

Patiënten met schouderklachten niet via de 'Standaard' naar de manueel therapeut

Gert Bergman et al. suggereren aan het eind van het verslag van hun fraaie trial over de effectiviteit van manuele therapie bij mensen met schouderklachten (H&W 2005;48:438-43) dat de NHG-Standaard Schouderklachten moet worden aangepast. Alle schouderpatiënten zouden in het vervolg op het bestaan van een functiestoornis in de schoudergordel moeten worden onderzocht en bij aanwezigheid daarvan moeten worden verwezen voor manuele therapie.

Wij vinden dat die conclusie verder gaat dan de onderzoeksbevindingen toelaten. In de inclusiefase van Bergmans trial werd bij door huisartsen verwezen patiënten door één manueel therapeutisch geschoolde onderzoeker de aanvullende diagnose 'functiestoornis van de schoudergordel' gesteld. Dit bleek bij 'ongeveer de helft' het geval. In deze groep hadden 'specifieke manipulaties' toegepast volgens de uitgangspunten van één manueel therapeutische 'school' een positief effect. De winst van de behandeling (ten opzichte van reguliere huisartsenzorg) bestond uit vermindering van pijn- en functieklachten. Bij 1 op 4,6 patiënten was er na 12 weken sprake van een versneld herstel; bij 1 op de 6 was het effect van lange duur. De daarbij behorende betrouwbaarheidsintervallen waren vrij breed.

De onderzoekers melden dat de herstelduur in dit onderzoek veel langer was dan in eerder Nederlands onderzoek in de huisartsenpraktijk. In de niet met manuele therapie behandelde groep was na 12 weken slechts 21% hersteld, na 26 weken 35% en na 52 weken nog steeds ditzelfde lage percentage. In de MT-groep waren deze cijfers respectievelijk 43, 41 en 52%. Het trage herstel doet denken aan selectie, vooral als je daarbij bedenkt dat het de helft van een groep betrof die als 'gewone huisartspatiënten' verwezen waren. Vermoeden van selectie maakt het moeilijk om de onderzoeksbevindingen

te generaliseren. Dat geldt te meer omdat Bergman et al. een diagnostisch systeem gebruiken dat als een black box mag worden betiteld: de testeigenschappen zijn volledig onbekend. In zo'n geval is de aanbeveling van de onderzoekers dat huisartsen moeten leren om een functiestoornis van de schoudergordel vast te stellen geen fraai voorbeeld van het soort evidence-based medicine waarop het standaardenbeleid van het NHG is gebaseerd. Een black box is niet betrouwbaar over te dragen en is daarom voorlopig niet aan te bevelen. Verwijzen naar een manueel therapeut ook niet, zolang niet objectief helder kan worden gemaakt dat deze tot een 'school' behoort die het – therapeutisch bescheiden – niveau van Bergman et al. kan evenaren. Samenvattend moet er om het fenomeen van ongerichte richtlijnen te voorkomen eerst meer onderzoek worden verricht naar de vraag welke subgroep van patiënten met schouderklachten voldoende baat heeft bij welke vorm van manuele therapie. Een uitnodiging aan Bergman et al. om op hun goed gekozen weg door te gaan.

*Siep Thomas, Arianne Verhagen,
afdeling huisartsgeneeskunde ErasmusMC*

Antwoord

De vele lacunes die in de huidige NHG-Standaarden geconstateerd zijn,¹ onderstrepen het belang van wetenschappelijke onderbouwing van standaarden. Het is daarom goed om kritisch te kijken naar de hoeveelheid bewijs die je nodig hebt voordat je tot implementatie besluit. Volgens Thomas en Verhagen is de generaliseerbaarheid van de resultaten van onze trial beperkt vanwege de niet algemene toepasbaarheid van 'specifieke manipulaties', en de wijze waarop patiënten voor deelname aan ons onderzoek zijn geselecteerd. Daar zijn wij het niet mee eens. Thomas en Verhagen gaan voorbij aan een belangrijke lacune in de NHG-Standaard en dus een lastige behandelkeuze voor de huisarts: voor een omvangrijke patiëntengroep waarbij het risico chronische schouderklachten verdubbeld is, bestond geen effectieve behandeling.²

Uit ons onderzoek blijkt dat de manipulatieve technieken nadrukkelijk een belangrijke bijdrage leveren aan een sneller en blijvend herstel van deze patiënten.

De manuele therapie bestond uit een aantal geprotocolleerde manipulaties en mobilisatie technieken die in samenspraak met deelnemende manueel therapeuten zijn vastgelegd. De technieken zijn goed omschreven in internationale leerboeken en worden veelvuldig toegepast binnen verschillende scholen manuele therapie. De patiëntselectie was gebaseerd op een serie cervicale bewegingstests uit de NHG-Standaard. Indien daarbij pijn en/of bewegingsbeperking aanwezig bleek, was manuele therapie geïndiceerd. Juist de combinatie van tests verkleint de kans dat patiënten zonder cervicale functiestoornis geselecteerd zijn (fout-positieve uitkomst), of dat patiënten met cervicale functiestoornis uitgesloten werden (fout-negatieve uitkomst). Daardoor is het onwaarschijnlijk dat patiënten zonder behandelindicatie voor manuele therapie wel mee doen en patiënten die dat wel hebben, niet mee doen. Maar mocht dat toch het geval zijn, dan zou daardoor het effect van manuele therapie verdunnen, maar onze resultaten blijven fier overeind.³

Ons inziens zal implementatie van de triage door de huisarts met de serie cervicale bewegingstests de huisarts meer houvast geven bij behandeling van deze groep patiënten met schouderklachten, bij wie na verwijzing voor manipulatieve technieken de ziektelast fors vermindert.

*Gert JD Bergman, Jan C Winters en
Geert van der Heijden*

1 Lacunes in huisartsgeneeskundige kennis. <http://nhg.artsennet.nl/download/&itmId=90&r=Y>.

2 Kuijpers T, Van der Windt DA, Van der Heijden GJ, Bouter LM. Systematic review of prognostic cohort studies on shoulder disorders. *Pain* 2004;109:420-31.

3 Knipschild P, Leffers P, Feinstein AR. The qualification period. *J Clin Epidemiol* 1991;44:461-4.