

Een systematische review

Combinatie manuele therapie en oefentherapie effectief bij nekpijn?

Bron: Hidalgo B, Hall T, Bossert J, Dugeny A, Cagnie B, Pitance L. The efficacy of manual therapy and exercise for treating non-specific neck pain: A systematic review. J Back Musculoskelet Rehabil. 2017;30(6):1149-1169.

Ongeveer 25% van de patiënten met specifieke nekpijn die hulp zoekt, gaat naar een fysiotherapeut/manueel therapeut. Ondanks de prevalentie en de socio-economische gevolgen blijft wetenschappelijk onderzoek van nekpijn een ondergeschoven kindje vergeleken met studies naar lage rugpijn. Er bestaan vele vormen van conservatieve interventies voor nekpijn, waaronder manuele therapie (MT), en deze zijn effectiever dan géén of placebo-interventie.

Tekst: Ilse Swinkels

In een eerdere review door Hidalgo et al. (2014) werden drie categorieën MT vermeld. MT1 betreft high velocity low amplitude thrust-technieken (HVLA), MT2 betreft wervelkolom mobilisaties en/of zachte weefsel-technieken, MT3 is een combinatie van MT1 en MT2. Deze drie categorieën kunnen worden gecombineerd met oefentherapie (OT) en/of usual medical care (UMC). Daarnaast wordt een vierde vorm, MT4, steeds populairder: mobilisatie-met-beweging. Dit is de eerste systematische review over nekpijn met zo'n onderverdeling in MT-categorieën, met tevens de meest recente RCTs van nekpijn geïncludeerd.

Doel studie

Een systematische review (SR) om te komen tot het beste, meest recente bewijs voor een klinisch-gerichte aanpak van manuele therapie bij specifieke nekpijn.

Methode en materiaal

Design: systematische review

De zoektocht naar RCTs gepubliceerd tussen 2000 en 2016 werd verricht in PubMed, Embase, Pedro en het Cochrane trial register. Inclusiecriteria waren:

- a) studiedesign (laag risico op bias, een correcte en goed omschreven

randomisatie van patiënten in een MT-groep en een groep van geen behandeling, placebobehandeling of een andere conservatieve behandeling, single- of double blind);

- b) studiepopulatie (patiënten met acute en subacute nekpijn of met chronische nekpijn gedefinieerd als nekpijn langer bestaand dan 12 weken, leeftijd tussen 18 en 60 jaar, patiënten mochten geen hoofdpijn of uitstraling ervaren);
- c) interventies (MT1 tot en met MT4 al dan niet gecombineerd met oefentherapie en/of UMC);
- d) controlegroep (zijnde geen behandeling, placebobehandeling of een andere conservatieve behandeling zoals UMC, oefentherapie etc.).

De uitkomstmaten werden geclassificeerd conform de (Cochrane Collaboration Back Review Group (CCBRG).

Onderzoek naar kwaliteit van studies gebeurde door twee onafhankelijke auteurs die keken naar kwalitatieve en kwantitatieve criteria met behulp van de CCBRG-criteria.

Resultaten

Reviewer Ilse Swinkels. Resultaten zijn grotendeels per geïncludeerde studie samengevat. Er werden 23 RCTs gevonden met een laag risico op bias.

Effecten van interventies bij acute/subacute nekpijn

- Er was een significant beter effect van MT1 van de cervicale wervelkolom (Cx) met oefentherapie (OT) versus MT1 van de thoracale wervelkolom (Tx) met OT.
- De combinatie-interventie van MT1 met elektro-/warmtetherapie was significant effectiever dan elektro-/warmtetherapie alleen.
- Bij de vergelijking van een uitgebreide MT2-behandeling met een beperkte

MT2 bleken beide groepen een klinisch relevant en significante vooruitgang op pijnintensiteit en functie te vertonen, maar met een groter effect voor de uitgebreide MT2.

- Er bestond geen significant verschil tussen MT2 (triggerpoint behandeling) versus Sham-ultra geluidbehandeling.
- MT3 gaf een significante verbetering van pijn ten opzichte van UMC na 12 en 52 weken follow-up.
- Op korte termijn bleek een significant beter effect op pijn en functie van MT3 met OT versus MT2 met OT.
- Er bleek geen verschil in effectiviteit tussen MT2 met OT, MT4 met OT en OT alleen. Wel bleek 30-70% van de patiënten met acute nekpijn spontaan te verbeteren.

Effecten van interventies bij chronische nekpijn

- MT1, MT2 en MT4 bleken effectief in het reduceren van de symptomen van chronische nekpijn waarbij MT1 iets effectiever leek op CROM en pijn in rust.
- MT1 en kinesiotaping gaven een vergelijkbare reductie in pijn, beperkingen en verbetering van mobiliteit, maar alleen de pijnreductie bleek klinisch relevant.
- MT1 van de Cx of Tx waren even effectief.
- Werd MT vergeleken met geen behandeling, dan bleek alleen MT een significante verbetering te geven.
- Een combinatie van MT1 met OT en infrarood therapie (IRT) gaf een significante en klinisch relevante verbetering ten opzichte van de combinatie van OT en IRT.
- MT2 veroorzaakte een verbetering van symptomen ongeacht toegepast op het al-dan-niet symptomatische niveau. Dus: bij chronische nekpijn is behandeling op symptomatisch niveau niet belangrijk.

- Uit drie studies van MT versus actieve revalidatie kan worden geconcludeerd dat gecombineerde MT1 met OT of MT3 met OT effectiever lijkt voor verbetering van pijn, functie, gezondheid en patiënttevredenheid dan oefentherapie of MT alleen.

Discussie

Het doel van deze SR was het onderzoeken en updaten van het management van nekpijn door het includeren van RCTs met een laag risico op bias. Betreffende acute/subacute nekpijn was het bewijs matig of beperkt. Betreffende chronische nekpijn was er matig tot sterk bewijs voor de gevonden resultaten. Deze SR bevestigt voorgaande SRs met betrekking tot de effectiviteit van MT bij nekpijn. De SR geeft daarnaast de manueel therapeut informatie over de effectiviteit van een breed scala aan combinatie van MT-interventies die vaak in de praktijk worden toegepast, waaronder de combinatie met OT.

In de beschreven RCTs worden bijwerkingen niet altijd duidelijk aangegeven, wat bij de behandeling van de Cx wel belangrijk kan zijn. Dit wordt onder meer veroorzaakt door een onduidelijke definitie van 'bijwerking als gevolg van een behandeling'. Een manier om bijwerkingen te voorkomen is het manipuleren van de Tx in plaats van cervicaal. Maar hierbij bestaat slechts matig bewijs voor de effectiviteit. Een oplossing zou zijn om cervicale mobilisaties te combineren met thoracale manipulaties. Bij chronische nekpijn zijn de effecten van MT minder duidelijk en men moet zich dan ook afvragen of dit het risico, hoe klein ook, van bijwerkingen waard is. Door het zeldzaam voorkomen van bijwerkingen na MT van de Cx is een risico-baten onderzoek bijna onmogelijk.

Omdat er geen classificatiesysteem voor nekpijn is, zoals bij lage rugpijn, wordt het besluit welke interventie toe te passen bij nekpijn uitsluitend genomen op klinisch redeneren, gebaseerd op een goede anamnese en gedegen fysiek onderzoek.

Beperkingen

De geïncludeerde studies waren zeer heterogeen, onder andere qua patiënten, controle interventie, adjuvante therapieën en uitkomstmaten. De indeling van MT in de klassen MT1 tot en met MT4 was gebaseerd op wetenschappelijke literatuur en op de klinische praktijk. Omdat



MT zeer breed gedefinieerd is en er vooral in MT2 veel behandelwijzen werden gevat (mobilisaties, zachte weefsel technieken) was de interpretatie lastig. Als laatste moet worden opgemerkt dat alleen Engelstalige studies gepubliceerd tussen 2000 en 2016 in de SR zijn geïncludeerd.

Conclusie

Deze SR bevestigt en verhoogt het niveau van bewijs voor MT bij specifieke nekpijn. Er zijn vier conclusies:

- a) Een combinatie van verschillende vormen van MT met OT is beter dan MT of OT alleen.
- b) Er is matig tot sterk bewijs dat MT1 of MT3 met OT effectiever is dan UMC, OT, MT of geen behandeling.
- c) Er is sterk bewijs dat bij chronische nekpijn de interventie niet op het symptomatische niveau hoeft te zijn.
- d) Er is matig bewijs dat MT1, MT2 en MT4 even effectief zijn.

Bespreking

Grosso modo is deze SR een bevestiging van voorgaande reviews waarin werd geconcludeerd dat MT een gunstig effect had bij de behandeling van nekpijn. Deze review heeft een poging gedaan om de brede term MT wat beter te beschrijven c.q. in te delen in vier klassen. Zodoende wordt iets beter inzichtelijk welke techniek eventueel verantwoordelijk is voor een effect. Daarnaast hebben de auteurs gefocust op nekpijn zonder bijkomende symptomen of traumatische oorzaken

(bijvoorbeeld whiplash). Ook dit maakt het makkelijker de resultaten naar de praktijk te vertalen.

Er zijn twee belangrijke uitkomsten in deze SR die van invloed kunnen zijn op de dagelijkse praktijk van de manueel therapeut. Ten eerste dat het combineren van MT met OT effectiever is dan een van de twee apart. Zeker voor die ene manueel therapeut die de manipulatie als monotherapie heilig vindt, is dit een wake-upcall. Gelukkig zijn dit nog maar enkelingen. Belangrijker nog is dat de behandeling niet per se op het symptomatische niveau hoeft te worden gegeven, vooral in het geval van chronische nekpijn. Dit kan belangrijk zijn ter voorkoming van bijwerkingen.

Wat wel opviel bij de beschrijving van de verschillende RCTs in deze review, is dat verschillende studies slechts een korte follow-up hadden en sommige een (zeer) korte behandelserie, een enkele studie zelfs slechts één behandeling. Dit maakt de vertaling naar de praktijk wel lastiger. Gelukkig zijn er SRs, meta-analyses en richtlijnen om hulpverleners te helpen bij het kiezen van de beste behandeling voor de individuele patiënt.



Dr. Ilse Swinkels-Meewis,
Amsterdam UMC, locatie VUmc



swinky@xs4all.nl