

ENKELVERSTUIKING : DIAGNOSE EN BEHANDELING

SYNTHESE





Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is een parastatale, opgericht door de programmawet (1) van 24 december 2002 (artikelen 259 tot 281) die onder de bevoegdheid valt van de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Het Centrum is belast met het realiseren van beleidsondersteunende studies binnen de sector van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering.

Raad van Bestuur

	Effectieve Leden	Plaatsvervangende Leden
Voorzitter	Pierre Gillet	
Leidend ambtenaar RIZIV (vice-voorzitter)	Jo De Cock	Benoît Collin
Voorzitter FOD Volksgezondheid (vice-voorzitter)	Dirk Cuypers	Christiaan Decoster
Voorzitter FOD Sociale Zekerheid (vice-voorzitter)	Frank Van Massenhove	Jan Bertels
Administrateur-generaal FAGG	Xavier De Cuyper	Greet Musch
Vertegenwoordigers Minister van Volksgezondheid	Bernard Lange	Brieuc Van Damme
	Bernard Vercruysse	Annick Poncé
Vertegenwoordigers Minister van Sociale Zaken	Lambert Stamatakis	Vinciane Quoidbach
	Ri De Ridder	Koen Vandewoude
Vertegenwoordigers Ministerraad	Jean-Noël Godin	Philippe Henry de Generet
	Daniël Devos	Wilfried Den Tandt
Intermutualistisch Agentschap	Michiel Callens	Frank De Smet
	Patrick Verertbruggen	Yolande Husden
	Xavier Brenez	Geert Messiaen
Beroepsverenigingen van de artsen	Marc Moens	Roland Lemye
	Jean-Pierre Baeyens	Rita Cuypers
Beroepsverenigingen van de verpleegkundigen	Michel Foulon	Ludo Meyers
	Myriam Hubinon	Olivier Thonon
Ziekenhuisfederaties	Johan Pauwels	Katrien Kesteloot
	Jean-Claude Praet	Pierre Smiets
Sociale partners	Rita Thys	Leo Neels
	Paul Palsterman	Celien Van Moerkerke
Kamer van Volksvertegenwoordigers	Lieve Wierinck	



Controle

Regeringscommissaris

Yves Roger

Directie

Algemeen Directeur
Adjunct Algemeen Directeur

Raf Mertens
Christian Léonard

Programmadirectie

Kristel De Gauquier

Contact

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)

Doorbuilding (10^e verdieping)

Kruidtuinlaan 55

B-1000 Brussel

Belgium

T +32 [0]2 287 33 88

F +32 [0]2 287 33 85

info@kce.fgov.be

<http://www.kce.fgov.be>

**KCE REPORT 197AS
GOOD CLINICAL PRACTICE**



Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

ENKELVERSTUIKING : DIAGNOSE EN BEHANDELING

SYNTHESE

PHILIP ROOSEN, TINE WILLEMS, ROEL DE RIDDER, LORENA SAN MIGUEL, KIRSTEN HOLDT HENNINGSEN, DOMINIQUE PAULUS, AN DE SUTTER,
PASCALE JONCKHEER



COLOFON

Titel:	Enkelverstuiking : Diagnose en behandeling – synthese
Auteurs:	Philip Roosen (UGent), Tine Willems (UGent), Roel De Ridder (UGent), Lorena San Miguel (KCE), Kirsten Holdt Henningsen (KCE), Dominique Paulus (KCE), An De Sutter (UGent), Pascale Jonckheer (KCE)
Externe experts:	Gaetan Cantineau (radiologie - CHU Mont Godinne), Benjamin Kerzmann (urgences - CNDG de Gosselies), Jan Gielen (radiologie - UZA), Pierre Maldague (orthopédie - Cliniques Universitaires Saint-Luc), Yves Paulus (INAMI - RIZIV), Etienne Pendeville (physiothérapie - Cliniques Universitaires Saint-Luc), Emmanuel Simons (CEBAM), Jacques Vanderstraeten (médecin du sport et médecin généraliste - SSMG), Jan Victor (orthopedie - UZ Gent), Guido Vincke (fysische geneeskunde - Heilig Hart Ziekenhuis Leuven)
Acknowledgements:	Cécile Camberlin (KCE), Kristel De Gauquier (KCE), Luc Hourlay (KCE), Roos Leroy (KCE), Jo Robays (KCE), Sabine Stordeur (KCE), Stefaan Van de Sande (KCE), Leen Verleye (KCE)
Externe validatoren:	Luc Pineux (Société Scientifique de Médecine Générale), Stijn Van de Velde (CEBAM, voorzitter van de validatie) en Philip Van der Wees (Harvard Medical School) valideerden de richtlijn volgens de procedure van het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM)
Stakeholders:	Jean Alexiou (RBSR), Xavier Bertelee (BBOT), Charlotte De Jonckheere (Federatie van Belgische Podologen), Benjamin Kerzmann (Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine- BeSEDIM), Luc Lefebvre (Société Scientifique de Médecine Générale-SSMG), Pierre Maldague (Belgian Foot and Ankle Society-BFAS), Yves Maule (Association Francophone des Infirmier(e)s d'Urgence - AFIU), Lambert Stamatakis (Cabinet Ministre Des Affaires Sociales et Santé Publique), Peter Vaes (Axxon), Pieter Van Dyck (Royal belgian society of radiology - RBSR), Gert Verleyen (Vlaamse Vereniging Verpleegkundigen Spoedgevallenzorg-VVVS), Stefan Waegeneers (RIZIV - INAMI), Thierry Van Meerhaeghe (Association belge des podologues)
Andere gemelde belangen:	<p>Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Peter Vaes (promotor van doctoraten deels gefinancierd door de VUB)</p> <p>Consultancy of tewerkstelling voor een bedrijf, vereniging of organisatie die financieel kan winnen of verliezen door de resultaten van dit rapport: Jan Gielen (werkt als radioloog in UZA, spreker op conferenties en symposia), Xavier Bertelee (werkt voor een firma gespecialiseerd in orthopedisch materiaal)</p> <p>Betalingen om te spreken, opleidingsvergoedingen, reisondersteuning of betaling voor deelname aan een symposium: Guido Vyncke (docent cursus manuele therapie bij de Belgische Vereniging Manuele Therapie), Pieter Van Dyck (ontvangen budget voor congressen (hotels, inschrijvingen, enz.))</p> <p>Voorzitterschap of verantwoordelijkheidsfunctie van een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: <First name Name (Additional comment given by expert), Philip Van der Wees</p>



Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker ('principal investigator') of onderzoeker: Philip Van der Wees

Layout:

Ine Verhulst, Sophie Vaes

Disclaimer:

- **De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur.**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

Publicatiedatum:

21 maart 2013

Domein:

Good Clinical Practice (GCP).

MeSH:

Ankle injuries; diagnosis; therapeutics; practice guideline

NLM classificatie:

WE 880

Taal:

nederlands.

Formaat:

Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot:

D/2013/10.273/1

Copyright:

De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten>.



Hoe refereren naar dit document?

Roosen P, Willems T, De Ridder R, San Miguel L, Holdt Henningsen K, Paulus D, De Sutter A, Jonckheer P. Enkelverstuiking : Diagnose en behandeling – synthese. Good Clinical Practice (GCP).Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2013. KCE Reports 197As. D/2013/10.273/1.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.



■ VOORWOORD

Wie met zorg en volgens de regels van de kunst een praktijkrichtlijn ontwikkelt, staat soms voor verrassingen. Dit is wat ons overkwam bij het ontwikkelen van deze richtlijn over de diagnose en behandeling van enkelverstuiking. Een eerste verrassing was dat er nauwelijks goede recente richtlijnen over dit onderwerp bestonden: wij vonden er welgeteld vier van na het jaar 2000. Dit betekent niet dat enkelverstuiking een onbelangrijk onderwerp is; het is tenslotte een frequent trauma, dat met heel wat ongemak en ziektekosten gepaard gaat.

Nog groter was onze verrassing – en ze verklaart misschien de eerste – over het ontbreken van goed wetenschappelijk bewijs over de werkzaamheid van een aantal *handelingen* die men in de dagelijkse praktijk haast automatisch aanprijst, zoals de combinatie van rust – ijs – compressie – elevatie (RICE). Nu eens waren er wel studies, maar ze toonden geen effect, dan weer waren er gewoon geen studies van voldoende kwaliteit. Maar voor de richtlijn-ontwikkelaar is het resultaat hetzelfde: je kan geen *evidence-based* aanbeveling doen! Dit genereert ongetwijfeld een spanning met het aanvoelen van de zorgverleners op het terrein, die bij sommigen zelfs zover kan gaan als het afwijzen van het hele *evidence-based medicine* gedachtengoed.

Diezelfde spanning tussen wetenschappelijk bewijs (of het ontbreken ervan) en de klinische expertise en ervaring kwam uiteraard ook naar boven tijdens de besprekingen met clinici en experts in de loop van de studie. Zo konden we toch een aantal bijkomende aanbevelingen formuleren op basis van expert consensus. Niet ideaal, maar wellicht toch beter dan niets; er zijn nu eenmaal minder studies voorhanden over onderwerpen waarmee er geen grote commerciële belangen gemoeid zijn.

Het goede nieuws is dat voor de *diagnose* van enkelverstuiking wél duidelijke bevindingen uit de literatuur naar voren komen. Zo is in afwezigheid van bepaalde klinische tekens een systematische radiografie niet aanbevolen.

Met dit alles hopen wij dat deze richtlijn kan bijdragen om de best mogelijke aanpak te kiezen, dit is met minder nutteloze blootstelling aan X-stralen, en zonder mensen in een gips te immobiliseren wanneer dat niet echt nodig is.

Ons laatste woord is een woord van dank aan de tientallen experts en vertegenwoordigers van de kinesisten, spoedverpleegkundigen, spoed-artsen, orthopedisten, podologen, huisartsen, bandagisten en radiologen die constructief bijgedragen hebben om van deze richtlijn een bruikbaar instrument te maken.

Christian LÉONARD
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur



INHOUDSTAFEL

■	VOORWOORD	1
	INHOUDSTAFEL	2
■	SAMENVATTING	3
	INLEIDING	3
	DOELSTELLING EN SCOOP VAN DE RICHTLIJN	3
	METHODES	3
	DIAGNOSE	5
	ALGORITMES.....	11
	Voor diagnose.....	11
	Voor therapie	12
	DISCUSSIE	13
■	BELEIDS-AANBEVELINGEN	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.



■ SAMENVATTING

INLEIDING

Een enkelverstuiking is vaak een reden voor een raadpleging, zowel in de eerstelijnszorg als op spoedafdelingen.

De Ottawa Ankle Rules (OAR - zie hieronder) bieden sinds 1992 objectieve criteria die artsen kunnen helpen te bepalen of een röntgenfoto aangewezen is na een enkelblessure. In de praktijk echter, wordt vaak uit angst voor een mogelijke schadeclaim, verzekeringskwesties (bv. in geval van arbeidsongeval of sportongeval) of de verwachtingen van de patiënt een röntgenfoto genomen, ook als de OAR adviseert om dat niet te doen. Daarnaast wordt ook de doeltreffendheid van andere diagnosemiddelen (zoals echografie of NMR-onderzoek) in vraag gesteld.

Er zijn vandaag de dag heel wat therapeutische modaliteiten voor enkelverstuikingen (rust en medicatie, enkelsteun, fysiotherapie, ...) en de keuze ervan varieert naargelang de zorgverstrekker. De stakeholders die bij deze studie betrokken werden, stelden zich in het bijzonder vragen bij de doeltreffendheid van immobilisatie en de keuze voor het type van aangewende enkelsteun na een enkeltrauma.

DOELSTELLING EN SCOOP VAN DE RICHTLIJN

Deze richtlijn heeft tot doel een overzicht te bieden van de huidige wetenschappelijke evidentie over de diagnose en behandeling van enkelverstuikingen en om aanbevelingen te formuleren voor zorgverstrekkers die patiënten met enkelblessures behandelen.

Deze richtlijn spitst zich toe op de diagnose en de conservatieve behandeling van **acute laterale enkelverstuiking bij volwassenen en jongeren** (vanaf 16 jaar). De specifieke aanpak van blessures bij atleten en chirurgische behandelingen vallen buiten de reikwijdte van deze richtlijn.

METHODES

Systematisch literatuuroverzicht

Er werd in verscheidene databases gezocht naar klinische richtlijnen (d.z. het National Guideline Clearinghouse, NICE, SIGN, G.I.N.). Systematische



reviews, meta-analyses en primaire studies werden opgezocht in Medline (OVID), EMBASE, de Cochrane database of systematic reviews, PEDro, CINAHL en Medion. Twee onafhankelijke onderzoekers stonden in voor de selectie, de kwaliteitsbeoordeling van de studies en de gegevensextractie. De analyse volgde een hiërarchische aanpak:

1. Extractie van gegevens uit de systematische literatuuroverzichten en meta-analyses; wanneer er geen kwaliteitsvolle systematische literatuuroverzichten of meta-analyses werden gevonden, werden kwaliteitsvolle klinische richtlijnen als uitgangspunt gebruikt.
2. Zoektocht naar de meest recente primaire studies om het bewijsmateriaal dat in de vorige stap werd gevonden te vervolledigen (gerandomiseerde en prospectieve gecontroleerde studies).

De zoekopdracht bestreek de periode van 01/01/2000 tot 06/12/2011.

Opstellen van de aanbevelingen

Op basis van het verzamelde bewijsmateriaal, werkten de onderzoekers van het KCE (PJ, DP, KH, LS) een eerste ontwerp van aanbevelingen uit.

Om het bewijsniveau en de sterkte van de aanbeveling te bepalen, werd de GRADE-methode gevolgd (Tabellen 1 & 2).

Vervolgens werden de aanbevelingen voorgelegd aan een panel van klinische experts en stakeholders, waaronder vertegenwoordigers van beroepsorganisaties (zie colofon). De aanbevelingen kregen een score toegekend van 1 ('volledig niet mee eens') tot 5 ('volledig mee eens') en werden vervolgens besproken tijdens een vergadering.

Ten slotte evalueerden en valideerden drie andere externe validatoren deze richtlijn met behulp van de Agree II-checklist. Het validatieproces werd voorgezeten door CEBAM (Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine). Volgens een voorstel van de validatoren van dit rapport, kregen aanbevelingen waarover de experts een consensus bereikten, het label "Beste praktijk".

Belangenverklaringen werden officieel geregistreerd.

Tabel 1 – Niveaus van bewijskracht volgens het GRADE-systeem^a

Niveau	Definitie	Methodologische kwaliteit
Hoog	Wij vertrouwen er sterk op dat het werkelijke effect dicht bij het geschatte effect ligt.	Gerandomiseerde gecontroleerde studies zonder ernstige beperkingen of overweldigend bewijs uit observationele studies
Matig	We hebben een matig vertrouwen in het geschatte effect: het werkelijke effect zal waarschijnlijk dicht bij het geschatte effect liggen, maar de mogelijkheid bestaat dat er een aanzienlijk verschil is.	Gerandomiseerde gecontroleerde studies met ernstige beperkingen (inconsistente resultaten, methodologische beperkingen, indirect of onnauwkeurig) of uitzonderlijk sterk bewijs uit observationele studies
Laag	Ons vertrouwen in het geschatte effect is beperkt: het werkelijke effect kan aanzienlijk verschillen van het geschatte effect.	Gerandomiseerde gecontroleerde studies met zeer ernstige beperkingen of observationele studies of patiëntenreeksen
Zeer laag	We hebben erg weinig vertrouwen in het geschatte effect: het werkelijke effect zal waarschijnlijk aanzienlijk verschillen van het geschatte effect.	

Tabel 2 – Sterkte van de aanbeveling volgens het GRADE-systeem^b

Niveau	Definitie
Sterk	De gewenste effecten van een interventie wegen duidelijk op tegen de ongewenste effecten (<i>de interventie moet in de praktijk gebracht worden</i>), of de ongewenste effecten van een interventie wegen duidelijk op tegen de gewenste effecten (<i>de interventie moet niet in de praktijk gebracht worden</i>).
Zwak	De gewenste effecten van een interventie wegen waarschijnlijk op ten opzichte van de ongewenste effecten (<i>de interventie moet waarschijnlijk in de praktijk gebracht worden</i>), of de ongewenste effecten van een interventie wegen waarschijnlijk op ten opzichte van de gewenste effecten (<i>de interventie moet waarschijnlijk niet in de praktijk gebracht worden</i>).

^a Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol. 2011;64(4):401-6.

^b Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et al. Going from evidence to recommendations.[Erratum appears in BMJ. 2008 Jun 21;336(7658):doi:10.1136/bmj.a402]. BMJ. 2008;336(7652):1049-51.



KLINISCHE AANBEVELINGEN

De details van het gebruikte bewijs om onderstaande aanbevelingen en adviezen voor "beste praktijk" te formuleren, zijn beschikbaar in het wetenschappelijke rapport en zijn bijlagen. De tabel volgt de volgorde van de hoofdstukken van het wetenschappelijke rapport.

DIAGNOSE

Anamnese

Beste praktijk (consensus onder experts)

Een anamnese is aanbevolen bij de eerste evaluatie van een acute enkelverstuiking. Ze zou minstens een beschrijving moeten bevatten van het mechanisme van de blessure, de eerste symptomen en hun evolutie, de initiële behandeling van de blessure, de voorgeschiedenis van eerdere enkelverstuikingen en een algemene medische voorgeschiedenis.

Lichamelijk onderzoek

Beste praktijk (consensus onder experts)

Inspectie en palpatie moeten deel uitmaken van de eerste beoordeling van een acute enkelverstuiking.

Er moet een poging worden gedaan om de ernst van de enkelverstuiking in te schatten tijdens de eerste evaluatie van de verstuiking, en dat op basis van de symptomen en het lichamelijke onderzoek.

Een klinische herevaluatie 3 tot 4 dagen na het enkeltrauma moet worden uitgevoerd om de ernst van de enkelverstuiking na te gaan.

Ottawa Ankle Rules

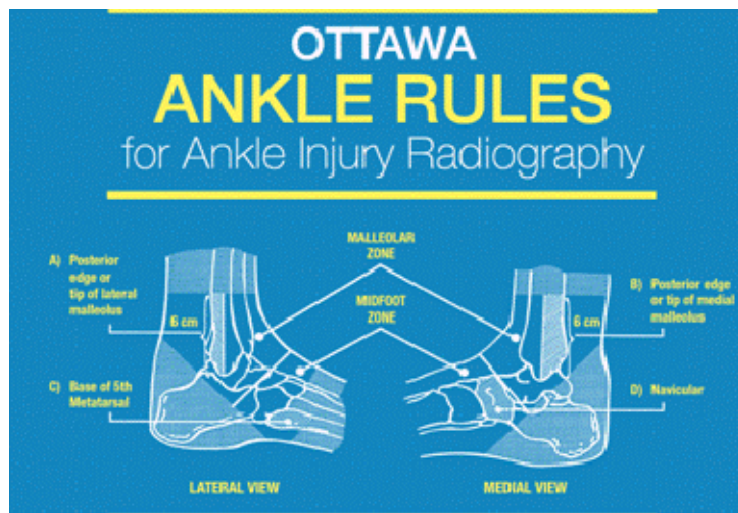
Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Bewijsniveau
Het is aanbevolen de Ottawa Ankle Rules (zie Figuur 1) te gebruiken om een eventuele breuk na een acute enkelverstuiking uit te sluiten.	Sterk	Matig
Het is aanbevolen zorgverstrekkers op te leiden in het gebruik van de OAR.	Sterk	Laag

Beste praktijk (consensus onder experts)

De resultaten van de OAR moeten systematisch in het medisch dossier worden genoteerd.

Andere klinische onderzoeken (bv. schuifladetest, 'talar tilt' test, stemvorktest) en klinische regels (zoals de Bernese Ankle Rules of de enkelregels van Utrecht of Leiden) zouden niet mogen worden gebruikt bij de beoordeling van een acute enkelverstuiking.

Figuur 1. Ottawa Ankle Rules



Gereproduceerd met toestemming van het Ottawa Hospital Research Institute

An ankle x-ray series is only required if
there is any pain in the malleolar zone and any of these findings:

1. bone tenderness at A
OR
2. bone tenderness at B
OR
3. inability to take 4 complete steps both immediately and in ED

A foot x-ray series is only required if
there is any pain in the midfoot zone and any of these findings:

1. bone tenderness at C
OR
2. bone tenderness at D
OR
3. inability to take 4 complete steps both immediately and in ED

RECOMMENDATIONS

Apply the Ottawa Ankle Rules accurately:


- palpate the entire distal 6 cm of the fibula and tibia
- do not neglect the importance of medial malleolar tenderness
- do not use for patients under age 18

Clinical judgement should prevail over the rules if the patient:

- is intoxicated or uncooperative
- has other distracting painful injuries
- has diminished sensation in the legs
- has gross swelling which prevents palpation of malleolar bone tenderness

Give written instructions and encourage follow-up in 5 to 7 days if pain and ability to walk are not better.

Stoll JG, McKnight RD, Greenberg GH, et al. Implementation of the Ottawa Ankle Rules. JAMA 1994; 271:827-832.

 Ottawa Hospital
Research Institute
Institut de recherche
de l'Hôpital d'Ottawa

© 1992 and 2013, Ottawa Hospital Research Institute
725 Parkdale Avenue, Ottawa, Ontario, Canada, K1Y 4E9

*Beeldvorming*

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Bewijsniveau
Als de OAR positieve resultaten opleveren , is een kwaliteitsvolle radiografie (3 zichten) de aanbevolen diagnostische techniek om bij een acute enkelverstuiking een breuk uit te sluiten.	Sterk	Matig
Als de OAR positieve resultaten opleveren , kan een echografie door een arts met een speciale opleiding in echografieën van gewrichten en beenderen in overweging worden genomen om breuken uit te sluiten en de nood aan radiografieën te verminderen. De experts benadrukken echter dat organisatorische beperkingen (bv. wachttijden, niet beschikbaar zijn van opgeleide radioloog) het nodig kunnen maken radiografie als diagnostische techniek in eerste lijn te beschouwen.	Zwak	Zeer laag
Als de OAR negatieve resultaten opleveren , zouden bij de eerste beoordeling van een acute enkelverstuiking geen radiografieën mogen worden genomen.	Sterk	Matig
Magnetische-resonantiebeeldvorming (MRI) mag geen deel uitmaken van een eerste evaluatieonderzoek van een acute enkelverstuiking.	Sterk	Zeer laag
Er kan geen aanbeveling worden geformuleerd in verband met het gebruik van een CT-scan in geval van een acute enkelverstuiking (geen bewijs beschikbaar).		

Beste praktijk (consensus onder experts)

De patiënten zouden systematisch moeten worden ingelicht over het feit dat röntgenfoto's waardeloos zijn in geval van negatieve OAR-resultaten.



Therapie

Medicatie

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Bewijsniveau
Lokaal (topisch) toegepaste niet-steroïdale anti-inflammatoire geneesmiddelen (diclofenac, ibuprofen en piroxicam) zijn aanbevolen voor het verlichten van de pijn bij een acute enkelverstuiking. Er is geen afdoend klinisch bewijs om het gebruik van een gipsverband (kleefverband) dat diclofenac en heparine combineert, aan te bevelen bij de behandeling van een acute enkelverstuiking. Er is geen afdoend klinisch bewijs om het gebruik van zalf met smeewortelextract aan te bevelen bij de behandeling van een acute enkelverstuiking.	Sterk Zwak Zwak	Matig Laag Zeer laag
Paracetamol in therapeutische doses (4 x 500 mg tot 4 x 1 g) is aanbevolen als extra pijnstillende behandeling bij een acute enkelverstuiking.	Sterk	Laag
Orale niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAID) kunnen overwogen worden in plaats van topisch NSAIDs wanneer topische NSAIDs in combinatie met paracetamol niet doeltreffend zijn om de pijn te verlichten bij een acute enkelverstuiking. Een behandeling met COX-II-inhibitoren moet in overweging worden genomen bij patiënten met een gastro-intestinale, nier- of leverziekte.	Zwak Zwak	Laag Laag
Diosmine gecombineerd met hesperidine kan niet worden aanbevolen bij de behandeling van zwellingen bij een acute enkelverstuiking.	Zwak	Zeer laag

Rust-IJs-Druk-Elevatie (RICE)

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Bewijsniveau
Er is geen afdoend klinisch bewijs om het gebruik van rust bij een acute enkelverstuiking aan te bevelen. Er is geen afdoend klinisch bewijs om het gebruik van ijs bij een acute enkelverstuiking aan te bevelen. Er is geen afdoend klinisch bewijs om het gebruik van druk bij een acute enkelverstuiking aan te bevelen. Door het gebrek aan studies van goede kwaliteit is het niet mogelijk de effectiviteit van elevatie na te gaan en het aan te bevelen bij een acute enkelverstuiking. Door het gebrek aan studies van goede kwaliteit is het niet mogelijk de effectiviteit van RICE (combinatie van rust, ijs, druk en elevatie) na te gaan en het aan te bevelen bij een acute enkelverstuiking.	Zwak	Zeer laag



Beste praktijk (consensus onder experts)

Rust gedurende de eerste 3 dagen na een acute enkelverstuiking is aangeraden om vroegtijdige belasting te vermijden en de pijn te verminderen.

Elektro-fysiotherapie

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Bewijsniveau
Therapeutische ultratonen is niet aanbevolen voor de behandeling van een acute enkelverstuiking.	Sterk	Laag
Lasertherapie is niet aanbevolen voor de behandeling van een acute enkelverstuiking.	Sterk	Zeer laag

Enkelsteun

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Bewijsniveau
Behandeling met niet-rigide (bv. elastisch verband, tape) of halfharde enkelsteunen (bv. braces) geniet de voorkeur over een immobilisatie met een gipsverband tot onder de knie bij de initiële behandeling van een niet-ernstige acute enkelverstuiking.	Sterk	Laag
In ernstige gevallen, d.w.z. wanneer de patiënt na 3 dagen zijn gewicht niet kan dragen, kan een korte periode (tot 10 dagen) van immobilisatie met een gipsverband tot onder de knie in overweging worden genomen; dit moet echter geval per geval bekeken worden.	Sterk	Laag

Beste praktijk (consensus onder experts)

Het gebruik van eenvoudig, niet-adhesief elastisch verband is niet aanbevolen bij de behandeling van een acute enkelverstuiking.

Bewegingstherapie

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Bewijsniveau
Bewegingstherapie waaronder proprioceptieve/evenwichtstraining is aanbevolen in een vroeg stadium bij de behandeling van een acute enkelverstuiking. Er is geen afdoend klinisch bewijs om een onderscheid te maken tussen de verschillende types van bewegingstherapie of om een specifieke setting (thuis zonder toezicht of onder toezicht in een (para)medische setting) aan te bevelen.	Sterk	Laag

*Manuele therapie*

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Bewijsniveau
Manuele therapie kan niet worden aanbevolen voor de behandeling van een acute enkelverstuiking.	Zwak	Zeer laag

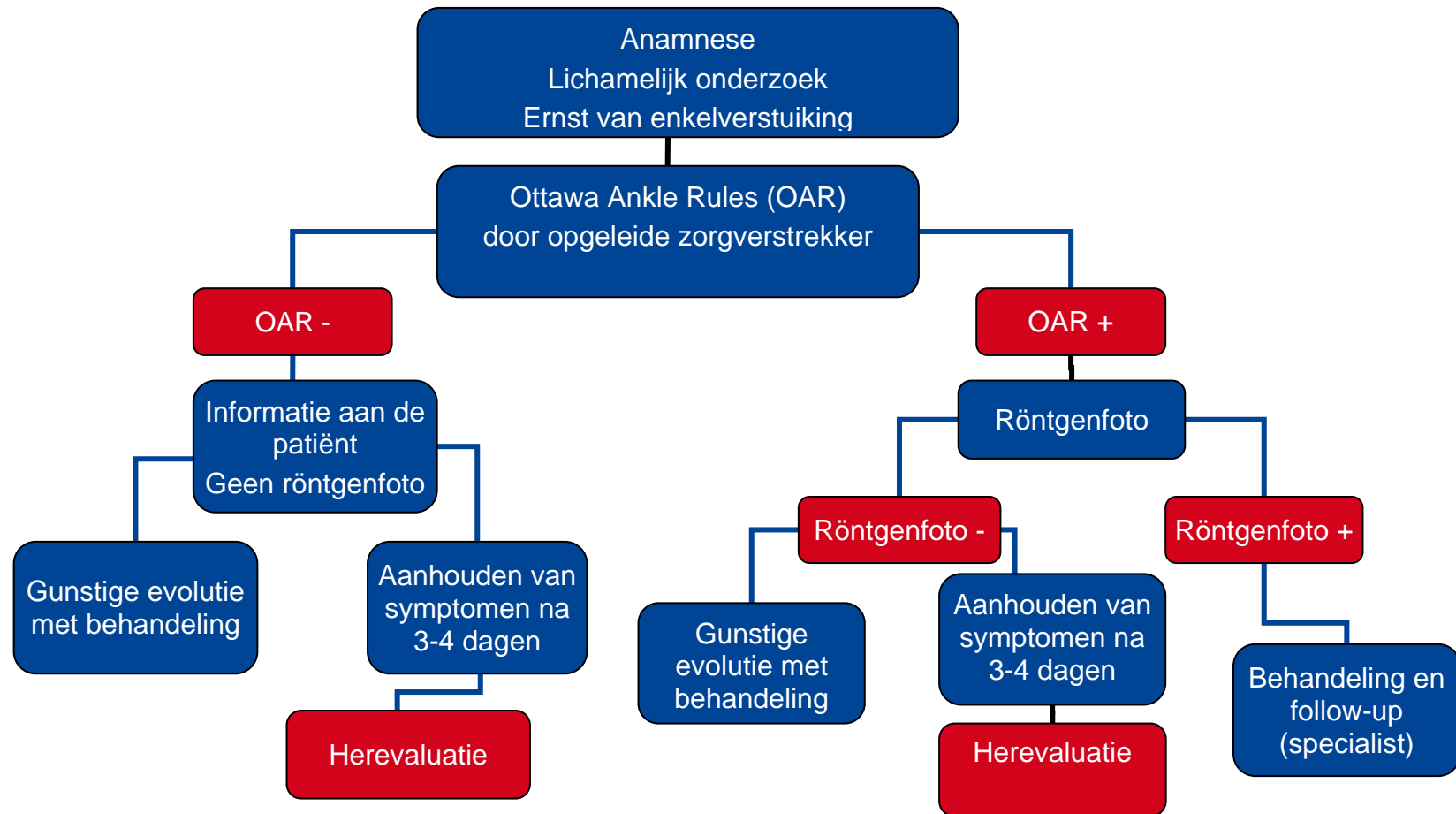
*Informatie aan de patiënten***Beste praktijk (consensus onder experts)**

De patiënten zouden systematisch moeten worden ingelicht over de voordelen en de risico's van elke behandeling en over de symptomen die kunnen wijzen op een ongunstige evolutie van een acute enkelverstuiking.



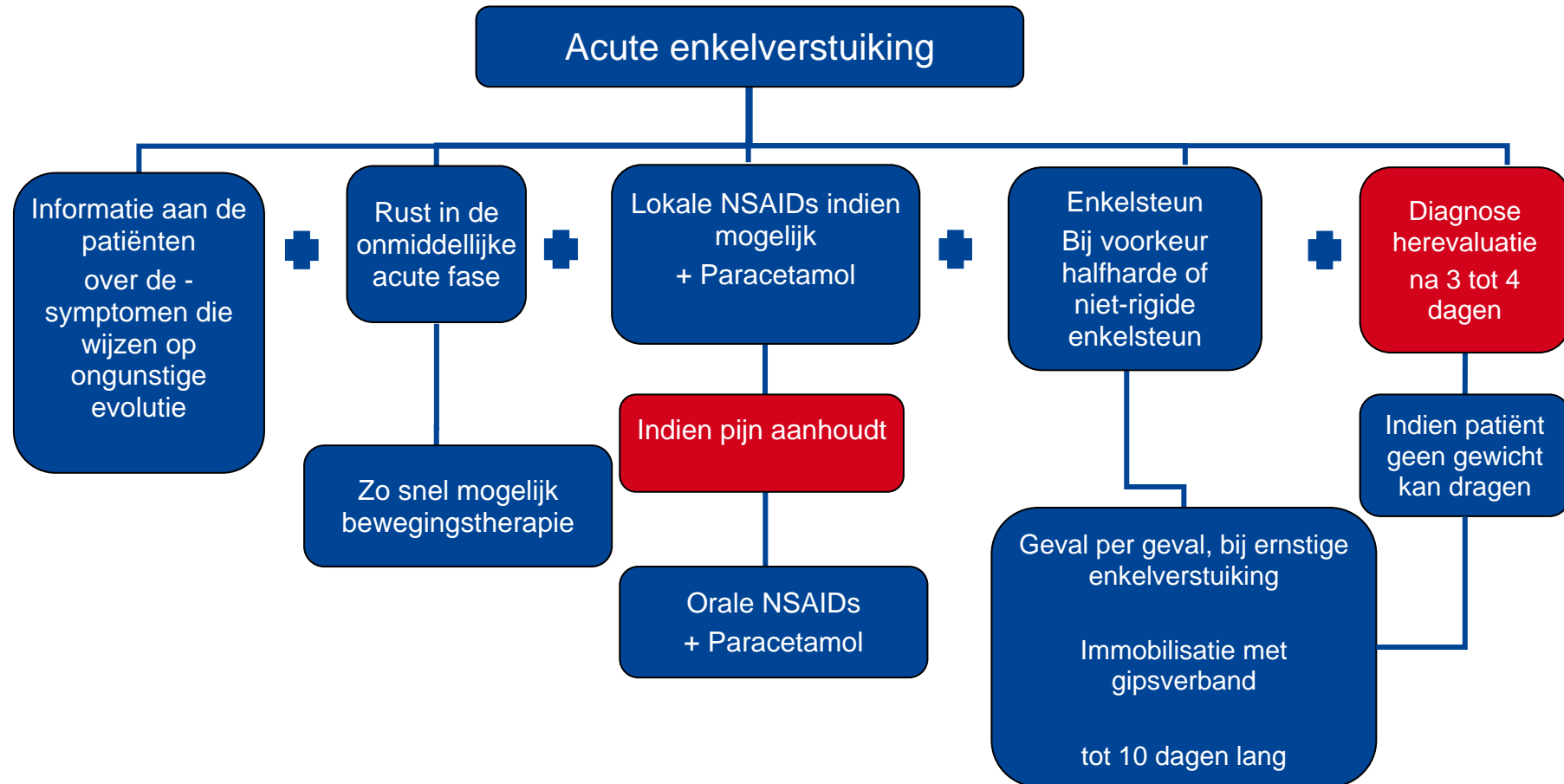
ALGORITMES

Voor diagnose





Voor therapie





DISCUSSIE

De voornaamste boodschap die uit deze studie naar voren komt voor de **diagnose** van enkelblessures, is het belang van de Ottawa Ankle Rules. Daarnaast bracht deze studie ook het gebrek aan bewijs voor sommige andere diagnosetechnieken aan het licht.

Ook voor een aantal **therapeutische** ingrepen die in de dagelijkse praktijk vaak worden toegepast, is het bewijsniveau zeer laag of onbestaande. Dit wordt geïllustreerd door het gebrek aan bewijs om de toepassing van RICE (rust, ijs, druk en elevatie) te ondersteunen. Het gebrek aan bewijs van effect betekent echter niet noodzakelijk dat er geen effect is. Om zorgverleners bij hun beslissingen te helpen, voegde het panel van deskundigen dat bij de ontwikkeling van deze richtlijn betrokken was, een aantal behandelingsopties toe die gebaseerd zijn op consensus.

De belangrijkste boodschap die uit dit werk naar voren komt, is dat het volgen van de voorgestelde algoritmes veel patiënten onnodige röntgenfoto's en immobilisatie met gipsverband kan besparen.

De impact van deze boodschap is echter afhankelijk van haar verspreiding bij de beroepsverenigingen. Het feit dat vertegenwoordigers van de verenigingen van kinesitherapeuten, spoedverpleegkundigen, spoedartsen, huisartsen, orthopedische chirurgen, radiologen en chiropodisten betrokken waren bij de ontwikkeling van de richtlijn, zal hopelijk bijdragen tot de verdere verspreiding en toepassing ervan.



■ BELEIDS- AANBEVELINGEN^c

Aan de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie en de verenigingen van kinesitherapeuten, spoedartsen, spoedverpleegkundigen, huisartsen, orthopedisten chirurgen, radiologen en podologen:

- Deze praktijkrichtlijn zou moeten verspreid en vertaald worden in procedures, protocols, opleidingsmateriaal, vademecums, EBMPPracticeNet... in een format dat gebruiksvriendelijk is voor de dagelijkse praktijk.
- Proces- en resultaatindicatoren moeten worden ontwikkeld op basis van de aanbevelingen van deze richtlijn.

Voor verder onderzoek

- Er is nood aan studies die in hun design ook de ernst van enkelverstuikingen in rekening brengen. Er zijn in het bijzonder studies nodig die de definitie van lichte, matige en ernstige enkelverstuikingen in de diagnose uitwerken, studies die de relatie tussen de ernst en de behandeling evalueren en studies met lange-termijn opvolging om de impact van de behandeling op het risico op herval te beoordelen.

^c Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.

