

Chronisch lage rugpijn

Geen verschil tussen gerichte en generieke manipulatie



Chronische lage rugpijn (CLRP) is beperkend en veroorzaakt hoge kosten voor de maatschappij. In ongeveer 30 procent van de praktijkrichtlijnen voor CLRP wordt aangegeven dat manipulaties onderdeel uitmaken van een multimodaal behandelprogramma. De vraag is op welk niveau de manipulaties moeten aangrijpen, op het pijnlijke niveau, dat vaak hypersensitief is, of op een ander niveau. Een aantal recente studies naar effect van directe manipulaties (op het pijnlijke niveau) versus generieke manipulaties (segment op enige afstand van het pijnlijke niveau), toont dat de laatste ook positieve effecten kunnen hebben.

Tekst: Ilse Swinkels

Het doel van deze studie was te onderzoeken wat het gemiddelde effect is van directe manipulaties, op het meest pijnlijke lumbale segment, versus generieke manipulaties bij personen met CLRP.

Methode en Materiaal

Design: randomised controlled trial
Een onderzoeker en vervolgens een manueel therapeut bepaalden

vooraftgaand aan de randomisatie of een patiënt kon deelnemen aan de studie. Randomisatie gebeurde door een computer-gegenereerde codelijst. De experimentele groep kreeg manipulaties op het niveau zoals aangegeven door het onderzoek van de therapeut, de controlegroep ontving manipulaties op het mid-thoracale niveau. Na een interventieperiode van 4 weken werden de uitkomsten onderzocht door een onderzoeker die geblindeerd was voor de randomisatie. Inclusiecriteria: Personen tussen 18 en 80 jaar met aspecifieke CLRP (> 12 weken). Minimum pijnintensiteit moest >drie zijn op de 11-punten Numerical Pain Rating Scale (NPRS). Behandelaar was een therapeut met ruime ervaring die ook het klinisch onderzoek uitvoerde. Door middel van een centrale en unilaterale anterior-posterior druk (ffl 4 kg.) werd het meest pijnlijke segment gezocht. Dit werd het segment waar de directe manipulatie op werd aangegrepen. Hierna opende de therapeut de envelop om te weten welke interventie moest worden gegeven. De experimentele groep ontving een high-velocity thrust manipulatie (HVT) op het gekozen segment. De

controlegroep ontving HVT-manipulatie op de midthoracale regio (rond T5-T6). Gedurende 4 weken ontvingen de deelnemers 10 manipulaties. Drie sessies per week gedurende de eerste twee weken en twee sessies gedurende de laatste twee weken.

Primaire uitkomstmaat: NPRS op 4 weken.

Secundaire uitkomstmaten: NPRS op 12 en 26 weken; Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ) en Global Perceived Effect scale (GPE) op 4, 12 en 26 weken; de pijndrempel door middel van een algometer op 4 weken.

Data analyse

De totale groepsgrootte werd berekend op 148 participanten, 74 per groep. De kenmerken van de participanten werden descriptief gerapporteerd. De interventie effecten en de 95 procent betrouwbaarheid intervallen (BI) werden berekend via mixed linear models waarbij 'tijd versus groep' interactie termen werden gebruikt. Alle analyses waren volgens de 'intention-to-treat' principes. De interpretatie van de bevindingen was meer via schatting dan via statistische significantie.

Resultaten

Rekrutering van de participanten gebeurde tussen februari 2017 en december 2018. 78 procent van de deelnemers was vrouw (gemiddelde leeftijd was 44). Klachtenduur was gemiddeld 6 maanden en met gemiddelde pijn en beperkingen niveaus. Bij inclusie waren er geen significante verschillen tussen de participanten. In de experimentele groep zijn 3 personen uitgevallen. In de controlegroep vielen twee patiënten uit. Gemiddeld werden er in de experimentele groep 8,7 (SD=2,6) en in de controlegroep 8,8 (SD=2,5) sessies gegeven.

In beide groepen was er een afname van de pijnintensiteit maar er was geen klinisch relevant verschil tussen de groepen op geen enkele follow-up bij geen enkele uitkomstmaat. In de controlegroep waren 4 patiënten die een tijdelijk toename van symptomen had. In de experimentele groep was dat bij niemand het geval.

Discussie

Deze studie onderzocht het effect van 10 manipulaties toegepast op het directe of een generiek niveau bij patiënten met CLRP. Er waren geen klinisch relevante verschillen op de uitkomstmaten van pijnintensiteit, beperkingen en globaal ervaren effect. In beide groepen was er een flinke reductie van de pijnintensiteit die op baseline best hoog was (NPRS>6). De gevonden pijnreductie zou dus verklaard kunnen worden door een regressie naar het gemiddelde en/of andere contextuele factoren.

Hoewel de fysiologische effecten van wervelkolom manipulaties nog niet volledig worden begrepen, zijn er wel enkele hypothesen voor de werkingsmechanismen. Deze kunnen worden ingedeeld in perifere mechanismen, ruggenmerg mechanismen en supraspinale mechanismen. Deze studie toont het belang aan van het concept van regionale afhankelijkheid. Namelijk dat een segment in de buurt van het aangedane segment ook op afstand effect kan hebben. Zoals bijvoorbeeld bij thoracale manipulaties die nekpijn kunnen beïnvloeden. Gebaseerd op de huidige resultaten is het dus niet nodig om erg specifiek te zijn bij het lokaliseren van de manipulaties bij patiënten met CLRP. Of deze effecten ook aanwezig zijn bij patiënten met acute of sub-acute lage rugpijn (LRP) moet worden onderzocht. Deze studie heeft belangrijke implicaties voor de dagelijkse praktijk. Hoewel

er geen verschil werd gevonden tussen beide groepen was er wel een belangrijke reductie in klachten. Zowel de voorkeuren van de patiënt, als de kunde en voorkeuren van de therapeut zouden betrokken kunnen worden bij de keuze van de interventie. Een therapeut zou bijvoorbeeld in het geval van LRP met een zeer hoge mate van pijn kunnen kiezen voor een manipulatie op een segment op afstand. Daarnaast moet een behandelaar verschillende tests uitvoeren om het aangedane segment te vinden. Voor manipulaties op afstand zijn deze tests, waarbij een patiënt vaak verschillende posities moet innemen, niet nodig. Een patiënt, die zich niet prettig voelt bij een manipulatie op de pijnlijke plaats, kan de keuze worden gegeven zonder het effect te verminderen.

Beperkingen

Blinding voor randomisatie van de behandelend manueel therapeut was niet mogelijk. De onderzoeker naar de uitkomsten was wel geblindeerd voor allocatie. Positief in deze studie was dat de interventie meer de klinische praktijk evenaarde vergeleken met de enige studie die eenzelfde interventie vergeleek, maar waarbij slechts één enkele manipulatie werd gegeven. Daarnaast werden uitgebreide maatregelen genomen om een zo laag mogelijk 'risk of bias' te hebben.

Conclusie

Omdat er geen klinisch relevante verschillen zijn tussen het effect van een manipulatie op het pijnlijke niveau, vergeleken met manipulaties op afstand van het aangedane niveau kunnen beide gebruikt worden ter reductie van de klachten.

De auteurs hebben onderzoek gedaan naar het verschil in effect tussen directe en generieke manipulaties. Ze vonden geen klinisch relevant verschillen in effect op geen enkele uitkomstmaat of follow-up. De auteurs vonden wel een reductie van symptomen in beide groepen, maar ze analyseerden niet of het significante verschillen waren. Er was een significant effect van manipulaties na 4, 12 of 26 weken vergeleken met het begin van de studie. Omdat er geen controlegroep was had dit misschien minder gezegd, maar het was m.i. ook een kleine moeite geweest deze analyse te doen. Het had ook meer gezegd over het beloop van

de uitkomstmaten. Wanneer we naar de tabel kijken die de uitkomsten per follow-up en per uitkomstmaat geeft, zien we dat de reductie van pijn intensiteit in de tijd afneemt (van NPRS = 6,3 via NPRS=3,3 en NPRS=3,6 naar NPRS = 4,4). De vermindering van ervaren beperkingen lijkt enigszins stabiel tot de 26ste week en het GPE is ook stabiel (GPE = 2,4-2,7). De rekrutering van patiënten gebeurde vanuit één fysiotherapie kliniek in een stadje in Brazilië. Dit beperkt de generaliseerbaarheid enigszins gelet op de mogelijk culturele verschillen van de gezondheidszorg en omdat het slechts één kliniek/praktijk betreft. Aan de andere kant maakt het de rekrutering eenvoudiger. Het is een hele inspanning om zoveel CLRP-patiënten te rekruteren en te motiveren voor follow-up.

Hoe zit het met de generaliseerbaarheid richting de Nederlandse praktijk van manueel therapeuten of fysiotherapeuten? In de KNGF-richtlijn wordt geadviseerd voorlichting en oefentherapie aan te bieden. En wordt geadviseerd: "Overweeg gedragsgeoriënteerde behandeling om de fysieke activiteit en participatie te optimaliseren bij patiënten met dominante (psychosociale) prognostische factoren." De generaliseerbaarheid van deze studie naar de Nederlandse fysiotherapeutische praktijk is laag. Een RCT naar een interventie is vaak enigszins kunstmatig teneinde een zo zuiver mogelijke interpretatie van het effect van die behandeling te verkrijgen. Volgens de huidige richtlijn 'lage rugpijn' kunnen manipulaties/mobilisaties worden overwogen, maar alleen indien het probleem mechanisch verklaard kan worden vanuit stoornissen binnen het neuro-musculoskeletaal systeem. En dan alleen als aanvulling op oefentherapie. Deze studie geeft aan deze aanbeveling weer iets meer body.



Dr. Ilse Swinkels-Meewis, VUMC, Amsterdam



swinky@xs4all.nl



Literatuur:
www.kngf.nl/fysiopraxis