

Høringssvar National klinisk retningslinje for meniskpatologi i knæet

1. Martin Lind, overlæge, professor – (referencegruppen)
2. Dansk Radiologisk Selskab
3. Danske Regioner
4. Dansk Selskab for Artroskopi og Sportstraumatologi (SAKS)
5. Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)
6. Dansk Selskab for Fysioterapi
7. Danske Fysioterapeuter
8. Dansk Idrætsmedicinsk Selskab (DIMS)
9. HovedOrtoCentret Rigshospitalet
10. Danske Regioner (Region Syddanmark) – ekstra svar

Peer Review

- Peter Faunø, Overlæge
Institut for Klinisk Medicin, Afdelingen for Ortopædkirurgi
Aarhus Universitet
- Stefan Lohmander, Professor cand.med, ph.d.
Syddansk Universitet/Lunds Universitet

NKR menisk hørings respons

Side 16: 2.6 her skrives at UL er god til at frikende for menisk patologi men dårlig til at finde patologi. Dette må være forkert eller også viser den anvendte litteratur modsigende konklusioner. UL kan som tydeligere nævnt i NKR ikke se hele menisken og vil derfor ikke kunne se mere centrale menisk forandringer. Derfor kan UL umuligt være god til frikende for menisk patologi.

Side 19: 3.2 og 3.7. Det anbefales at klinisk mistanke om menisklæsion (ledlinje smerter) ikke videre udredes med MR scanning. Dette er generelt imod vanlig praksis hvor klinisk mistanke om menisklæsion typisk fører til billeddiagnostisk udredning med MR scanning for at verificere menisklæsions mistanken og undersøge om symptomer og kliniske fund e.v.t. skyldes anden patologi end menisklæsion (bruskskade, synovial patologi eller andet). Det lyder i overvejelserne som om at man anbefaler at ledlinje smerter kun skal udredes klinisk med mindre der er klinisk mistanke om patologi som skal behandles kirurgisk (displaceret menisk læsion). Den aktuelle praksis med hyppig MR udredning af knæsmarter har til formål at sikre korrekt diagnostik og ikke at anvende denne mere sikre diagnostik til at anbefale kirurgiske behandlingstiltag. En MR verificering af menisklæsion medfører ikke mere indikation for kirurgisk behandling af menisklæsion end en klinisk mistanke. Tværtimod. Ved fortsatte symptomer på en kun klinisk udredt menisklæsion vil der typisk være end øget tendens til at anvende diagnostik artroskopisk kirurgi som kunne undværes hvis man MR scanner i stedet. Da den diagnostiske sikkerhed for menisklæsion er væsentligt lavere ved klinisk undersøgelse end ved MR bør det være acceptabelt at optimere knæsmerte udredning med MR scanning.

Side 28. 5.2. Disse anbefalinger er de vigtigste for hele denne NKR. Derfor er det uheldigt at der er en uklarhed i nedenstående anbefaling.

Det er god praksis, at patienter med smertefulde mekaniske symptomer, der mistænkes at stamme fra indeklemt ledpatologi herunder meniskpatologi, vurderes med henblik på eventuel artroskopisk behandling.

Hvad menes med **vurderes** m.h.p. eventuel artroskopisk behandling. ? At man bør udrede med MR scanning for at se meniskskadetyper eller skrives op til artroskopisk diagnostik og samtidig kirurgisk behandling. ?

Side 30. 6.4. Her er en sproglig fejl. Der skrives
"Ikke-traumatisk opståede smerter i knæ og ledlinje giver anledning til smerter i knæet, og flere faktorer kan være medvirkende".
Der skrives fejlagtigt at smerter giver anledning til smerter. Dette skal omformuleres.

Side 40. 8.2. Der anbefales både superviseret genoptræning og ingen genoptræning efter menisk resektionskirurgi.
Overvej at tilbyde superviseret genoptræning frem for hjemmetræning eller ingen træning til patienter, der har fået foretaget meniskresektion

Dette er forvirrende. Med 2 modsat rettede anbefalinger bør der i praktiske råd angives hvilke patienttyper der skal lave de to efterbehandlings typer.

Side 45. 9.5. Der er en fejlfortolkning af resultaterne fra artikel 85. Hvor der skrives.

Der blev hos de patienter, der fik refikseret deres menisk ud fra IKCD og Albak-klassifikation fundet bedre outcomes med bedre patient tilfredshed og funktion og mindre artroseudvikling
Da dette ikke giver mening har jeg gennemlæst artiklen. Den den rigtige tolkning af artiklens resultater er: Patienter med svigt af menisk sutur havde lavere knæfunktion vurderet ud fra IKDC score og mere slidgigt udvikling vurderet ud fra Ahlback artrose score efter 1-10 års opfølgning.

Martin Lind Overlæge. Professor (referencegruppen)

Fra: formand@drs.dk [mailto:formand@drs.dk]

Sendt: 11. februar 2016 16:16

Til: SST NKR Sekretariat

Emne: Fwd: Sv: National klinisk retningslinje for meniskpatologi i knæet sendes i høring via Høringsportalen - høringsfrist er 17. februar 2016

Til rette vedkomne,

Vedrørende: National klinisk retningslinje for meniskpatologi i knæet sendes i høring via Høringsportalen - høringsfrist er 17. februar 2016

Vi har gennemset de fremsendte kliniske retningslinjer og har følgende kommentarer:

Paragraf, 4.3, der handler om pt. med akut aflåst knæ.

"Det er implicit, at anbefalingen indebærer, at patienten skal tilbydes udredning med MR- skanning eller artroskopi, når strækkedefekten har været i ca. 1 uge. Ved udredning med artroskopi bør der samtidig foretages artroskopisk behandling."

Med den formulering risikerer vi at også patienter med betydelig strækdefekt, der umuliggør anvendelse af den dedikeret knæspole, henvises til MR skanning. Ved betydelig strækdefekt kan vi kun anvende flexspole med forringet billedkvalitet, og dermed forringet diagnostik til følge, med stor risiko for undervurdering af skaderne.

vi savner retningslinier for primær sektoren med hensyn til hvad der forventes af dem med hensyn til udredning. Forudsætningen for at kunne følge retningslinierne er dybere kendskab til kliniske undersøgelser og behandlingsmulighederne, som efter vores mening findes hos ortopædkirurger i knæsektoren og ikke hos praktiserende læger, eller for den sags skyld hos unge ortopædkirurger i FAM, mm. Vi står allerede overfor eksplosion af henvisninger til MR af knæ med smerte ved medial ledlinie hos patienter med lette artrose tegn, som bliver svært at håndtere, når der anføres at pt har haft et traume. Når man spørger til traumaets karakter bliver svarene vage.

Med venlig hilsen
Kristina Rue Nielsen
Dansk Radiologisk Selskab



Høringssvar NKR - Nationale kliniske retningslinjer for meniskpatologi i knæet

Danske Regioner modtog den 28. januar 2016 høringsudkast til nationale kliniske retningslinjer for meniskpatologi i knæet.

Der er enighed om, at det er et meget flot arbejde der er lavet, og der er helt generelt opbakning til anbefalingerne. De ti fokuserede spørgsmål er dækkende for de væsentligste problemstillinger vedrørende diagnosticering, behandling og rehabilitering af patienter med meniskpatologi i knæet.

16-02-2016

Sag nr. 14/1360

Dokumentnr. 9519/16

Linea Ohm Søndergaard

Tel. 21152934

E-mail: LSR@regioner.dk

Side 10/86, 0.4 Emneafgrænsning

I afsnittet veksles der mellem begreberne intervention og behandling – For læsevenligheden og forståeligheden bør det være det samme, medmindre forfatterne har tillagt ordet betydning.

Side 19/86, 3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Vi undrer os over formuleringen af teksten ”Sådanne fund kan virke sygeliggørende og medføre en potentiel skadevirkning...” Vi er ikke uenige i at MR skanning ikke skal anvendes rutinemæssigt, men det bør ikke være på baggrund af, at det kan foranledige at patienten udtrykker ønske om operation. I det tilfælde handler det om information om skanningssvar og den kliniske betydning heraf samt samarbejde med patienten.

Side 25/86, 4.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Mangler kilde til sætningen ”Indeklemt meniskvæv kan medføre skader på ledbrusk og manglende funktion af meniskens ringstruktur kan øge risikoen for udvikling af artrose.”

Side 25/86, 4.2 samt side 40/86, 8.2

Anbefalingerne om at overveje at henvise til superviseret træning bygger på faglig konsensus og god praksis og afspejler den praksis, der i dag anvendes.

Side 40:8.2 Anbefaling

Overvej at tilbyde superviseret genoptræning frem for hjemmetræning eller ingen træning til patienter, der har fået foretaget meniskresektion.

Hvad har arbejdsgruppen tænkt her? Skal der tilbydes en GOP (genoptræningsplan) efter menisk kirurgi? Hvis ikke alle, hvem? Er det en kommunal opgave (GOP) eller er der tale om henvisning til praktiserende fysioterapi med en vis selvbetaling?

I det daglige arbejde med specielt degenerative knælidelser herunder degenerative menisklæsioner, tilbydes patienten af og til en blokade i knæet for at mindske hævelses tendens og smerter, som kan bedre mulighed for konservativ behandling som fysioterapi. Hvad tænker arbejdsgruppen om brugen af bloka-der? Kan det anbefales? Og Er gruppen opmærksom på bivirkninger ved kom-bination af f.eks. Marcain og steroid i forhold til brusk påvirkning?

Der efterspørges en anbefaling i forhold til ansvaret for patienten efter eventuel kirurgi er overstået eller hvis der behandles uden kirurgi.

Retningslinjen kan umiddelbart implementeres i den fysioterapeutiske arbejds-gang og giver ikke anledning til væsentlige organisatoriske, økonomiske eller implementeringsmæssige udfordringer.

Med venlig hilsen
Linea Ohm Søndergaard

Team for Kvalitet
Center for Sundhedspolitik, Økonomi og Socialpolitik (SØS)

T: 3529 8361
M: 2115 2934
E: LSR@regioner.dk

Danske Regioner
Dampfærgevej 22
2100 København Ø



Til Sundhedsstyrelsen

Hermed fremsendes høringssvar fra SAKS vedr. NKR meniskpatologi i knæet.

Der er fra SAKS side følgende kommentarer til ovenstående NKR. Kommentarerne er indkommet dels fra medlemmerne og dels fra medlemmerne af SAKS bestyrelse.

Generelt:

Meniskrodslæsioner bør indgå i NKR. De kan opstå pludseligt og være asymptomiske. Ubehandlet vil meniskrodslæsioner kunne føre til hurtigt progredierende artrose pga. menisk-ekstrusion. Der er biomekanisk evidens for at meniskrodsfiksation kan bedre trykdistribution på ledflader.

Det er suboptimalt ikke at nævne menisktransplantation i en NKR om meniskpatologi.

Side 16: punkt 2.6 Her skrives at UL er god til at frikende for menisk patologi men dårlig til at finde patologi. Dette må være forkert eller også viser den anvendte litteratur modsigende konklusioner. UL kan som tydeligere nævnt i NKR ikke se hele menisken og vil derfor ikke kunne se mere centrale menisk forandringer. Derfor kan UL umuligt være god til frikende for menisk patologi.

Side 19, Punkt 3.2

Anbefaling

Anvend ikke rutinemæssigt MR-skanning til diagnosticering af patienter med klinisk mistanke om menisklæsion, med mindre resultatet af MR-skanningen vil have betydning for det videre behandlingsforløb

Det anbefales at klinisk mistanke om menisklæsion (ledlinje smerter) ikke videre udredes med MR scanning. Dette står i kontrast til de argumenter og den litteratur som ligger til grund for denne anbefaling.

MR scanning er i NKR's litteraturgennemgang vist at have både god sensitivitet og specifitet til diagnostisk af menisklæsioner om end sensitivitet og specifitet for diagnostik af laterale menisk læsioner ikke er optimal.

MR scanning er således den bedste non-invasive diagnostiske modalitet af de gennemgængede metoder (klinisk undersøgelse, UL, MR).

I punkt 3.7 nævnes de væsentlige fordele og ulemper ved MR udredning:

- **Fordele**
- En MR-skanning kan give et maksimalt kvalificeret udgangspunkt for at tilrettelægge behandling. Fx kan artroskopi med henblik på meniskoperation oftest undlades, hvis MR-scanning ikke påviser menisklæsion.
- En MR-scanning, der viser en klar menisklæsion, men normal ledbrusk, kan støtte beslutningen om artroskopisk behandling. Brusk- og meniskskade kan have sammenfaldende klinik, og en MR-scanning, som påviser en bruskskade, kan støtte beslutning om kirurgisk eller ikke-kirurgisk behandling. Herved forøges muligheden for, at målrettet behandling iværksættes hurtigst muligt.
- **Ulemper**
- Da MR-skanning kan påvise klinisk irrelevante fund, dvs. vævsskader som ikke generer patienten, er der risiko for overdiagnosticering og potentielt overbehandling ved brug af MR-skanning i udredning af knæsmærter.

På trods af at man nævner de væsentlige fordele som MR scannings udredning har. Høj diagnostisk præcision, diagnostik af anden intraartikulær patologi, undgåelse af unødvendig diagnostiske artroskopiske indgreb, så vælges det alligevel at anbefales at MR scanning ikke anvendes rutinemæssigt.

Eneste påpegede ulempe er overdiagnosticering af asymptomatisk patologi som kunne lede til unødvendig kirurgi.

Det sidste argument er dog mindre relevant hvis den behandlende læge er bevist om anbefalede behandlinger for forskellige typer af knæpatologi. Der er ikke risiko kirurgisk overbehandling, hvert imod vil optimeret diagnostisk forhindre indgreb som laves på baggrund af forkert patologi mistanke og indgreb som laves med diagnostiske formål.

SAKS er derfor imod anbefaling om ikke at anvende MR scanning i menisk diagnostik.

Anbefalingen kunne ændres til: Anvend MR scanning til at sikre menisklæsions diagnose i tilfælde hvor klinisk diagnostik er usikker.

Side 25. pkt. 4.3: Meget vigtigt, at der bør kunne foretages artroskopisk behandling samtidig med artroskopisk diagnostik, da det i mange tilfælde af diagnostisk artroskopi i lokalbedøvelse med behov for menisksuturering bliver nødvendigt at sende patienten videre i systemet.

Dette bør understreges i praktiske råd i sætningen. Ved artroskopi bør der være mulighed for behandling af eventuelle menisklæsioner inklusive menisksutur.

Side 28. pkt. 5.2 og 5.3: Det er problematisk, at der skal tilbydes ikke-kirurgisk behandling ved traumatiske meniskskader hos alle over 15 år. Ansamling i knæ, alder under 40 år og påvirket erhvervs- eller idrætsniveau bør også indgå. I stedet for 6 ugers afventen foreslås i stedet: Hvis der ikke er klare tegn på bedring efter 14 dage, bør MR skanning foretages.

Side 28. Punkt 5.2. Disse anbefalinger er de vigtigste for hele denne NKR. Derfor er det uheldigt at der er en uklarhed i nedenstående anbefaling.

Det er god praksis, at patienter med smertefulde mekaniske symptomer, der mistænkes at stamme fra indeklemt ledpatologi herunder meniskpatologi, vurderes med henblik på eventuel artroskopisk behandling.

Hvad menes med **vurderes** m.h.p. eventuel artroskopisk behandling. ? At man bør udrede med MR scanning for at se meniskskadetyper eller skrives op til artroskopisk diagnostik og samtidig kirurgisk behandling.

Hvis der er tiltænkt vejledning til primærsektor kunne der formulere således: *Det er god praksis, at patienter med smertefulde mekaniske symptomer, der mistænkes at stamme fra indeklemt ledpatologi herunder meniskpatologi, vurderes "ved speciallæge" med henblik på eventuel artroskopisk behandling.*

Side 30. Punkt 6.4. Her er en sproglig fejl. Der skrives

"Ikke-traumatisk opståede smerter i knæ og ledlinje giver anledning til smerter i knæet, og flere faktorer kan være medvirkende".

Der skrives fejlagtigt at smerter giver anledning til smerter. Dette skal omformuleres.

Side 40. Punkt 8.2. Der anbefales både superviseret genoptræning og ingen genoptræning efter menisk resektionskirurgi.

Overvej at tilbyde superviseret genoptræning frem for hjemmetræning eller ingen træning til patienter, der har fået foretaget meniskresektion.

Dette er forvirrende. Med 2 modsat rettede anbefalinger bør der i praktiske råd angives hvilke patienttyper der skal lave de to efterbehandlings typer.

Side 45. Punkt 9.5. Der er en fejlfortolkning af resultaterne fra artikel 85. Hvor der skrives.

Der blev hos de patienter, der fik refikseret deres menisk ud fra IKCD og Albak-klassifikation fundet bedre outcomes med bedre patient tilfredshed og funktion og mindre artroseudvikling

Da dette ikke giver mening har jeg gennemlæst artiklen. Den rigtige tolkning af artiklens resultater er: Patienter med svigt af menisk sutur havde lavere knæfunktion vurderet ud fra IKDC score og mere slidgigt udvikling vurderet ud fra Ahlback artrose score efter 1-10 års opfølgning.

Dette bør rettes.

Bestyrelsen i SAKS

Dansk Selskab for Artroskopi og Sportstraumatologi.

Sundhedsstyrelsen
Sekretariatet for Nationale kliniske retningslinjer
Sygehuse og beredskab
Axel Heides Gade 1
2300 København S

17. februar 2016

Høringssvar vedr. national klinisk retningslinje for meniskpatologi i knæet

DSAM takker for muligheden for at kommentere udkastet til NKR for meniskpatologi i knæet.

DSAM har overordnet ingen bemærkninger til anbefalingerne og synes generelt, at det er en udmærket NKR. Dog har vi nedenstående kommentar:

Man vælger at skrive under centrale budskaber, at 'det er god praksis at være tilbageholdende med artroskopisk behandling af patienter med røntgenologisk påvist artrose' og under afsnit 5 at skrive, at 'Det er god praksis at være afventende med artroskopisk behandling af patienter med røntgenologisk påvist artrose'.

DSAM vil foreslå, at man fjerner sidste del af sætningerne, så der blot kommer til at stå: **Det er god praksis at være tilbageholdende hhv. afventende med artroskopisk behandling.**

Artroskopisk behandling er ressourcekrævende og potentielt med alvorlige bivirkninger sammenholdt med non-kirurgiske behandlinger som fx træning. Derfor bør man kun have en 'god praksis anbefaling' for en sådan behandling, hvis der er data, der understøtter, at det er en bedre behandling end alternativet.

Derfor mener vi, at budskabet generelt er, at man bør tilråde tilbageholdenhed/afventende med artroskopi – hvilket også er i overensstemmelse med det, man så længere nede skriver om praktiske råd og patientovervejelser (at man først overvejer artroskopi efter 4-6 uger).

Desuden giver denne NKR anledning til overvejelse om, i hvilket omfang der er behov for tilbud om videreuddannelse indenfor dette område.

Med venlig hilsen



Anders Beich
Formand, Dansk Selskab for Almen Medicin

Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø

T: 7070 7431
dsam@dsam.dk
www.dsam.dk

Høring: National klinisk retningslinje for behandling af meniskpatologi i knæet

Til: Sundhedsstyrelsen

Dansk Selskab for fysioterapi (DSF) har med interesse læst Sundhedsstyrelsens Nationale kliniske retningslinje for behandling af meniskpatologi i knæet. DSF takker for muligheden for at afgive høringssvar og kvitterer for et systematisk arbejde.

DSF har i nærværende brev samlet et høringssvar med input fra:

- Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi (DSMF)
- Dansk Selskab for Mekanisk Diagnostik og Terapi (DSMDT)
- Dansk Selskab for Sportsfysioterapi (DSSF)
- Dansk Selskab for Smerte og Fysioterapi (SMOF)
- Dansk Selskab for Akupunktur i Fysioterapi (DSA)

De to førstnævnte selskaber, DSFM og DSMDT, har afgivet konkrete høringssvar, der er vedhæftet dette svar. Vi håber arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringssvarene anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen af den Nationale Kliniske Retningslinje. Såfremt der er opklarende spørgsmål eller yderligere behov, er vi naturligvis behjælpelige.

Overordnede bemærkninger

Dansk Selskab for Fysioterapi kvitterer for en NKR, der bl.a. identificerer og tydeliggør potentialer for fremadrettede forskningsområder og ydermere understreger et behov for nuancering af behandlingsvalg ved ikke-kirurgisk behandling af meniskpatologi.

Dansk Selskab for Fysioterapi savner de praktiserende lægers rolle i denne NKR, idet de praktiserende læger er patientens indgang til hele sundhedsvæsenet og er henvisende til både fysioterapeutisk træning og ortopædkirurgisk vurdering. Vi finder det beklageligt, at repræsentanten fra de praktiserende læger ikke deltog i arbejdsgruppens møder.

Dansk Selskab for Fysioterapi bemærker, at arbejdsgruppen har udvalgt nogle konkrete og meget relevante PICO-spørgsmål. Dog kan det undre os, at der ikke er et PICO-spørgsmål, der vedrører genoptræning efter meniskreinsertion, men kun meniskresektion (PICO 5). Dette ville have været en naturlig opfølgning på PICO 6.

Dansk Selskab for Fysioterapi mener, at anbefalingerne i PICO 3 og 4 (Svag anbefaling for ikke-kirurgisk behandling) i stedet burde være en stærk anbefaling for ikke-kirurgisk behandling. Dette er baseret på, at der er en betragtelig mængde af RCT-studier, der finder

effekt af ikke-kirurgisk behandling. Dette er opsummeret i et systematisk review af Thorlund et al (ref. 66 i høringsudkastet).

Formuleringen "mekaniske symptomer" kunne med fordel have været defineret nærmere. Der skelnes mellem det akut aflåste knæ og "mekaniske symptomer" i forhold til indikationen for kirurgisk behandling fremfor ikke-kirurgisk behandling. Dog er der tale om en flydende grænse, hvilket bekymrer Dansk Selskab for Fysioterapi, idet formålet med denne NKR var at skabe større afklaring omkring hvilke patienter vil være bedst tjent med kirurgisk/ikke-kirurgisk behandling.

Vedrørende målemetoder

Dokumentation og effektmonitorering af fysioterapeutisk og rehabiliterende praksis står højt på selskabets dagsorden. Dansk Selskab for Fysioterapi bifalder systematisk anvendelse af relevante resultatindikatorer og måleredskaber og bidrager gerne i en kvalificering af dette, som denne NKR foreslår.

Vedrørende implementering

Dansk Selskab for Fysioterapi imødekommer anbefalingerne omkring implementering af NKR for meniskpatologi i knæet. Vi ser frem til at bidrage i de kommende initiativer.

Patient og praksis inddragelse

Dansk Selskab for Fysioterapi konstaterer, at denne NKR for meniskpatologi i knæet i meget begrænset omfang behandler patientperspektiv og patientinddragelse, med undtagelse af arbejdsgruppens empiriske antagelser. Vi mener det bør fremstå tydeligere, at patientens funktionsevne i hverdag, arbejde og fritid er vigtig. Vi ønsker således, at henlede opmærksomhed på en opprioritering af dette område.

P.v.a. Dansk Selskab for Fysioterapi

Med venlig hilsen

Annette Fisker

Faglig konsulent

Dansk Selskab for Fysioterapi

Holmbladsgade 70

2300 København S

Tel: +45 33414612

E-mail: kontakt@dsfys.dk

www.dankselskabforfysioterapi.dk





Til rette vedkommende hos Danske Selskab for Fysioterapi

DSMF er blevet bedt om at kommentere på NKR om "menisk patologi", som er udarbejdet af en arbejdsgruppen under sundhedsstyrelsen.

Det umiddelbare indtryk ved gennemlæsning af dokumentet er, at arbejdsgruppens udkast er et gennemarbejdet produkt, som er let læseligt samt overskueligt at implementere til klinisk praksis. Samlet har denne NKR, trods den begrænsede forekomst af høj kvalitet studier, opnået relevante og troværdige anbefalinger. De NKR fremstår således som et relevant og vigtigt kvalitetssikrings værktøj, som kan guide sundhedspersonel ved udredning og håndtering af denne patientgruppe og således facilitere og understøtte kompetente beslutningsprocesser.

DSMF har følgende kommentarer til høringsversionen.

1 Kliniske tests i forbindelse med udredning af menisklæsion

Er der lavet studier, der vurderer værdien af anamnestiske udsagn som supplement i forhold til diagnostik af meniskpatologi? I så fald ville det give mening at inkludere det i en klinisk retningslinje.

Angående patientgruppen med meniskpatologi og påvist artrose i knæet: I en klinisk situation kan det i nogle tilfælde være svært at skelne en patient med meniskpatologi i knæet *og* artrose fra en patient med meniskpatologi i knæet *uden* artrose. Radiologisk verificeret artrose vil være forudgået af 10- 15 års pågående degeneration i knæet uden mulighed for at erkende degenerationen radiologisk. Således kan der være funktionelle tegn på artrose (stivhed/funktionsnedsættelse) uden radiologiske tegn på artrose (randosteofytter og afsmalnet ledspalte)

4 Artroskopi versus superviseret træning i forbindelse med akut aflåst knæ (stk. 4.3 og 4.7:)

Angående superviseret træning til patienter med aflåsning uden meniskpatologi: superviseret træning kan ved aflåsningstilfælde have effekter på/ sigte mod både ledbevægeligheden, evnen til muskelrekruttering, proprioception og gradvis integration af knæet i dagligdags opgaver. Således er den superviserede træning rettet mod både kropsfunktion, aktivitet og deltagelse. Hvorvidt træningen kan sigte mod både kropsfunktion, aktivitet og deltagelse, afhænger af både eventuelle restriktioner, smerte, motivation hos patienten og motivation hos terapeuten.

8 Genoptræning efter meniskresektion

stk 8.3: For anbefalingen til træning, vil det vil være gavnligt med en stærkere formulering af end "at man ved fordel kan inddrage et element af muskelstyrke i træningen". Hvis der i ordret "med fordel" henviser til mangelfuld evidens for styrketræning ved meniskpatologi, kan det beskrives at styrketræning inkluderes i genoptræningen alene af den grund, at muskelstyrken falder allerede efter én uges immobilisering efter meniskresektion. De fleste patienter kan derfor have brug for fokuseret indsats for at genvinde så optimal muskelstyrke som muligt.

På vegne af DSMF, venligst

Jeppe Thue Andersen, Line Thomassen & Henrik Christoffersen

Evt; kontaktoplysning

Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi

www.muskuloskeletal.dk

10. februar 2016

Kommentarer fra Dansk Selskab for Mekanisk Diagnostik og Terapi til: NKR menisk patologi i knæet (Høringsudkast)

Det bør fremgå mere tydeligt at traumatiske skader blot er opstået ved en specifik lejlighed og ikke tager stilling til traumets størrelse. Her kunne man evt. inddrage den opdeling som er beskrevet af Thorlund et al. 2013 BMJ Knee Arthroscopy Cohort Southern Denmark, som bedre svarer til det patienterne beskriver:

- a) Slowly evolved over time (degenerative)
- b) Specific incident - kneeling/twisting (trauma?)
- c) Violent incident (trauma)

Pkt 5.5. Læsionstypen er formentlig af større betydning end om den er opstået traumatisk eller ej. Det er tidligere beskrevet at bucket-handle læsioner adskiller sig væsentligt fra andre læsionstyper (Arthritis Rheum. 2003 Aug;48(8):2178-87.)

Der mangler en definition af hvornår en læsion er udisloceret ved MR skanning, da det er ganske få skanninger, som vil påvise dette.

Overordnet bør det være mere klart at patienter med en stabil menisk læsion ikke som udgangspunkt bør tilbydes artroskopi.

Som et led i den fysioterapeutiske intervention for patienter der behandles ikke-kirurgisk, er det god praksis at overveje "anden behandling, herunder ikke farmakologisk smertelindring" (se NKR Knæ artrose 3.1.4)

Det er god praksis at tilbyde patienter efter meniskresektion opfølgende kontrolundersøgelse 2-4 uger postoperativt med henblik på individuel vurdering af genoptræningsbehov. Særligt for patienter der er truet på erhvervsevne, lavt aktivitetsniveau, uforholdsmæssigt mange smerter eller behov for indgående vejledning/information.

Der er ikke taget stilling til antallet af reoperationer i forhold til anbefalingen om menisk reinsertion vs. resektion i forhold til risikofaktorer som alder, køn og BMI.

En del bemærkninger i parentes er ikke oversat eks. s. 28 pkt. 5.1. (Catching, locking, clicking) Ved bemærkninger om lav evidens på grund af manglende blinding ved sammenligning af kirurgisk vs. Ikkekirurgisk behandling bør det samtidig gøres klart at dette ikke er muligt.

Knæ artrose kan diagnosticeres uden røntgen: EULAR (knæ smerter, morgenstivhed, nedsat funktion, krepitation, nedsat bevægelighed og knoglefortykkelse). Da 99% af disse patienter også har radiologiske forandringer, så spørgsmålet er hvilket formål stående røntgenoptagelse har. Undersøgelsen kan ikke alene af-/bekræfte artrose (se pkt. 10.3.)

Idrætsfys / Carsten Mølgaard



Sundhedsstyrelsen, Evidens, Uddannelse og Beredskab
Att: NKR sekretariatet

Høringssvar vedr. national klinisk retningslinje for meniskpatologi i knæet

Danske Fysioterapeuter har med interesse læst udkast til National klinisk retningslinje for meniskpatologi i knæet. For uddybende faglige bemærkninger henviser vi til høringssvaret fra Dansk Selskab for Fysioterapi.

Indledningsvis vil vi gerne kvittere for det relevante emnevalg. Der er brug for at gøre op med variationen i behandling af meniskpatologi, som i høj grad er bestemt af den enkelte kirurgs præferencer. Samtidig vil vi gerne kvittere for de gentagne henvisninger til ikke-kirurgisk behandling som første valg ved artroseforandringer i knæet, som er indskrevet i nærværende retningslinje.

Dog finder vi ikke, at retningslinjen i tilstrækkelig grad lever op til formålet om faglig vejledning og til at sikre ensartet faglig kvalitet. Det gælder særligt spørgsmålene om ikke-kirurgisk behandling, hvor anbefalingerne alene opnår svageste styrkevurdering. Det sker med henvisning til nedgradering af evidens for ikke-kirurgisk behandling, men også, i vores optik, på grund en vægtningen af den faglige konsensus i arbejdsgruppen til fordel for den kirurgiske behandling. Som konsekvens vil valg af relevant behandling forsat bero på vaner og præferencer hos den enkelte henvisende læge eller kirurg.

Ydermere er vi forundrede over, at princippet om laveste effektive omkostningsniveau (LEON) ikke er vægtet i forhold til vurderingen af kirurgisk hhv. ikke-kirurgisk behandling. Særligt når der ikke er påviselige skadelige effekter af ikke-kirurgisk behandling som fx i spørgsmål 5. Det giver anledning til refleksion over, hvorfor retningslinjen ikke anbefaler ikke-kirurgisk behandling som første valg. Superviseret træning er omkostningseffektivt og risikofrit sammenlignet med artroskopi. Vi finder det utilstrækkeligt, at arbejdsgruppen konkluderer, at "*brug af træning bør have en tiltagende anvendelse*", jf. arbejdsgruppens overvejelser i spørgsmål 8.

Vi har desuden bemærkninger til implementeringsafsnittet. Vi ser, at retningslinjen har organisatoriske implikationer ud over at være faglig vejledning for sundhedspersoner. Sundhedsaftalerne er relevante at fremhæve, da der i 4

Dato:
17. februar 2016

E-mail:
sf@fysio.dk

Tlf. direkte:
+45 3341 4659



ud af 5 sundhedsaftaler fra 2015 er indskrevet, at "træning før kniv" skal implementeres på relevante områder. Behandling af meniskpatologi er et oplagt område ligesom fx ikke-kirurgisk behandling af knæartrose. Vi mener, at de organisatoriske implikationer bør foldes ud implementeringsafsnittet for at konkretisere det regionale og kommunale ansvar på området.

Monitorering er et område, som skal styrkes. Især i lyset af den aktuelle rapport fra KORA om den forskellige praksis på landets sygehuse i forhold til, hvor ofte en patient henvises til genoptræning. Selvsamme problematik er fremhævet som baggrund for valg af emne for retningslinjen. Derfor er det beklageligt, at muligheden for at monitorere antallet af menisk-operationer er begrænset. Med henvisning til LEON-princippet er der brug for at følge udviklingen i henholdsvis kirurgisk og ikke-kirurgisk behandling.

Endelig vil vi knytte en kommentar til afsnittet om opdatering og yderligere forskning. Denne retningslinje tydeliggør behovet for at prioritere midler til forskning i muskel- og ledsygdomme. Forskning, som vil imødekomme kravet om evidens for ikke-kirurgisk behandling som alternativ til kirurgi. Og, ikke mindst, effekterne af superviseret træning i forhold til egen træning i det post-operative forløb.

Vi står naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af vores høringssvar.

Med venlig hilsen

Karen Langvad
Faglig chef

Høring om NKR menisk

Først og fremmest finder DIMS at, der er udført en stort og utrolig vigtigt stykke arbejde, som her ganske betydende konsekvens for den daglige praksis.

Vi har gennemgået materialet, og har et par kommentarer, som måske ikke alle er relevante, og som vi er klar over at der langt fra altid er evidens til at udtale sig om.

Vedrørende afsnit 5.x

5.3: 4-6 uger Skal føre til ny vurdering om MR eller artroskopi

(Kommentar: det virker urealistisk at en traumatisk meniskskade skulle være helet efter allerede 4-6 uger, og beslutning om artroskopi 4 uger efter, vil i praksis betyde at stort set alle patienter i denne gruppe skal opereres)

(kommentar: Forventes MR at give flere oplysninger om menisklæsionen? Eller er det for at udelukke anden patologi?)

5.7:

(kommentar: træning er mange vidt forskellige ting, og åbner for adskillige behandlingstiltag, som ikke nødvendigvis er hensigtsmæssig)

Vedrørende afsnit 6.x

6.4 artroskopi eller konservativ

(kommentar: finder det ikke defineret i afsnittet 6.x, om artroskopisk behandling kan komme på tale, og i så fald med hvilken tidshorisont)

(kommentar: træning er mange vidt forskellige ting, og åbner for adskillige behandlingstiltag, som ikke nødvendigvis er hensigtsmæssig)

Vedrørende afsnit 7.x

7.3

(kommentar: her er nævnt 3 måneder med manglende effekt, kan føre til artroskopi. Er det samme anbefaling til afsnit 6.x (eneste forskel er en MR skanning med tvivlsom værdi, for menisk alene)

7.8

(kommentar: tidshorisonten på 3 måneder i afsnit 7.3, er ikke nævnt i 7.8)

(kommentar: træning er mange vidt forskellige ting, og åbner for adskillige behandlingstiltag, som ikke nødvendigvis er hensigtsmæssig)

Generelt

Er der nogle anbefalinger vedrørende alder.

Der er her tale om voksne, men fra andre områder har helingen af væv, vist sig at være afhængig af alder.

Vil der derfor være forskel på suturering af menisk, hos en ung kontra en ældre.

Ligeledes kunne andre områder være influeret af alder:

MR svar hos en ung kontra en gammel

Trænings typer

Venligst

DIMS

Dansk Idræts Medicinsk Selskab

(Formand: Tommy Frisgaard Øhlenschlæger)

VS: Hørringssvar klinisk retningslinje for meniskpatologi i knæet - Meddelelse (HTML)

Filer Meddelelse Indsæt Indstillinger Formater tekst Gennemse Adobe PDF

Klip Kopier Sæt ind Formatpencil Udklipsholder

Verdana 8 A A

F B I ab A Grundlæggende tekst

Adressekartotek Kontroller navne Navne

Vedhæft fil Vedhæft element Inkluder

Signatur Vælg sag

Send og gem Vedhæft dokument Sag

Send

Fra: NKRsekretariat@sst.dk

Til...

Cc...

Bcc...

Emne: VS: Hørringssvar klinisk retningslinje for meniskpatologi i knæet

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

Fra: Line Holm Knudstrup [mailto:Line.Holm.Knudstrup@regionh.dk]
Sendt: 20. februar 2016 12:58
Til: SST NKR Sekretariat
Emne: Hørringssvar klinisk retningslinje for meniskpatologi i knæet

Kære

Vi har haft denne kliniske retningslinje i hørring hos vores medlemmer via FSOS og Dasys på facebook og der er ikke kommet kommentarer. Bestyrelsen i FSOS har ej heller kommentarer.

Med venlig hilsen

Line Holm Knudstrup

Afdelingssygeplejerske
Afd. 3161/2
~~HovedOrtoCentret~~
Direkte: 3545 8796

Mail: line.holm.knudstrup@regionh.dk

Rigshospitalet
~~HovedOrtoCentret~~
Afsnit 3161
Blegdamsvej 9
2100 København Ø
Tlf.: 3545 3545

Web: www.rigshospitalet.dk

Klik på et foto for at se opdateringer til sociale netværk og e-mail-meddelelser fra denne person.

Opret forbindelse til sociale netværk for at få vist profilfotos og aktivitetsopdateringer af dine kolleger i Outlook. Klik her for at tilføje netværk.

Windows taskbar icons: Internet Explorer, File Explorer, Outlook, Google Chrome, Microsoft Edge, Firefox

SV: Danske Regioners høringssvar vedr. nationale kliniske retningslinjer vedr. NKR for meniskpatologi i knæet - Meddelelse (HTML)

FilerMeddelelseInds etIndstillingerFormater tekstGennemseAdobe PDF

Klip

Sæt ind

Formatp nsel

Udklipsholder

Calibri11

A⁺

A⁻

...

...

...

...

B

I

U

...

...

...

...

...

...

Adressekartotek

Kontroller navne

Vedhæft fil

Vedhæft element

Signatur

Vælg sag

Send og gem

Vedhæft dokument

Opfølgning

Høj prioritet

Lav prioritet

Zoom

Zoom

Send

FraNKRSekretariat@sst.dk

TilTrine Malling Lungskov <Trine.Malling.Lungskov@rsyd.dk>

Cc

Bcc

EmneSV: Danske Regioners høringssvar vedr. nationale kliniske retningslinjer vedr. NKR for meniskpatologi i knæet

1234567891011121314151617181920212223242526272829303132

Fra: Trine Malling Lungskov [mailto:Trine.Malling.Lungskov@rsyd.dk]
Sendt: 22. februar 2016 08:34
Til: SST NKR Sekretariat; Tina Birch
Cc: Lsr@regioner.dk
Emne: VS: Danske Regioners høringssvar vedr. nationale kliniske retningslinjer vedr. NKR for meniskpatologi i knæet

K re Tina,


Jeg har efter høringsfristens udløb modtaget endnu et høringssvar fra det ortop edkirurgiske specialeråd i Region Syddanmark. Selv om høringsfristen er overskredet, tillader jeg mig alligevel at fremsende følgende oplysning, da det kan være med til at kvalificere retningslinjen:

Der er anført i afsnit 9, at der ikke eksisterer litteratur til besv relse af spørgsmålet om fiksation af menisk er bedre behandling end resektion, men blandt specialister er der fremkommet, at der rent faktisk findes litteratur, som understøtter langtidresultater er bedre efter meniskfiksation (Paxton et al 2011, Arthroscopy), og som vi mener bør medtages.

Venlig hilsen

Trine Malling Lungskov
AC-fuldmægtig
Sundhedsområdet, Planlægning og Udvikling


E-mail: Trine.Malling.Lungskov@rsyd.dk
Direkte: 76631790
Mobil: 29201790



Region Syddanmark
Regionshuset
Damhaven 12, 7100 Vejle
Hovednummer: 76631000
www.rsyd.dk

Klik på et foto for at se opdateringer til sociale netværk og e-mail-meddelelser fra denne person.

Opret forbindelse til sociale netværk for at få vist profilfotos og aktivitetsopdateringer af dine kolleger i Outlook. Klik her for at tilføje netværk.



DA 10:15 22-02-2016

Århus 13.2.2016

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Peer review af

NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR MENISKPATOLOGI I KNÆET

af

Peter Faunø
Overlæge
Idrætssklinikken
Århus Universitets Hospital
Tage Hansens Gade 2
8000 Århus C
Mail: petefaun@rm.dk

Tak for henvendelsen fra Sundhedsstyrelsen om at reviewe høringsversionen af NKR for meniskpatologi i knæet.

Jeg er bedt om at vurdere manuskriptets relevans, styrke og svagheder samt i hvilken grad retningsliniens anbefalinger understøttes af evidens. Derudover eventuelt komme med forslag til ændringer. Endeligt skal retningslinien AGREE II vurderes.

Manuskriptet er delt op i

A: Centrale budskaber

B: Indledning

C: Svar på 9 fokuserede spørgsmål (hvor er 7. fokuserede spørgsmål blevet af?)

D: Referenceliste

E: Bilagsliste

Generelt handler flere af spørgsmålene om artroskopiske behandling overfor den ikke kirurgiske behandling. Ved omhandling af den ikke-kirurgiske behandling er der ikke skelnet mellem ex fysioterapi, blokade, analgetika. De fleste af de studier der refereres til har nemlig indbyrdes en meget forskellig "kontrolgruppe". Dette forhold er næsten ikke berørt i teksten..

A: Centrale budskaber. Der indledes med pointere essensen af retningslinien. Det er en god ide, da det formentlig er det eneste mange læser.

- B: Indledning. Her redegøres der for formålet med retningslinien og patientgruppen defineres. Man har valgt ikke at inkludere patienter med meniskrodsavulsjoner. Det forekommer mig forkert, da det er en gruppe der ofte bliver overset og stedmoderligt behandlet. Den kunne være nævnt i gruppen med knæsmarter efter traume. Her kunne man advokere for at kirurgen, ved MR tegn på en sådan skade, enten skulle forberede sig på at lave refixation af skaden eller henvise til en afdeling der behersker teknikken.
- C: 2 Ultralydsskanning i forbindelse med udredning af menisklæsion.
Under dette afsnit bør man nævne at meniskcyster der som regel er associeret til en egentlig menisklæsion, er meget tilgængelig for Ultralydsskanning.. Dermed kunne denne undersøgelse være tilstrækkeligt til at stille operationsindikationen.

3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser: Man fraråder MR-skanning af frygt for at få et forklaringsproblem over for patienten hvis skanningen viser en formentlig ikke-klinisk betydende meniskskade. Jeg er enig i at hvis symptomniveauet er så lavt at en evt operation på forhånd er udelukket, så er en MR skanning ikke nødvendig. Men er det ikke lægens opgave at forklare patienten om risiko og forventet behandlingseffekt af en evt operation på baggrund af de diagnostika der er anvendt?

3.9 tabel Evidensprofil

undertabel (MR hele knæet) der mangler tekst i 4. Række 1. Kolonne

undertabel (MR mediale menisk) der mangler tekst i 2. og 4. Række 1. Kolonne

undertabel (MR laterale menisk) mangler tekst i 2. og 3. Række 1. Kolonne.

4.3 aflåst knæ:

5 Overskriften: "Ikke-kirurgisk behandling versus artroskopi, når der ikke er primær strækkedefekt." kunne med fordel ændres til "Ikke-kirurgisk behandling versus artroskopi efter traumatisk opstået knæsmarter" da det aflåste knæ er beskrevet i afsnit 4. Det vil lægge sig mere naturligt da det ikke.traumatiske opståede ledlinieømheder er beskrevet i afsnit 6.

6.7 Arbejdsgruppens overvejelser:

tabel: række 1 kolonne 2: Der kan være risiko for at knæets strukturer skades yderligere, hvis ikke behandling igangsættes! Det er vist meget teoretisk. Hvordan kan f.ex fysioterapi eller blokade bremse en evt mekanisk forværring i knæet.? Bør man ikke holde sig til at nævne de kendte komplikationer til artroskopi, og nævne at den ikke-kirurgiske behandling kan være symptomlindrende.

7. anbefaling er primært ikke-kirurgisk behandling. Under praktiske råd 7.3 foreslår man dog at hvis ikke der kommer effekt af den konservative behandling efter 3 mdr eller før ved forværring kan man overveje artroskopisk behandling.

7.1 Fokuseret spørgsmål 8, skal rettes til spørgsmål 7

7.7 tabel. Der mangler tekst ved andre overvejelser i 4. Række anden kolonne.

8 Det er et vigtigt spørgsmål, da der ikke er konsensus og i øvrigt lav evidens for træning.

8.1 fokuseret spørgsmål 9, skal rettes til 8

8.3 praktiske råd ... sammen med vigtighed af træning mhp styrke og stabilitet efter operation, bør man også nævne vigtigheden af vægttab hos patienter med høj BMI, da overvægtige udgør en stor del af knæsmerte-patienter.

8.8 næstsidste linie: trykfejl "patienten patienter"

9 Det er korrekt nævnt at kirurgens beslutning om evt refixation tages intraoperativt. Derfor vil det være naturligt at nævne enten under 9.3 praktiske råd og/eller i tabel 9.7 under patientpræferancer at i alle præoperative patientsamtaler bør kirurgen vende muligheden for menisksutur og dennes konsekvens for det postoperative forløb.

9.1 fokuseret spørgsmål 10, skal rettes til 9

10

10.1 fokuseret spørgsmål 11, skal rettes til 10

Lund, February 15, 2015

Stefan Lohmander
Professor emeritus, cand med, PhD
Lunds Universitet, Sverige

Peer review af national klinisk retningslinje for meniskpatologi i knæet

Background

Pain and other symptoms from the knee are very common in the general population, increase with age, and lead to frequent health-care consultations and a considerable disease burden. Causes of symptoms are multi-faceted, and include knee injury at work or leisure but most commonly osteoarthritis. Osteoarthritis is associated with pain and impairment, and with structural changes (degeneration) of joint tissues such as cartilage, meniscus and bone. Treatment of joint symptoms includes non-surgical and surgical modalities, ranging from structured exercise programs through analgesics and aids to surgery; the latter often by arthroscopy or for severe symptoms joint replacement.

Arthroscopic surgery is the most common orthopaedic procedure. In Denmark and other countries, 75% of patients treated with arthroscopic surgery are older than 35. Among those younger than 35, a joint trauma is often the cause of a tear of e.g. meniscus or ligament with associated symptoms. Among those older than 35, incidental age-related degenerative lesions of the joint are very common and dominate over age 50, often in the absence of a clear history of trauma.

In a population based study (Framingham) of people aged over 50 and without radiographic signs of osteoarthritis, the prevalence of a meniscal tear on MRI examination was 32% among those with knee pain, aching, or stiffness on most days and 23% among those without these symptoms. Sixtyone percent of the subjects who had meniscal tears in their knees had not had any pain, aching, or stiffness during the previous month (Englund et al. 2008). In the same study population, the prevalence of 'any joint abnormality' on MRI examination was 89%, with osteophytes, cartilage damage, meniscal lesions and other features of joint pathology (Guermazi et al. 2012). The authors concluded that "Changes indicative of osteoarthritis are commonly present in the knees of most people aged 50 and over who have no radiographic evidence of osteoarthritis" and "MRI detected findings of osteoarthritis are common in people with and without knee pain, suggesting that the clinical significance of MRI findings in such knees is not clear".

We can conclude from these and other recent studies that the presence of structural joint pathology *per se* is not an appropriate basis for treatment decision in the middle-aged or older person: the concurrent presence of joint symptoms and joint pathology does not necessarily mean that symptoms are caused by the observed pathology, and treatment of that pathology

will not necessarily provide benefit for the patient. It is in this context important to make a distinction between the trauma-associated meniscal lesion in the young normal joint, and the presence of degenerative meniscus lesions in the knee of the middle-aged or older person which is very frequently associated with other joint changes, also in the absence radiographic changes. As noted, the clinical significance of specific MRI findings of the meniscus in such knees is not clear.

Manuskriptets styrker, vaesentigste svagheder og mangler, forslag til aendringer

There is considerable variation in the clinical management of patients with knee symptoms, in particular the middle-aged and older with knee pain in the absence of a major trauma and without plain radiographic signs of osteoarthritis. The development of national clinical guidelines with the aim to improve and decrease variation in care of this large patient group represents an important undertaking and the expert group is to be congratulated for their work. Several important recommendations are being made.

In the following I will review the underlying rationale for the NKR, the composition of the expert group in the perspective of the intended target users of the NKR, and each of the PIRO and PICO recommendations. For each section, I will comment on strengths and weaknesses, and suggest changes where appropriate.

Underlying rationale and terminology for NKR

The NKR is termed "NKR for meniskpatologi i knæet". I challenge the 'mechanistic' view underlying this terminology. We treat patients and their problems. In relation to the problem at hand here, and as summarized both above and in the NKR, "meniskpatologi" in the most relevant middle-aged and older population is almost as common in those without problems as in those with knee problems. The focus of the NKR should be on treating the patient's symptoms, not on treating pathology that may not be the cause of these symptoms. I suggest this NKR be reworded to indicate patient group and symptoms, rather than tissue pathology.

Intended target audience and users, composition of work group

The expressly stated target audience is both primary care and secondary care, non-specialist and specialist. It is also stated that patients may find recommendations useful. The NKR shall contribute to an evidence based diagnosis, treatment and rehabilitation across all parts of the healthcare system.

Three out of four patients currently treated with arthroscopic surgery are older than 35 and frequently first seek primary care for their knee problem. Primary care, non-specialist, should

therefore be a very important target user group. In this perspective, it is a significant limitation that only one primary care general practitioner was included among the experts. In contrast, seven specialists on orthopaedics and or sports medicine or arthroscopy were included, and three physiotherapists and two radiologists. The complete absence of patient expert representation in the group is also notable and constitutes a considerable weakness, in particular as 'assumed' patient preferences are included as part of these recommendations. It is not at all clear how well these preferences represent reality. Some of the conclusions and recommendations of the work group reflect this skewed representation.

PIRO 1 Kliniske tests i forbindelse med udredning af menisklaesion

The detailed clinical diagnosis of knee symptoms is well known to be difficult. Here, the expert group should more clearly differentiate between patient groups: the young, active person with a recent trauma to a normal joint on the one hand, and the middle-aged or older person with minor or no trauma and often with multiple degenerative joint changes. They represent different 'diseases' and should be dealt with as separate entities, while acknowledging that a grey zone of uncertainty exists.

It is not clearly stated in the document what particular patient groups were included in the publications included as evidence, but the summary indicates a mix of these different groups, making conclusions questionable. The statement that joint line tenderness has a high specificity and sensitivity for meniscal pathology may be applicable for the younger, minor post-injury patient group, but not so for the major middle-aged or older group. Joint line tenderness is a common finding among patients in the latter group and may be associated with pathology in other tissues than the meniscus, such as early osteophyte growth and cartilage damage.

On the basis of the evidence presented, I do not agree with the strong recommendation made to use a finding of joint line tenderness to diagnose meniscus pathology in the middle-aged and older with knee pain. The literature and evidence presented does not provide sufficient evidence for diagnostic accuracy in this patient group that represents the 3/4 of those currently treated with arthroscopic surgery.

Of further relevance is that there is now sufficient evidence to show that arthroscopic surgery does not provide relevant additional patient benefit over that of non-surgical treatment for this particular patient group. This questions the utility of a diagnostic focus on the meniscus in these patients.

PIRO 2 Ultralydskanning i forbindelse med udredning af menisklaesion

I agree with the work group that the quality of the evidence in support is very low, and that ultrasound should not be recommended for diagnosis of meniscus lesions.

PIRO 3 MR-skanning i forbindelse med udredning af menisklaesion

I agree with the recommendation that MR-scan should NOT be routinely used to examine patients with clinically suspected meniscus lesion. It is less clear what is meant by the wording “unless important for treatment”. The work group should be more clear on the meaning of this statement, and provide not only the good examples of when not to use, but examples of when an MR-examination in this setting may be helpful for treatment decisions. Being more explicit here will support in particular the non-specialist in discussion with a patient wishing an MR-examination ‘to find out what is wrong with my knee’. As noted in the background section of this peer review, finding various structural changes in the knee of the middle-aged and older should be regarded ‘the new normal’ in knees with and without pain.

I also question why several very relevant studies on the epidemiology of MR-detected joint changes and their association with knee symptoms or lack thereof by e.g. Englund, Guermazi and others are not discussed here. This may reflect a limited understanding of the field and current understanding of the process of joint degeneration and osteoarthritis.

PICO 1 Artroskopi versus superviseret træning i forbindelse med akut aflåst knæ

I agree overall with the three practice recommendations made by the work group.

I suggest that the meaning of the term ‘aflåst knæ’ be further explained in the document. There is considerable confusion also among specialists with regard to the interpretation of the frequently used terms “locked, locking, catching, mechanical symptoms”.

It should be stated in this section that the most common patient in this category is likely to be the young active person with a recent trauma.

PICO 2 Ikke-kirurgisk behandling versus artroskopi, når det ikke er primær strækkedefekt

Here, as in some of the other PICOs, the section heading is non-congruent with the wording of the PICO. It is important to ensure that they are congruent in meaning and specificity. This PICO should again differentiate between a lesion in the young patient with a normal pre-injury joint, and a degenerative lesion in the middle-aged and older. The lesions are biologically different as are their joints.

I agree with the first of the 3 recommendations (5.2), and that evidence is lacking to guide best treatment of the younger active patient with a recent trauma; all published controlled trials have focused on the middle-aged and older for which there is ample evidence.

I do NOT agree with the second recommendation (5.2) that the primary treatment choice should be arthroscopic surgery for those with painful “mechanical symptoms”. If by mechanical symptoms (in contrast to akut aflåst knæ of PICO 1) is meant “sensations of occasional catching and locking”, then it should be recognized that patients with prior trauma (albeit not well defined) and mechanical symptoms have been included in many of the published controlled trials of arthroscopic surgery, and attempts through subgroup analysis to show an added benefit of arthroscopy have not been successful. Finally, mechanical symptoms are a common feature of early stage osteoarthritis, with or without radiographic signs, and do not as such motivate surgery.

I agree with the third recommendation (5.2), but note that elsewhere in this document it is stated that patients with knee osteoarthritis are dealt with in a different NKR. In contrast to the work group, I argue that there is strong evidence in support, and that the statement should be reworded accordingly.

In sections 5.5 and 5.6 the work group discuss and evaluate the evidence. Here again the precise wording of the PICO and the resulting limitations are critical. For example, I fail to understand the rationale for the limitations resulting from “traumatisk opståede smerter i knæ og ledlinjømhed i op til 6 uger uden initial strækkedefekt”, and the follow-on questions on mechanical symptoms and osteoarthritis. The resulting constraints appear artificial and for example leaves the question unanswered of how best to manage the very common middle-aged or older person with knee pain following minor or no trauma and with intermittent mechanical symptoms? The artificial construct results in the work group declaring no evidence to support a treatment recommendation. With regard to the major patient group at hand, I disagree with this assessment of the literature; there are several relevant trials and to claim otherwise is disingenuous.

I disagree with the 5.6 ‘Balance between benefit and harms’ statement that painful mechanical symptoms support the use of arthroscopic surgery based on a recent publication concluding that *“Resection of a torn meniscus has no added benefit over sham surgery to relieve knee catching or occasional locking. These findings question whether mechanical symptoms are caused by a degenerative meniscus tear and prompt caution in using patients' self-report of these symptoms as an indication for APM”* (Sihvonen et al. 2016). This analysis of outcomes from a high-quality RCT represents relevant evidence. There is no contrasting similar or higher level evidence.

PICO 3 Ikke-kirurgisk behandling versus kirurgi, når der er ikke-traumatisk ledlinjømhed

I agree with the recommendation stated, but not with precise wording and strongly suggest there is at least moderate evidence quality in support. In addition to several randomized controlled trials, there are 2 systematic reviews with meta-analysis stating moderate or higher support.

With regard to wording in 6.3, I refer my discussion of PICO 2. In regard to statements and wording of sections 6.4, 6.5 and 6.6 I strongly disagree with the assessment that the evidence is of low quality. The work group argument for lowering the evidence level due to selection bias and lack of blinding does not consider that (1) the patients included in these trials rather precisely correspond to the patient population currently treated with arthroscopic surgery in Denmark, and (2) that lack of blinding would bias outcomes in favor of surgery. It is well known that the placebo effect of invasive interventions is stronger than that of non-invasive interventions (Zhang et al. 2008, Bannuru et al. 2015).

The comments regarding SAE do not take into account the recommended practice of using large observational studies to supplement trial evidence for SAE. Evidence for SAE is presented in reference (66) of the NKR.

In the discussion of balance between benefit and harms, the work group does not include reference to e.g. (Brophy et al. 2014) showing that patients with prior arthroscopic surgery have arthroplasty at a younger age than those without. The statement should be reworded to reflect a lack of certainty of long-term effects of both surgical and non-surgical treatments.

I simply do not understand the argument presented in 6.8.

I do not agree with evidence gradings presented in 6.9, and refer to my comments above.

Pico 4 Ikke kirurgisk versus kirurgisk behandling af patienter med MR-påvist udisloceret menisklaesion

The 7.2 recommendation includes wording not included in either the heading or the PICO 4 wording: 'ikke traumatisk'. Unless the headers, PICO precise wording and recommendations are harmonized, the NKR will be confusing.

I further question the restriction provided by the need for the restriction 'MR-diagnosed non-displaced meniscus lesion'? The recommendation as worded is further illogical in regard to the exclusion of those with mechanical symptoms, the persons having been examined by MR? I suggest this particular PICO 4 needs to reassessed and rewritten. As now written it is confusing. It is further not clear what the moderate evidence grading refers to: 'Consider to offer non-surgical treatment...', or to '...except in the presence of mechanical symptoms...'? Or both?

Section 7.6 is largely copy-paste from section 6.6, it is not clear if this intended or not.

I do not agree with the grounds for downgrading the evidence level, it is moderate or higher. I refer to arguments provided above.

In 7.2 the evidence quality is noted as moderate, but in 7.6 it is noted as being downgraded, and in 7.8 the low level is suggested. Which is it?

This PICO is not well designed or argued.

PICO 5 Genoptraening efter menisresektion.

I agree with the recommendation as worded.

PICO 6 Fiksation eller resection af kapselnaere laesioner

The practise recommended has face validity but is not supported by evidence with a low risk of bias, and this should be clearly noted.

PICO 7 Stående røngenundersøgelse i forbindelse med udredning av artrose eller menisklaesion

I agree with recommendation as worded.

It should however be noted that many patients with knee pain have 'pre-radiographic' joint changes on MRI, confirming the low sensitivity of plain x-ray examination to detect joint degeneration, osteoarthritis.

AGREE II evaluation

I have in the following used the question numbering of the Agree II and refer to document for wording. Comments have been provided in the above.

1. 5
2. 4
3. 4
4. 2
5. 1
6. 5
7. 5
8. 4
9. 4
10. 3
11. 4
12. 3
13. (5)
14. 6
15. 3
16. 4
17. 5
18. 2
19. 1
20. 1
21. 1
22. 6
23. 5

Overall assessment

1. 4
2. Yes but with significant modifications

Literature

Bannuru RR, McAlindon TE, Sullivan MC, Wong JB, Kent DM, Schmid CH. Effectiveness and Implications of Alternative Placebo Treatments: A Systematic Review and Network Meta-analysis of Osteoarthritis Trials. *Ann Intern Med* 2015;163:365-72.

Brophy RH, Gray BL, Nunley RM, Barrack RL, Clohisy JC. Total knee arthroplasty after previous knee surgery: expected interval and the effect on patient age. *J Bone Joint Surg Am* 2014;96:801-5.

Englund M, Guermazi A, Gale D, Hunter DJ, Aliabadi P, Clancy M, Felson DT. Incidental Meniscal Findings on Knee MRI in Middle-Aged and Elderly Persons. *N Engl J Med* 2008;359:1108-15.

Guermazi A, Niu J, Hayashi D, Roemer FW, Englund M, Neogi T, Aliabadi P, McLennan CE, Felson DT. Prevalence of abnormalities in knees detected by MRI in adults without knee osteoarthritis: population based observational study (Framingham Osteoarthritis Study). *BMJ* 2012;345:e5339 doi: 10.1136/bmj.e5339.

Sihvonen R, Englund M, Turkiewicz A, Järvinen TLN, for the Finnish Degenerative Meniscal Lesion Study Group. Mechanical Symptoms and Arthroscopic Partial Meniscectomy in Patients With Degenerative Meniscus Tear. A Secondary Analysis of a Randomized Trial. *Ann Intern Med* 2016 epub ahead of print doi:10.7326/M15-0899.

Zhang W, Robertson J, Jones AC, Dieppe PA, Doherty M. The placebo effect and its determinants in osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials. *Ann Rheum Dis* 2008;67;1716-23.