

Welke therapie bij (sub)acute nekpijn?

Zeventig procent van de mensen heeft wel eens last van pijn in de nek. Langdurige nekpijn valt te behandelen, maar wat is de beste behandelkeuze?

Bij een gerandomiseerd onderzoek naar de effectiviteit van manipulatie, medicatie of oefentherapie bij nekpijn, keken de onderzoekers naar de relatieve effectiviteit van deze therapieën op de korte en lange termijn. Gedurende maximaal 12 weken werden 272 personen behandeld, verdeeld over 3 verschillende therapiegroepen. De geïncludeerde patiënten waren tussen de 18 en 65 jaar oud, hadden nekpijn graad 1 of 2 (geclassificeerd door de *Bone and Joint Decade 2000-2010 Taskforce on Neck Pain*) en hadden een VAS-pijnscore hoger

dan 3 op een schaal van 0-10. Exclusiecriteria waren onder andere fracturen, instabiliteit, neurologische aandoeningen, zwangerschap en behandeling in de 3 maanden voorafgaand aan het onderzoek. De onderzoekers keken naar de mate van bewegingsbeperking van de nek, pijnvermindering, tevredenheid van de patiënt, medicatiegebruik en eventuele bijwerkingen tot 52 weken na inclusie.

Manuele therapie en oefentherapie bleken in dit onderzoek vergelijkbaar qua effectiviteit in pijnreductie en gaven beide betere resultaten dan medicatie. Patiënten in de manipulatiegroep waren meer tevreden dan de deelnemers in de andere twee groepen. Opvallend is dat het aantal manipulatiebehandelingen soms wel 23 in 12 weken bedroeg. De oefentherapiegroep kreeg oefeninstructie voor thuisbehandeling in 1 à 2 sessies

van een uur, dus een veel goedkopere therapie. De bewegingsbeperkingen in de cervicale wervelkolom verbeterden in alle groepen evenveel.

Het onderzoek laat zien dat na 12 weken de verschillen in resultaat tussen de manuele therapie en oefentherapie klein zijn. Dit onderzoek geeft echter geen inzicht in de effecten van een logische behandelvolgorde: een pijnlijke nek eerst met medicatie en rust behandelen totdat de VAS-pijnscore onder de 8 is, vervolgens in enkele sessies manuele therapie de cervicale bewegingsbeperkingen behandelen en daarna oefentherapie inzetten om de klachten blijvend te beperken. ■

Frans van der Kooij

Bronfort G, et al. Spinal manipulation, medication, or home exercise with advice for acute and subacute neck pain. Ann Intern Med 2012;156:1-10.

Obductie overbodig?

Obductie stuit bij veel mensen op weerstand. Een goed alternatief zou 'obductie' door middel van beeldvormend onderzoek zijn, maar hoe betrouwbaar kun je hiermee de doodsoorzaak vaststellen?

Om deze vraag te beantwoorden is in Engeland onderzocht of de doodsoorzaak net zo nauwkeurig vastgesteld kan worden met een MRI- of CT-scan, als met obductie. Hiervoor werd van de lichamen van 182 overledenen een MRI-scan en een CT-scan gemaakt, waarna er een obductie volgde. De doodsoorzaak werd met behulp van de 3 methoden door onafhankelijke beoordelaars vastgesteld en vervolgens werden de resultaten met elkaar vergeleken. Hier kwam uit naar voren dat in 32% (CT-scan) tot 43% (MRI-scan) van de gevallen de doodsoorzaak niet overeenkwam met de uitkomst van de obductie. Zelfs als de radioloog zeker was van zijn zaak, werd er bij obductie in 16% (CT-scan) tot 21% (MRI-scan) van de gevallen een andere doodsoorzaak gevonden. Bovendien waren radiologen het in een kwart van de gevallen niet eens over de doodsoorzaak

op basis van dezelfde CT- of MRI-scan. Vooral overlijden door een longembolie, longontsteking, of infarctering van de darmen werd bij beeldvormend onderzoek vaak niet herkend.

Al met al lijkt een CT-scan betrouwbaarder dan een MRI-scan om de doodsoorzaak vast te stellen, maar zijn ze beide een stuk minder nauwkeurig dan obductie. Aangezien het er nu juist

om gaat om de doodsoorzaak zo nauwkeurig mogelijk vast te stellen, lijkt er vooralsnog geen plaats voor beeldvormend onderzoek als alternatief voor obductie. ■

Jasper Schellingerhout

Roberts IS, et al. Post-mortem imaging as an alternative to autopsy in the diagnosis of adult deaths: a validation study. Lancet 2012;379:136-42.



Foto: Joost van den Broek/Hollandse Hoogte