

Verlag invitational conference richtlijn ganglion

Datum: dinsdag 14 september 2021

Tijd: 18:00 – 20.00 uur

5 **Plaats:** via Zoom

10 **Aanwezig:** NVvH (werkgroeplid), NOV (2x, werkgroeplid), NHG (werkgroeplid), Nederlandse Vereniging voor Handchirurgie, NVAB, KNGF, Nederlandse Vereniging voor Handtherapie, adviesraad Handtherapie, Ergotherapie Nederland, Patiëntenfederatie Nederland, ZKN (niet aanwezig, maar heeft nog wel schriftelijk input gegeven), adviseurs Kennisinstituut (2x)

15 **1) Opening en kennismaking**

De voorzitter opent de vergadering en heet iedereen welkom. Alle aanwezigen stellen zich kort voor.

20 **2) Toelichting doel bijeenkomst en proces richtlijnontwikkeling**

De adviseur van het Kennisinstituut geeft een toelichting op het doel van de bijeenkomst en geeft een toelichting hoe het gehele proces van de richtlijnontwikkeling er uit ziet aan de hand van de presentatie. Het doel van deze bijeenkomst is het horen van veldpartijen omtrent ervaring knelpunten in de zorg rondom ganglion en aandachtspunten en suggesties voor de te ontwikkelen richtlijn.

25 **3) Impact probleem ganglion**

De voorzitter geeft een korte toelichting op de impact van ganglion aan de hand van de presentatie. Ook geeft hij aan dat het onderwerp ganglion eerder is opgepakt, maar destijds niet succesvol is afgerond. Er is daarom een nieuw project gestart en er zijn nu meer experts bij betrokken en er komt ook aandacht voor het arbeidsaspect.

30 **4) Concept afbakening en inhoudelijke hoofdlijnen richtlijn ‘Ganglion’**

35 In het conceptraamwerk dat vooraf is rondgestuurd stond de conceptafbakening en de inhoudelijke hoofdlijnen. Dit licht de voorzitter toe en start de discussie.

40 *Een deelnemer geeft aan dat hij blij is dat er gekozen wordt voor dorsale en volaire polsganglion, mooie afbakening. Hij vraagt of het gaat om alle leeftijden of alleen om volwassenen en stelt voor om het alleen bij volwassenen te houden. De voorzitter vraagt de rest van de aanwezigen om daarop te reageren. Een van de werkgroepleden kan zich daarin vinden, alleen meisjes van 15/16 jaar met een ganglion moeten ook worden meegenomen.*

45 *Dan denk ik ook weer aan etiologie. Bij die meiden is het vaak carpale instabiliteit en overbelasting. Maar dan wordt het lastig waar je het afkappunt legt. Het is wel nuttig om adolescenten en tieners mee te nemen. De voorzitter vraagt of je goed onderscheid maken tussen het congenitale verhaal en het verworven verhaal? Deelnemer geeft aan dat dit onderscheid goed te maken is.*

Conclusie: in de afbakeningen adolescenten, tieners en volwassenen meenemen. Anders vallen tienermeiden buiten de boot.

5 Tweede punt van de deelnemer: Mijn volgende opmerking komt voort uit vorige poging tot richtlijn te komen. Wat is nu het vertrekpunt van de richtlijn, t.o.v. de vorige keer? Blij dat het NHG er nu bij zit. Eerst was vertrekpunt dat er in de tweede lijn zorg geboden gaat worden, dus dat het een tweede lijn richtlijn wordt, want er is al een NHG standaard. Voorzitter: dit is iets wat zich altijd voordoet bij richtlijnen. Het startpunt is heel vaak de huisartsenpraktijk. Dus: het is niet altijd mogelijk om hier een echte richting aan te geven.

10 De NHG standaard en deze moeten goed op elkaar aansluiten, daar zal ze extra aandacht voor hebben omdat zij ook bij de ontwikkeling van de NHG standaard betrokken was.

15 Derde punt van de deelnemer: Het liefst zie ik dat de naam ganglion verdwijnt. Is een hele rare naam (ganglion = zenuwknoop van neuronen buiten CZS). Verkeerde, typisch Nederlandse term. Had eigenlijk synoviale hernia genoemd moeten worden. Voorzitter geeft aan dat dit een goed punt is om bij de inleiding van de richtlijn te gebruiken. Kan behandelaars ook verder helpen in het begrip van de aandoening.

20 Vraag van werkgroeplid aan de werkgroep: moeten we ganglia opdelen in symptomatisch, niet symptomatisch, esthetisch vervelend gevonden ganglion en een per toeval gevonden ganglion (via MRI bijv.). Wat je ermee doet hangt namelijk af van het type ganglion wat je hebt. Dorsaal of volair maakt dan niet meer uit, maar wel of het in een van die categorieën valt. Hoe denken jullie daarover?

25 Een deelnemer kan zich in de eerste twee categorieën vinden, maar 3 en 4 ziet hij als behorende bij die eerste twee categorieën. Werkgroeplid: maar ik zou 'esthetisch' wel benoemend, asymptomatische misschien niet.

30 Terecht punt, maar ik denk dat het bij de afbakening thuishoort (waar ga je het over hebben). Meeste literatuur over symptomatische ganglion, dus dat moet je wel in de gaten houden.

35 Er is sowieso weinig literatuur wat echt bruikbaar was voor de NHG standaard.

Daar is geen onderscheid gemaakt tussen verschillende types. Punt is misschien iets wat je pas bij praktische aanbevelingen wil doen, of in de overwegingen, dus niet al in de knelpunten.

40 Te veel uitgaan van de literatuur heeft als nadeel dat je te veel opschuift naar het wél wat doen, terwijl je eigenlijk vaker niks moet doen in geval van ganglion.

Conclusie: Goed punt om op te delen in symptomatisch en asymptomatische ganglia, maar niet bij voorbaat vanuit gaan in de knelpunten omdat er te weinig evidence is. Bij de search van de NHG standaard is dit ook niet gedaan, daar is wel een 'getrapt beleid' gevolgd in de aanbevelingen. Pijn was daarin een belangrijke uitkomstmaat.

45

5) Rondvraag knelpunten

De vijf al geformuleerde uitgangsvragen worden langsgelopen. Er is budget voor 5 modules en er staan nu 6 vragen. Welke 5 zijn het belangrijkste om mee te nemen?

5 *In de knelpuntenanalyse wordt chirurgische behandeling en nabehandeling aangehaald, maar ze zou ervoor pleiten om ook conservatief beleid aan te houden: het gaat vaak vanzelf over. Er kan wel veel getemperd worden, waardoor het mes er minder snel in gaat. Dus genoeg instructie en advies inzetten waardoor er makkelijker voor conservatief beleid gekozen worden. Dat valt onder conservatieve benadering. Daar hoort ook advies bij. Naast advisering denk ik ook aan verstrekking van een spalk. Polsspalk kan heel helpend zijn om een ganglion te laten slinken. Bepaalde oefeningen ook nog.*

10 *Dan blijkt operatie soms ook niet nodig. Een andere deelnemer is het daar ook mee eens. We zien heel veel dat je preoperatief en conservatief gaat starten en dat een operatief uiteindelijk helemaal niet meer nodig is. Vaak op basis van kijken naar onderliggende pathologie.*

15 Er wordt gediscussieerd over het onderwerp ‘preventie’: dit komt terug in verschillende modules. De beste plek moet nog worden bepaald.

20 *Deelnemer: Conservatief beleid is niet een afwachtend/expectatief beleid. Niet-chirurgische behandeling is een conservatief beleid. Preventief beleid hoort bij de patiënten waar de therapeuten het net over hebben. Wat is de plaats voor niet-operatieve behandeling (dus bij punt 6 preventie). Wat is de plaats van expectatief beleid zou dan de andere vraag worden, dus bij punt 2 (i.p.v. conservatief beleid).*

25 *“Ga je preventie van een recidief voorkomen?” Zou een betere vraag zijn bij 6. De vraag is ook of je bij preventie naar mensen kijkt die nog nooit een ganglion hebben gehad, of naar patiënten die al wel geschiedenis hebben van ganglion? Binnen een therapie is eigenlijk altijd een onderdeel preventie. Preventie is dus altijd onderdeel van de behandeling. Wat haar betreft past preventie prima bij 2, omdat het gewoon een vast onderdeel is. Daarnaast heb je dan inderdaad het expectatieve, wat inderdaad anders van therapeutisch of conservatief beleid.*

30 *Voorzitter vraagt hoe dit bij de NHG standaard is gegaan.*

35 *Wat is er bekend over lopende prognose, deels op controlegroepen uit andere PICO’s gericht waarbij met name gezocht is op aspiratie vs. niet doen, chirurgie vs. niet doen. Niet een PICO geformuleerd op expectatief beleid, maar helemaal eens dat conservatief of niet-chirurgisch aspiratie moeten zijn of therapeutische behandeling. NHG standaard heeft geen aandacht besteed aan preventie. Preventie zit eigenlijk zowel in nabehandeling als in niet-operatieve behandelstuk. Als je geen ganglion hebt of onderliggende lijden, ga je geen actief beleid voeren om dit te voorkomen. Preventie hoort dus inderdaad bij meerdere vragen, namelijk 2 en 5.*

40 *Uitgangsvraag rondom het voorkomen van ganglia nog beter afbakenen: gaat het om het voorkomen van het ontstaan van ganglion of het voorkomen van een recidief?*

45 **Conclusie: er zijn verschillende opties:**

- Preventie (vraag 6) onderbrengen onder module 2 en 5. Dan hebben we 5 modules. Wel goed kijken naar formulering.

- Vragen 5 en 6 samen te voegen. Conservatief beleid: maak onderscheid tussen expectatief beleid en niet-chirurgische behandeling maken.

De werkgroep zal de beste plaats daarvoor bepalen.

Punten die gemist worden in het huidige conceptraamwerk:

- 5 *Ik mis nog hoe er gemonitord wordt. Hoe wordt er gemonitord en hoe schat je in wanneer wat gedaan wordt. ICHOM standaard hand en pols set met alle meetvragenlijsten waar wereldwijd een standaard voor is gekomen. Deze moet hier ook zet in meegenomen worden. Is nu wereldwijde consensus over. Is niet nodig, is wereldwijde Delphi gedaan, is dus niet nodig om daar een literatuursearch naar te doen.*
- 10 *Ja, wel gebruiken in onderdelen van de knelpunten. Meenemen in organisatie van zorg module.
Met meer inbedden van niet operatieve behandeling kunnen we ook zorgkosten besparen. Scheelt misschien ook nog.*
- 15 *Organisatie van zorg staat er nu niet bij. Dit is inderdaad niet opgenomen in het raamwerk nu. Andere aanwezigen geven ook aan dat dit een relevant onderwerp is. We gaan kijken of het mogelijk is om een module over de organisatie van zorg toe te voegen bij deze richtlijn.*
- 20 *Kan je ook meenemen hoe lang je expectatief beleid doet voordat je overgaat op conservatief of operatief beleid? Hoe lang heeft het zin om die eerste twee soorten beleid te doen? Kan dat meegenomen worden in de search? Goed punt, 40% verdwijnt in een jaar,*
- 25 *Formulering chirurgische behandeling: wat is de plaats van open chirurgische behandeling: valt arthroscopie daar ook onder? Britse literatuur vindt dat de gouden standaard. Dit is echter anders dan een open chirurgische behandeling. Zorgen dat je alle chirurgische behandelingen meekrijgt.
Het woordje “open” tussen haakjes zetten, dat lost het op. Je wil de scopiën ook meekrijgen namelijk. Scopisch vs. open moet geadresseerd worden.*
- 30
- 35 *Module over aspiratie/injectie: zou je injecties in het algemeen kunnen aanhalen, dus ook hyaluronzuur-injecties? MK: het was een gierend knelpunt bij de vorige versie (hij is er zelf overigens geen voorstander van). NHG standaard zegt: aspiratie geeft geen betere resultaten dan expectatief beleid, cortico's hebben ook geen toegevoegde waarde.*

Conclusie: werkgroep gaat deze punten waar mogelijk meenemen in het raamwerk.

40

6) Vervolgafspraken

Er wordt een beknopt verslag gemaakt en de aangepaste versie van het raamwerk wordt aan alle aanwezigen rondgestuurd. Hierop kan men nog reageren en/of aanvullen indien gewenst.

45

Daarna gaat werkgroep aan de slag met de ontwikkeling. Over ongeveer 2 jaar wordt geconceptrichtlijn gestuurd aan alle partijen tijdens de commentaarfase. Dan is er mogelijkheid om daar op te reageren.

7) Rondvraag en sluiting

De voorzitter bedankt alle aanwezigen voor hun tijd en waardevolle bijdrage.

Er wordt gevraagd of de NVAB onderdeel is van de werkgroep. Dit is niet het geval. Er wordt gepleit om de NVAB wel aan te laten sluiten bij de werkgroep. De

5 vraag over arbeid kan je niet uitzetten zonder dat iemand vanuit de arbeidsgeneeskundige kant daarbij betrokken is. We zullen de NVAB hiervoor benaderen.