

Studie

Timing van behandeling bij een cervicale radiculopathie

Dit artikel werd eerder gepubliceerd in Physical Therapy 2022 als: **Timing of Evidence-Based Nonsurgical Interventions as Part of Multimodal Treatment Guidelines for the Management of Cervical Radiculopathy: A Delphi Study.** Thoomes E, Thoomes-de Graaf M, Cleland JA, Gallina A, Falla D. Phys Ther. 2022 May 5;102(5):pzab312. doi: 10.1093/ptj/pzab312

Cervicale radiculopathie is een klinische aandoening waarbij als gevolg van een beknelling van de zenuwwortel sensorische en motorische disfuncties optreden. Denk aan radiculare pijn, een doof gevoel, krachtsverlies en/of peesreflexverschillen. Met bewegingen en houdingen van de nek kunnen deze klachten beïnvloed worden.^{1,2} Een radiculopathie gaat vaak gepaard met radiculare pijn, maar dat hoeft niet altijd.³

Tekst: Erik Thoomes, Marloes de Graaf, Joshua Cleland, Alessio Gallina en Deborah Falla

Sinds tijden wordt bij cervicale radiculopathie (CR) een incidentie van 83 op 100.000 personen⁴ en een prevalentie van 3,5 per 1.000 personen verondersteld.⁵ Het natuurlijk beloop van CR is gunstig; de meeste (~83%) patiënten herstellen binnen 24 tot 36 maanden en ervaren al substantiële verbetering in de eerste 4 tot 6 maanden na aanvang van de klachten.⁶

Een conservatieve, niet-chirurgische aanpak heeft de voorkeur.⁷⁻¹¹ In een aantal systematische reviews⁷⁻⁹ en (inter) nationale richtlijnen¹²⁻¹⁶ staat beschreven waar die conservatieve behandeling dan uit zou kunnen bestaan. Normaal gesproken bevatten systematische reviews de uitkomsten van *randomized controlled trials* (RCT's). RCT's hebben onder andere als beperking dat ze geen geïndividualiseerde behandelingen gebruiken, maar één standaardbehandeling voor alle geïnccludeerde patiënten (om die af te zetten tegen een andere interventie). Dat beperkt de externe validiteit.^{17,18} RCT's houden meestal ook geen rekening met het stadium (bijvoorbeeld acuut, subacuut of chronisch) waarin een aandoening zich bevindt, of met de evolutie

van de aandoening door de tijd heen.¹⁹ Revalidatieprogramma's zijn echter vaak gebaseerd op de aanname dat sommige behandelmodaliteiten beter geschikt zijn in een meer acuut, reactief stadium en andere meer in een latere fase van het herstel.^{20,21}

Onze studie gebruikte een Delphi-methode met als doel om met experts op het gebied van de behandeling van patiënten met een CR, consensus te bereiken over de optimale timing van behandeltechnieken en interventies in de diverse stadia van een CR en door de evolutie van de aandoening heen.

Methode

De Delphi-studie werd geheel volgens de aanbevelingen van de Conducting and Reporting Delphi Studies (CREDES) opgezet en uitgevoerd.²² Ons onderzoeksteam benaderde zo veel mogelijk experts vanuit alle disciplines en van over de hele wereld. Uiteindelijk vonden we er 27 die bereid waren om mee te werken. Via een online platform zetten we drie opeenvolgende vragenrondes uit naar alle panelleden. In de eerste ronde stelden we alle mogelijke behandeltechnieken en interventies (die ons onderzoeksteam uit systematische reviews en richtlijnen – nationaal en internationaal – had geëxtraheerd) aan de panelleden voor. We vroegen ze welke interventie zij in welke mate effectief vonden in elk stadium van een CR. Als stadia werden de IASP-criteria van tijd aangehouden: acuut (< 6 weken), subacuut (6-12 weken) en chronisch (> 12 weken).^{23,24} In de eerste ronde konden panelleden zelf ook nog behandelinterventies of technieken toevoegen die dan in de tweede en derde ronde werden meegewogen. Na elke vragenronde verwijderden we de

behandelopties die niet door de voorafgestelde criteria kwamen en stelden we een nieuwe vragenronde op.

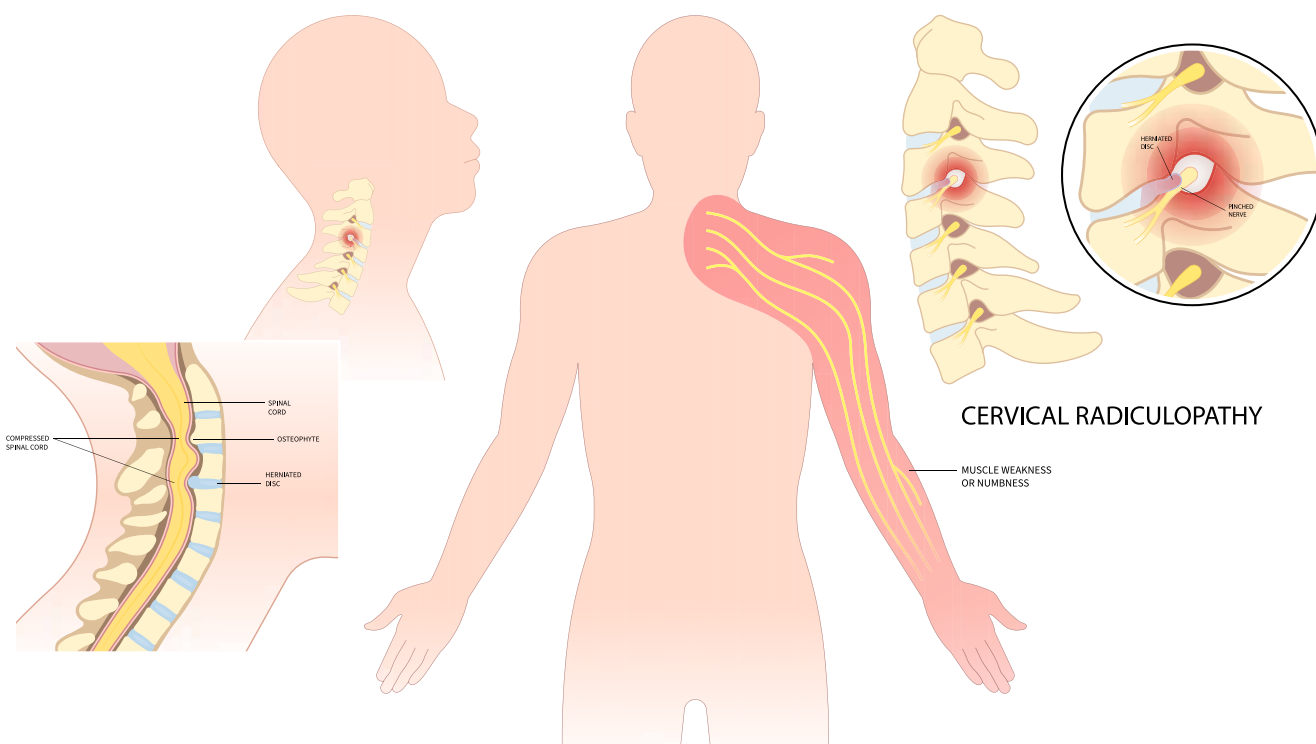
De mate van overeenstemming tussen de panelleden ('agreement') werd gemeten met een 5-punts-Likert-schaal. We gebruikten descriptieve statistiek om de mate van overeenstemming te meten (mediaan, interkwartiele ranges – afgekort IQR – en een percentage van de mate van overeenstemming). Consensus voor ronde drie was gebaseerd op ≥ 2 van de volgende: een mediane Likert-schaalwaarde van ≥ 4 , een IQR-waarde van ≤ 1 en/of een percentage van agreement $\geq 70\%$. Na drie rondes bleef er zo per stadium een aantal behandeltechnieken over die aanbevolen waren door het panel van experts (zie tabel 1 op www.kngf.nl/fysiopraxis).

Welke interventie is in welke fase het meest effectief?

Resultaten

De consensus van dit panel van 27 experts was dat in het acute stadium de focus van behandeling moet liggen op duidelijke en correcte informatieverstrekking aan de patiënt met een positief-versterkende en niet-nocebo-inhoud over de aandoening. Deze zou gepaard moeten gaan met manuele therapie die bestaat uit actieve en passieve mobilisatie, gericht op foraminale opening. Plus advies over pijnvermijdende of ontlastende houdingen.

In het subacute stadium is het een overweging de pijneducatie aan te vullen



met cognitieve gedragstherapie. Dit is afhankelijk van het cognitief-affectieve patiëntprofiel, bijvoorbeeld wanneer 'fear avoidance' een item wordt. De belangrijkste behandelcomponent zou moeten bestaan uit manuele therapie gecombineerd met geïndividualiseerde oefen-therapie die onder andere gericht is op motorische controle en neurodynamische mobilisatie. Ook is het een overweging de werkplek te inventariseren en ergonomische adviezen te geven.

In het chronische stadium zouden manuele therapie en neurodynamische mobilisatie nog enig nut kunnen hebben. Maar de focus zou meer moeten liggen op een meer actieve aanpak met zowel generieke aerobe training als regiospecifieke (kracht)training. Die moeten ondersteunend werken bij de individuele eisen die worden gesteld aan de houding van de patiënt in vrije tijd en werk.

Discussie

De resultaten van deze studie kunnen helpen een geïndividualiseerd behandelplan op te stellen voor een patiënt met CR, door de evolutie van de aandoening heen. De resultaten en de behandelinterventies die uiteindelijk geadviseerd worden, zijn vergelijkbaar met eerdere studies en richtlijnen. Ook al nemen die het stadium van de aandoening niet in overweging.

Er zijn ook wat opvallende verschillen. Zo was er binnen het panel onvoldoende

consensus over het gebruik van een halskraag in de eerste weken om deze behandeloptie in de laatste ronde van de Delphi-studie te kunnen voorstellen. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld een evidencebased richtlijn van de OPTIMA-collaboration²⁵ en een recente systematische review.⁹ Thoracale manipulatie werd als effectief gerapporteerd in een studie met een heterogene populatie van acute, subacute en chronische patiënten²⁶, maar ons panel vond het alleen in het subacute stadium zinvol. Ons panel vond ook neurodynamische mobilisaties niet zinvol in het acute stadium, ondanks recent tegenstrijdig bewijs.²⁷⁻³⁰

De resultaten van deze studie zijn dan ook bedoeld als een raamwerk van waaruit een geïndividualiseerd behandelprogramma kan worden opgesteld, rekening houdend met de reacties van de individuele patiënt op de toegepaste interventies.



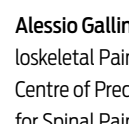
Erik Thoomes, Post-graduate research student, PhD candidate at Centre of Precision Rehabilitation for Spinal Pain (CPR Spine), School of

Sport, Exercise and Rehabilitation Sciences, College of Life and Environmental Sciences, University of Birmingham, Verenigd Koninkrijk; (sport)fysiotherapeut, manueel therapeut en onderzoeker bij Fysio-Experts, Hazerswoude

Marloes de Graaf, Fysiotherapeut, manueel therapeut, klinisch epidemioloog en onderzoeker bij Fysio-Experts, Hazerswoude; docent en coördinator wetenschap Manuele therapie, Breederode Hogeschool, Rotterdam



Joshua Cleland, Director of Research and Faculty Development in the DPT program at Tufts University School of Medicine, Boston, USA



Alessio Gallina, Lecturer in Musculoskeletal Pain and Rehabilitation, Centre of Precision Rehabilitation for Spinal Pain (CPR Spine), School of Sport, Exercise and Rehabilitation Sciences, College of Life and Environmental Sciences, University of Birmingham, Verenigd Koninkrijk



Deborah Falla, Chair in Rehabilitation Science and Physiotherapy, director Centre of Precision Rehabilitation for Spinal Pain (CPR Spine), School of Sport, Exercise and Rehabilitation Sciences, College of Life and Environmental Sciences, University of Birmingham, Verenigd Koninkrijk



erikthoomes@gmail.com



Literatuur:
www.kngf.nl/fysiopraxis