruimte is. De NOV pleit dan ook voor het toestaan van nieuwe technieken die de moeite waard zijn, binnen een gecontroleerde en wetenschappelijke setting, waardoor de waarde van technieken en methoden grondig bestudeerd kan worden.

### **Reactie CVZ**

Veelal is de aanleiding voor het onder de loep nemen door het CVZ van een nieuwe behandeling, zoals ook in dit geval, een concreet geschil over de vergoeding van de betreffende behandeling tussen een verzekerde en diens zorgverzekeraar. Op grond van artikel 114 van de Zorgverzekeringswet is het CVZ verplicht om hierin een advies uit te brengen. Het CVZ is hierbij gebonden aan het wettelijke kader dat door de overheid is vastgesteld. Eén van de vereisten is dat de behandeling moet voldoen aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Behandelingen die nog onvoldoende uitgekristalliseerd zijn c.q. waarvoor nog onvoldoende bewijs bestaat voor effectiviteit blijven – op grond van dit vereiste – buiten de basisverzekering. De Zorgverzekeringswet biedt op dit moment geen ruimte voor een andere conclusie.

Het CVZ is met de NOV van mening dat het van belang is dat verantwoorde (innovatieve) zorg tijdig beschikbaar komt voor verzekerden. Al eerder, in 2009 en in 2010, heeft het CVZ bij de Minister van VWS gepleit voor het kunnen inzetten van het instrument van voorwaardelijke financiering. In Pakketadvies 2011 heeft het CVZ hiervoor voorstellen aan de Minister gedaan.<sup>i</sup>

---

<sup>i</sup> Zie onder meer paragraaf 2.d van het Pakketadvies 2011, [http://cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst\\_content/nl/documenten/rapporten/2011/rpt1104-pakketadvies-2011.pdf](http://cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2011/rpt1104-pakketadvies-2011.pdf)

## **6. Standpunt stand van wetenschap & praktijk**

Op grond van de beschikbare literatuur kan niet worden geconcludeerd dat voldoende is aangetoond dat artroscopische behandelingen van het MTP1-gewricht voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in de Zvw.

## 7. Literatuurlijst

---

- <sup>1</sup> Bartlett DH. Arthroscopic management of osteochondritis dissecans of the first metatarsal head. *Arthroscopy* 1988; 4: 51-4.
- <sup>2</sup> Carreira DS. Arthroscopy of the hallux. *Foot Ankle Clin* 2009; 14: 105-14.
- <sup>3</sup> Shonka TE. Metatarsal phalangeal joint arthroscopy. *J Foot Surg* 1991; 30: 26-8.
- <sup>4</sup> Davies MS and Saxby TS. Arthroscopy of the hallux metatarsophalangeal joint. *Foot Ankle Clin* 2000; 5: 715-24.
- <sup>5</sup> Frey C. Surgical advancements: arthroscopic alternatives to open procedures: great toe, subtalar joint, Haglund's deformity, and tendoscopy. *Foot Ankle Clin* 2009; 14: 313-39.
- <sup>6</sup> Lui TH. Arthroscopic release of first metatarsophalangeal arthrofibrosis. *Arthroscopy* 2006; 22: 906-4.
- <sup>7</sup> Gorter KJ, Louwerens JWK. Voetklachten. *Huisarts Wet* 2003;46(4):207-11.
- <sup>8</sup> Garrow AP, Silman AJ, Macfarlane GJ. The Cheshire Foot Pain and Disability Survey: a population survey assessing prevalence and associations. *Pain*. 2004 Jul;110(1-2):378-84.
- <sup>9</sup> Hill CL, Gill TK, Menz HB, Taylor AW. Prevalence and correlates of foot pain in a population-based study: the North West Adelaide health study. *J Foot Ankle Res*. 2008 Jul 28;1(1):2
- <sup>10</sup> Bojanic I, Smoljanovic T, Kubat O. Osteochondritis Dissecans of the First Metatarsophalangeal Joint: Arthroscopy and Microfracture Technique. *J Foot Ankle Surg* 2011; aheadofprint: May 31.
- <sup>11</sup> Davies MS and Saxby TS. Arthroscopy of the first metatarsophalangeal joint. *J Bone Joint Surg Br* 1999; 81: 203-6.
- <sup>12</sup> Siclari A and Decantis V. Arthroscopic lateral release and percutaneous distal osteotomy for hallux valgus: a preliminary report. *Foot Ankle Int* 2009; 30: 675-9.
- <sup>13</sup> Lui TH. First metatarsophalangeal joint arthroscopy in patients with hallux valgus. *Arthroscopy* 2008; 24: 1122-9.
- <sup>14</sup> van Dijk CN, Veenstra KM, Nuesch BC. Arthroscopic surgery of the metatarsophalangeal first joint. *Arthroscopy* 1998; 14: 851-5.
- <sup>15</sup> Debnath UK, Hemmady MV, Hariharan K. Indications for and technique of first metatarsophalangeal joint arthroscopy. *Foot Ankle Int* 2006; 27: 1049-54.
- <sup>16</sup> Ferkel RD, Small HN, Gittins JE. Complications in foot and ankle arthroscopy. *Clin Orthop Relat Res* 2001; 89-104.