

De behandeling van aspecifieke neklachten

E Plat, M Scherer, C van Weel

Inleiding

Dertig procent van de bevolking heeft in de loop van een jaar wel eens last van neklachten.¹ De puntprevalentie in de bevolking wordt geschat op 10 tot 15% en de *life-time* prevalentie ligt op 50 tot 70%.^{2,3} Nekpijn is, na lage rugpijn en schouderklachten, daarmee de meest voorkomende klacht van het bewegingsapparaat.⁴⁻⁶ De gevolgen van neklachten op maatschappelijk vlak zijn aanzienlijk: Borghouts berekende dat de kosten van de behandeling van neklachten in Nederland in 1996 686 miljoen dollar bedroegen.⁷

Samenvatting

Plat E, Scherer M, Van Weel C. De behandeling van aspecifieke neklachten. *Huisarts Wet* 2007;50(13):660-5.

Inleiding Aspecifieke neklachten zijn, na lage rugpijn en schouderklachten, de meest voorkomende klachten van het bewegingsapparaat. In Nederland is geen richtlijn beschikbaar voor de behandeling van aspecifieke neklachten. Doel van dit literatuuronderzoek is in kaart te brengen welke onderzochte eerstelijnsbehandelingsmogelijkheden effectief zijn.

Methode Wij verrichtten een systematisch literatuuronderzoek naar de behandeling van aspecifieke nekpijn in de databanken Cinahl, EMBASE, MEDLINE en Cochrane. Twee onderzoekers includeerden onderzoeken onafhankelijk van elkaar en beoordeelden de artikelen onafhankelijk van elkaar op wetenschappelijke bewijskracht.

Resultaten Na selectie van 157 artikelen, bleven er 41 over die aan de inclusiecriteria voldeden. Over medicamenteuze behandeling bij nekpijn is slechts zeer weinig gepubliceerd. Paramedische behandelingen zijn uitgebreid bestudeerd, maar de kwaliteit van de onderzoeken laat te wensen over.

Beschouwing Acute nekpijn benadert men bij voorkeur expectatief of met analgetica. Voor subacute en chronische nekpijn is manuele therapie in combinatie met oefentherapie veruit de beste behandelingsoptie. Andere behandelingen worden besproken. Er is behoefte aan kwalitatief goed onderzoek naar de effecten van paramedische behandelingen.

Georg-August Universiteit Göttingen, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen, Duitsland: E. Plat, huisarts-in-opleiding/gezondheidswetenschapper, thans (waarnemend) huisarts te Groesbeek, dr. M. Scherer, huisarts/onderzoeker; Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Afdeling Huisartsgeneeskunde: prof.dr. C. van Weel, hoogleeraar Huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: e.plat@chello.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Daarbij ligt het arbeidsverzuim ten gevolge van neklachten in dezelfde orde van grootte als dat bij lagerugpijn.⁸

Veel patiënten met neklachten bezoeken de huisarts niet. Zij kunnen de klachten eventueel met leefregels en *over-the-counter* medicatie de baas. Daar komt bij dat neklachten vaak *self-limiting* zijn, waardoor een bezoek aan de huisarts niet noodzakelijk is.⁹ Van de mensen die neklachten hebben, zoekt 15 tot 27% een vorm van hulpverlening.^{10,11}

Bij nekpijn gaat het in 98% van de gevallen om *aspecifieke* nekpijn.⁹ Dit betreft pijn in het gebied dat begrensd wordt door de basis van de schedel (aan de bovenzijde), de eerste borstwervel (aan de onderzijde) en zijdelings door de laterale aanhechtingen van de m. trapezius.¹² Over de etiologie van deze pijn is onvoldoende bekend: degeneratieve processen worden vaak als oorzaak gezien, maar zijn onvoldoende verklarend.^{13,14}

Naast de aspecifieke neklachten zijn er de *specifieke* oorzaken van nekpijn, zoals de cervicale hernia nuclei pulposi, fracturen, (metastasen van) maligniteiten, osteoporose en zeldzamere oorzaken als de ziekte van Bechterew, spinale infecties, verkalking van het ligamentum transversum van de atlas of een tendinitis van de m. longus colli.¹⁵

In *Huisarts en Wetenschap* verscheen in de serie Diagnostiek in 2004 een overzichtelijk artikel over nekpijn, waarin beschreven werd wat de huisarts met de anamnese en het lichamelijk onderzoek kan doen bij een patiënt met neklachten. Daarnaast werd de zinvolheid van aanvullend onderzoek in eigen beheer besproken, alsmede differentieel-diagnostische aspecten.¹⁶

De behandeling van aspecifieke nekpijn (verder: nekpijn) in de huisartsenpraktijk bestaat in de regel uit adviezen, medicamenteuze behandeling, een afwachtend beleid of behandeling door een paramedicus op verwijzing van de huisarts.¹⁷ Behandelingen door de diverse paramedici (zoals de fysiotherapeut, manueel therapeut of acupuncturist) zijn in wetenschappelijk verband uitgebreid onderzocht, in tegenstelling tot de medicamenteuze behandeling van nekpijn.¹⁸ In de Verenigde Staten is een evidence-based richtlijn voor de behandeling van nekpijn gepubliceerd.¹⁹ Daarnaast is in Duitsland momenteel een conceptrichtlijn 'Nekklachten' beschikbaar. Twee auteurs (EP en MS) verrichtten daarvoor een systematisch literatuuronderzoek naar de behandeling van nekpijn en ontwierpen aanbevelingen voor het huisartsgeneeskundig handelen in Duitsland. EP verrichtte deze werkzaamheden tijdens een internationale stage als onderdeel van zijn opleiding tot huisarts. In dit artikel presenteren wij de resultaten van de systematische literatuurreview, toegesneden op de Nederlandse huisartsgeneeskunde.

Wat is bekend?

- ▶ Nekpijn is, na rug- en schouderpijn, de meest voorkomende klacht van het bewegingsapparaat.
- ▶ Er is momenteel wereldwijd slechts één richtlijn beschikbaar (in de Verenigde Staten) voor het beleid bij specifieke nekklachten in de huisartsenpraktijk.

Wat is nieuw?

- ▶ Er is weinig literatuur beschikbaar over de medicamenteuze behandeling van nekpijn.
- ▶ Paramedische behandelingen zijn daarentegen veelvuldig onderzocht, maar de kwaliteit hiervan laat te wensen over.
- ▶ Manuele therapie is in combinatie met oefentherapie de meest effectieve behandeling bij subacute en chronische specifieke nekklachten.

Wij formuleerden daarbij de volgende onderzoeksvraag: Welke eerstelijnsbehandelingen voor specifieke nekpijn zijn zinvol op basis van de beschikbare evidence?

Methode

Wij verrichtten een systematisch literatuuronderzoek naar de behandelingsopties bij nekpijn. Daartoe doorzochten wij de volgende databanken:

- Cinahl (van maart 1982 tot en met oktober 2006);
- EMBASE (van 1980 tot en met oktober 2006);
- MEDLINE (van 1966 tot en met oktober 2006);
- Cochrane Library (tot en met oktober 2006).

We gebruikten de volgende zoektermen: cervic*, neck* in combinatie met pain*, discomf*, disord*, syndr*, nacken*, hws*, halsw*, zervik*, zervic*, cervic*, neck* in combinatie met spann*, schmerz*, syndr*, algie*.

De zoekstrategie was gericht op het vinden van oorspronkelijk onderzoek, systematische reviews en meta-analyses betreffende de behandeling van nekpijn. EP en MS beoordeelden de artikelen onafhankelijk van elkaar op basis van de samenvatting (of bij het ontbreken daarvan in eerste instantie op de titel) of, bij twijfel, op basis van de gehele tekst. Artikelen over nekklachten van *specifieke* origine werden in het onderzoek geïnccludeerd. De onderzoeken naar *specifieke oorzaken* (alsook *whiplash*) werden geëxcludeerd. De uitkomstmaten, waarop onderzoeken geïnccludeerd zijn, betreffen: pijn, functionaliteit en patiënttevredenheid. Alle Engels-, Duits- en Nederlandstalige artikelen waarin behandelingsopties werden besproken, werden geselecteerd. Bij verschil van mening bereikten de auteurs consensus door overleg. De referenties van de verkregen artikelen werden geïnspecteerd op andere relevante bronnen die op dezelfde manier voor inclusie werden beoordeeld. De potentieel relevante artikelen over behandeling van nekklachten werden in het geheel gelezen en beoordeeld op kwaliteit (zie verder).

Van de beschikbare literatuur zijn in eerste instantie de reviews gebruikt om de effectiviteit van behandelingen na te gaan, omdat

reviews het hoogste level of evidence hebben.

Deze reviews zijn op kwaliteit beoordeeld aan de hand van de volgende vragen.²⁰

- Zijn de vraagstelling en de methoden duidelijk beschreven?
- Zijn de precieze criteria gegeven die tot in- en exclusie van publicaties hebben geleid?
- Is de kwaliteit van de onderliggende onderzoeken beoordeeld?
- Is de variabiliteit (heterogeniteit) van de onderzoeken geanalyseerd?
- Zijn de conclusies daadwerkelijk gestoeld op wetenschappelijk materiaal?

De conclusies van de gebruikte reviews zijn vervolgens vergeleken met nog recentere resultaten van randomized controlled trials (RCT's), of met die van eerder verschenen RCT's indien daaraan niet werd gerefereerd in de reviews. Deze RCT's zijn vervolgens met behulp van de jasad-score gekwalificeerd.²¹ Dit is een schaal met zes stappen, waarmee de methodiek van een RCT kwalitatief gescoord kan worden. Bij een lage score (≤ 3) zijn de RCT's niet verwerkt.

Waar in de resultaten RCT's geciteerd worden, is steeds het aantal behandelde patiënten vermeld.

Indeling nekklachten

In veel onderzoeken deelt men nekklachten in op basis van de duur van de pijn.²³ De indeling luidt als volgt:

- acute nekpijn: 0 t/m 3 weken;
- subacute nekpijn: 4 t/m 12 weken;
- chronische nekpijn: > 12 weken.

Resultaten

Zoekresultaten

Van de in eerste instantie 3660 artikelen zijn 157 artikelen geïnccludeerd waarin een behandeling van nekklachten werd beschreven (*figuur*). Van de 50 overzichtsartikelen zijn uiteindelijk de meest recente (alle systematische reviews) 10 publicaties geselecteerd, omdat die de grootste tijdspanne wat betreft de bronnen besloegen. Van de 68 RCT's zijn alleen die met een hoge jasad-score gebruikt (totaal 31).

Behandelingsopties

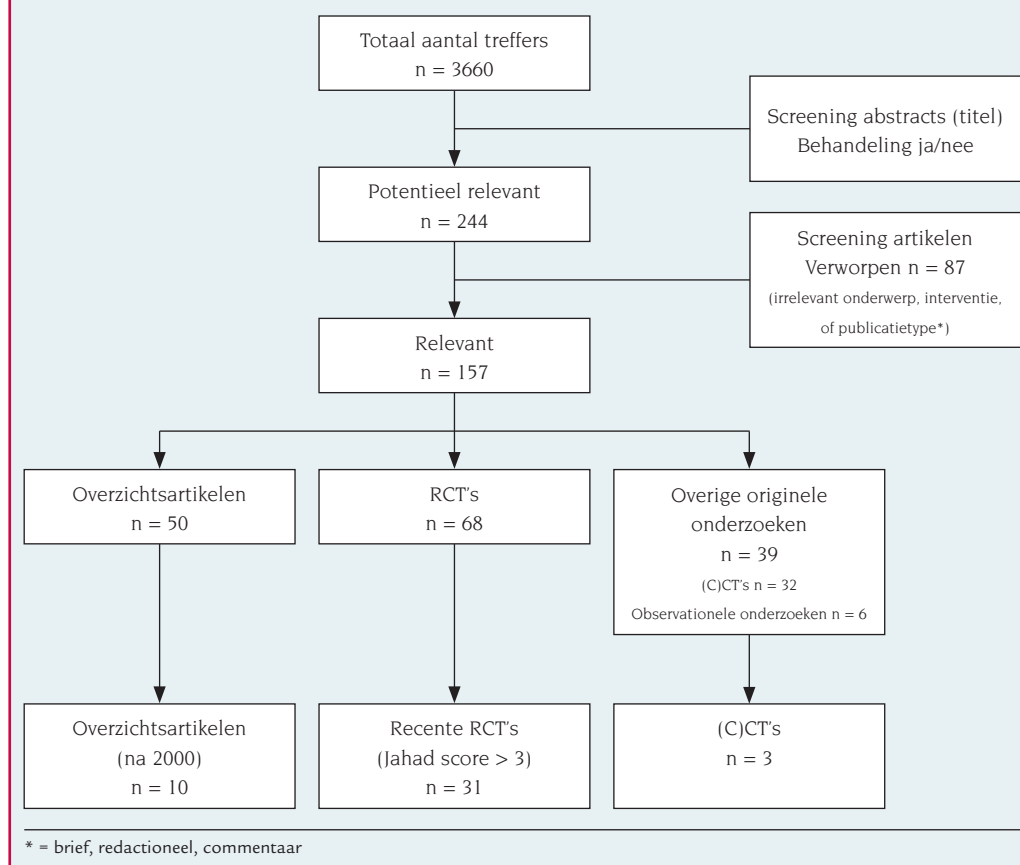
Deze paragraaf bevat een opsomming van de behandelingsopties van nekpijn in de eerste lijn waarover literatuur beschikbaar is.

Medicamenteuze behandeling

Analgetica

In tegenstelling tot lagerugpijn is er zeer weinig onderzoek verricht naar de medicamenteuze behandeling van nekpijn.^{23,24} Slechts één RCT rapporteert over de behandeling van acute nekpijn met paracetamol versus de niet in Nederland beschikbare NSAID glafenine. Deze middelen bleken in het onderzoek even

Figuur Literaturopbrengst



effectief wanneer het gaat om pijnreductie (n = 33).²⁵ Ibuprofen is vergeleken met manipulatie/mobilisatie van de cervicale wervelkolom bij 157 patiënten met subacute nekpijn, waarbij geen verschil in pijnreductie werd gezien tijdens de behandelingen.²⁶ Koes et al. evalueerden behandelingen door huisartsen met verschillende typen analgetica en educatie in vergelijking met placebo-fysiotherapie. Daaruit bleek dat bij subacute en chronische nekpijn na negen behandelweken NSAID's in vergelijking met de andere behandelingen ook geen significante meerwaarde hadden wat betreft pijnreductie.²⁷ Daarnaast ziet men bij het gebruik van de NSAID tenoxicam (eveneens niet in Nederland beschikbaar) in vergelijking met acupunctuur geen verschil bij chronische nekpijn in de reductie van pijn en bewegingsbeperking (n = 98).²⁸ De effectiviteit van paracetamol en NSAID's bij musculoskeletale pijn in het algemeen is wel goed onderbouwd.²⁹⁻³¹

Benzodiazepinen

Over specifiek gebruik van benzodiazepinen bij neklachten waren drie onderzoeken beschikbaar. In twee onderzoeken (respectievelijk n = 22 en 35) bij patiënten met acute nekpijn bleek diazepam niet werkzaam bij de reductie van pijn, waarbij tot 20 mg diazepam per dag werd gegeven.^{32,33} Bij gebruik van het niet in Nederland leverbare tetrazepam zag men in vergelijking met paracetamol een positief effect op pijnbeleving en *range-of-motion* bij acute neklachten (n = 20). Het ging hierbij om doseringen tot

150 mg/dag.³⁴ In het algemeen is van spierontspanners bekend dat ze werkzaam zijn bij spierpijn en spierkrampen. Het betreft dan spierontspanners als baclofen of dantroleen en benzodiazepinen in hoge doseringen (> 60 mg/dag).^{35,36} Voor de gebruikelijke startdoseringen van de in Nederland beschikbare benzodiazepinen lijkt, op basis van de beschikbare evidence, derhalve vooralsnog geen plaats in de behandeling van aspecifieke nekpijn.

Van de eveneens onderzochte middelen bij nekpijn cyclobenzaprine,^{32,37} eperisonhydrochloride,³⁸ fenobarbital,³³ en meprobamaat³⁹ werd geen effect op neklachten gerapporteerd. Deze medicamenten worden derhalve niet aangeraden.

Injecties

Van de diverse injecties die bij nekpijn onderzocht zijn, is bij chronische nekpijn al-

leen de werkzaamheid van lidocaïne (intramusculair) bewezen, voor zover de injecties gecombineerd worden met spierrekkingsoefeningen. Het effect kan tot drie maanden aanhouden, zoals uit twee onderzoeken bleek (respectievelijk n = 58 en 90).^{40,41} Toepassing hiervan lijkt alleen aangewezen door huisartsen met een specifieke bekwaamheid in het toedienen van dergelijke injecties.

Epidurale injecties met steroïden kunnen alleen met röntgenondersteuning worden toegediend en zijn niet geïndiceerd bij patiënten met aspecifieke nekpijn in de eerste lijn.^{42,43} Injecties met botulinetoxine,⁴⁴ multivitaminen,⁴⁵ water (intracutaan),⁴⁶ CO₂⁴⁷ of infiltratie van occipitale zenuwen^{48,49} blijken alle niet effectief en worden derhalve ontraden.

Niet-medicamenteuze behandeling

Oefentherapie

Hoewel oefentherapie een zeer heterogeen begrip is, blijkt uit de Cochrane-review van Kay et al. dat deze aanpak voornamelijk werkzaam is in combinatie met andere behandelingen.⁵⁰ Zo is bij chronische nekpijn de combinatie van oefeningen met manipulatie en/of mobilisatie van de cervicale wervelkolom effectief gedurende minstens drie maanden. Helaas komt uit de diverse onderzoeken niet naar voren welke oefeningen het meeste effect sorteren.^{51,52} Van oefentherapie als monotherapie is nog niet bewezen dat ze effectief is.⁵³

Manipulatie en mobilisatie

Bij patiënten met subacute of chronische nekpijn zijn manipulatie en mobilisatie bewezen effectief indien de behandeling wordt gecombineerd met oefentherapie (zie hierboven). Het resultaat is pijnreductie en een toename van de dagelijkse activiteiten, zoals blijkt uit een review van Gross et al.⁵¹ en een RCT van Evans et al. (n = 191).⁵⁴ Uit deze en andere onderzoeken blijkt echter niet of de combinatie van deze drie behandelingsmodaliteiten effectiever is dan alleen oefentherapie.^{55,56} Een recenter onderzoek uit eigen land (RCT, n = 183) laat daarentegen zien dat manipulatie van de cervicale wervelkolom als monotherapie wel degelijk effectiever is dan oefentherapie of behandeling door de huisarts in de vorm van medicatie en begeleiding.⁵⁷

Manipulatie van de cervicale wervelkolom kan echter wel met bijwerkingen gepaard gaan. Deze kunnen mild van aard zijn (zoals een toename van de nekpijn, duizeligheid of hoofdpijn),^{58,59} maar ook ernstig. In de literatuur worden zowel traumatische vaatletsels⁶⁰ als cerebrovasculaire accidenten beschreven.⁶¹ Experts schatten dat bij 1:400.000 tot 1: 400.000.000 manipulaties een ernstige complicatie voorkomt.⁶² De contra-indicaties voor cervicale manipulatie zijn talrijk en moeten aandachtspunt zijn voordat een patiënt behandeld wordt.⁶³ Cervicale mobilisatie heeft dan ook de voorkeur boven manipulatie.

Massage

In een recente Cochrane-review concludeert men dat massage slechts beperkt effectief is.⁶⁴ In veel onderzoeken naar de effecten van fysiotherapie onderzocht men combinaties van diverse fysiotherapeutische technieken. Zo is ook massage in combinatie met een keur aan behandelingsmodaliteiten bestudeerd (lymfedrainage, oefentherapie, tractie, mobilisatie en andere), waarbij veelal een positief effect werd gevonden.^{65,66} Door de combinatie met andere behandelingen kan echter niet worden vastgesteld of massage als monotherapie succesvol is en hoe groot het effect is. Daarom kunnen wij geen uitspraak doen over de zinvolheid van massage bij nekpijn.

Acupunctuur

Acupunctuur is alleen onderzocht bij patiënten met chronische nekpijn. Er zijn diverse vormen van placebo-acupunctuur vergeleken met acupunctuur, en daaruit bleek dat acupunctuur matig werkzaam is wat betreft de pijnbeleving (respectievelijk n = 124 en 123).⁶⁷⁻⁶⁹ Het is echter niet bekend hoe lang het effect aanhoudt. Om een therapeutisch effect te bereiken zijn in ieder geval minstens zes behandelingen nodig.⁷⁰ Daarmee kan acupunctuur in het therapeutisch arsenaal in de eerste lijn een optie zijn bij de behandeling van chronische nekpijn, maar vanwege het matige effect is deze aanpak niet te verkiezen boven de andere werkzame behandelingsopties.

Tractie

Over de behandeling van neklachten in de vorm van tractie zijn ook enkele reviews verschenen.^{71,72} De kwaliteit van de betreffen-

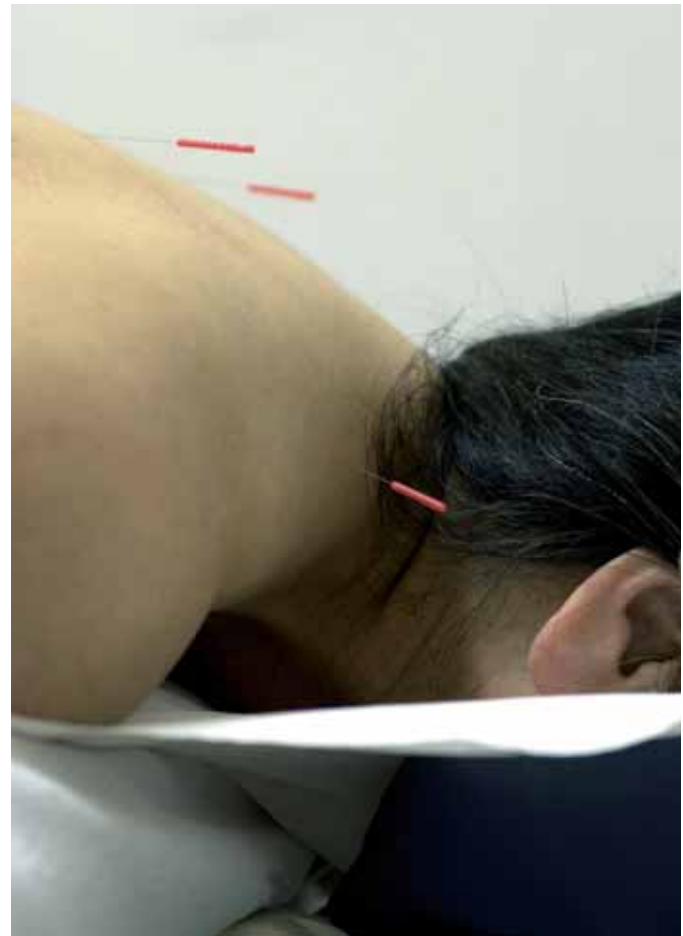


Foto: Paul van Riel/Hollandse Hoogte

de RCT's is echter slecht tot matig. Hoewel er kortdurende positieve effecten op de pijnbeleving worden gevonden, kunnen geen gefundeerde conclusies worden getrokken over de effectiviteit van tractie. Wij doen daarom geen uitspraak over de zinvolheid van tractie bij de behandeling van nekpijn.

Elektrotherapie

Bij TENS (*transcutaneous electric nerve stimulation*) variëren de behandelingsresultaten: bij chronische nekpijn lijkt TENS een positief effect te hebben op de pijnbeleving in vergelijking met placebo-TENS (n = 120),⁷³ terwijl er bij acute nekpijn geen pijnreductie was (n = 60).⁷⁴ Indien TENS gecombineerd wordt met andere modaliteiten, worden geen significante resultaten bereikt.⁷⁵ Daarom kunnen wij TENS niet aanraden, maar ook niet ontraden.

Voor andere onderzochte elektrotherapieën (zoals toepassing van galvanische stroom,^{76,77} *pulsed-electromagnetic-field-applicatie*⁷⁸ en elektrische spierstimulatie⁶⁶) lijkt, vanwege gebrek aan overtuigend bewijs, geen plaats in de behandeling van nekpijn.

Interdisciplinaire behandeling van nekpijn

Omdat nekpijn naast een fysieke ook een psychosociale dimensie kan hebben, wordt door enkele auteurs aanbevolen chronische neklachten interdisciplinair te benaderen.⁷⁹ Een interdisciplinaire benadering betekent in dit verband behandeling door in ieder geval een huisarts, fysiotherapeut en een psycholoog. In een

onderzoek van Ekberg et al. werd een interdisciplinaire benadering vergeleken met een medicamenteuze behandeling en vond men geen verschil wat betreft pijnreductie en werkhervatting (n = 107).⁸⁰ Uit een ander onderzoek, waarbij een psycholoog de patiënt zelf behandelde of het multidisciplinaire team adviseerde (zonder de patiënt zelf te zien), bleek ook geen bewijs voor de meerwaarde van een behandeling door een psycholoog bij de reductie van pijn of de verbetering van functionaliteit (n = 70).⁸¹ Deze resultaten worden bevestigd in een Cochrane-review van Karjalainen et al.⁸²

Hulpmiddelen bij neklachten: kussens en halskragen

De onderzoeken over het gebruik van verschillende kussens bij specifieke nekpijn waren onbruikbaar vanwege de slechte kwaliteit (jadad-score 0-1)⁸³⁻⁸⁵ of belangenverstrengeling.⁸⁶ In de genoemde onderzoeken wordt verondersteld dat het behoud van de natuurlijke cervicale lordose van belang is om klachten te voorkomen en/of te behandelen. Op grond van de literatuur doen wij geen uitspraak over de zinvolheid van een specifiek kussen ter behandeling van klachten van specifieke nekpijn. Halskragen zijn niet onderzocht bij specifieke nekpijn.

Beschouwing

Allereerst willen wij benadrukken dat er in deze review alleen artikelen over specifieke nekpijn zijn opgenomen. Onderzoeken naar de medicamenteuze behandeling van acute nekpijn zijn slechts op zeer kleine schaal voorhanden. De bestaande onderzoeken wijzen op een gunstig effect van paracetamol en NSAID's, zoals dat in het algemeen geldt bij de behandeling van musculoskeletale pijn. Deze medicamenten zijn dan ook een goede optie voor de behandeling van nekpijn. Behandeling van neklachten met een benzodiazepine is succesvol gebleken wanneer het middel hoog gedoseerd wordt. De neveneffecten van benzodiazepinen bij deze hoge doses zijn echter niet wenselijk en daarom lijken deze middelen vooralsnog geen plaats te hebben bij de behandeling van neklachten in de eerste lijn. Hoewel intramusculaire injecties met lidocaïne effect sorteren, lijken ook deze geen plaats te hebben in de huisartsgeneeskunde, omdat injecties in de nek niet tot het standaardtakenpakket van de huisarts behoren.

Voor de overige gerapporteerde medicamenten ontbreekt overtuigend bewijs.

Bij de paramedische behandelingen van nekpijn blijken vooral manipulatie en mobilisatie van de cervicale wervelkolom effectief te zijn. Dit geldt zowel voor de subacute als voor de chronische vormen van nekpijn. Zeker wanneer een dergelijke behandeling gecombineerd wordt met oefentherapie, wordt de patiënt er daadwerkelijk beter van. Omdat oefentherapie als monotherapie (nog) niet bewezen effectief is, raden we dus de gecombineerde behandeling aan.

De andere paramedische behandelingen lijken beduidend minder effectief. Zo heeft massage alleen een beperkt effect in combinatie met andere behandelingen en is het niet duidelijk of massage als monotherapie werkzaam is. Acupunctuur heeft slechts een matig

Abstract

Plat E, Scherer M, Van Weel C. The treatment of neck pain. *Huisarts Wet* 2007;50:(13):660-5.

Introduction Neck pain is, besides low back pain and shoulder complaints, the most common complaint of the musculoskeletal apparatus. In The Netherlands there is no guideline available for the treatment of neck pain. The aim of this review is to present the available evidence for the effective treatment of neck pain in primary care.

Methods We systematically reviewed the literature to the treatment of neck pain using the databases Cinahl, EMBASE, MEDLINE and Cochrane. Two researchers independently judged the available papers for inclusion and on scientific level of evidence.

Results After selection of 157 publications 41 met the criteria for inclusion. There are few scientific papers available about the medicinal treatment of neck pain. Therapies supplied by paramedics are in relative large amounts available, but are often of poor methodological quality.

Discussion Acute neck pain can be treated conservative or with analgesics. For subacute and chronic neck pain manual therapy, especially in combination with exercise therapy, is the best option to treat patients. Other paramedic treatments are discussed. There is a need for further research of good quality in the field of paramedic treatments.

effect op de pijnbeleving bij chronische nekpijn en de kwaliteit van de onderzoeken naar tractie is zo beperkt dat we geen gefundeerde uitspraken kunnen doen over de zinvolheid van deze therapie. Van de elektrotherapieën lijkt alleen TENS een beperkte plaats te hebben in de pijnreductie bij patiënten met chronische nekpijn. Er is geen ondersteunend bewijs voor de meerwaarde van een interdisciplinaire benadering.

Acute, subacute en chronische nekpijn

Bij specifieke nekpijn kan de huisarts, in overleg met de patiënt, in principe kiezen voor een afwachtend beleid. Dit geldt vooral voor acute nekpijn, omdat de pijn vaak een self-limiting of recidiverend karakter heeft.^{9,87} De voordelen van afwachten zijn dat men onnodige medicalisering voorkomt en middelen en kosten spaart. Wanneer er een wens voor behandeling bestaat, dan zijn analgetica per os geschikt voor de behandeling van acute nekpijn. Bestaat de nekpijn langer dan drie weken en gaat de voorkeur uit naar inschakeling van een paramedische discipline, dan wordt aanbevolen de patiënt te verwijzen voor manuele therapie, bij voorkeur in combinatie met oefentherapie. Wij willen hierbij opmerken dat de verwachtingen van de patiënt⁸⁸ en de wens een bepaalde therapievorm voorgeschreven te krijgen de resultaten van een behandeling positief kunnen beïnvloeden.^{89,90} Dat kan de reden zijn dat patiënten bij herhaling om een bepaalde behandeling vragen waarvan de evidence-based achtergrond beperkt is. Dit maakt het verdedigbaar in tweede instantie andere behandelingen in te zetten, zoals tractie, TENS, massage of acupunctuur, als de patiënt daaraan uitdrukkelijk de voorkeur geeft.

Sterke en zwakke punten

De aanbevelingen die gedaan zijn, vloeien voort uit een systematisch literatuuronderzoek, waarbij de publicaties door twee auteurs onafhankelijk van elkaar gescreend zijn voor inclusie en vervolgens beoordeeld zijn op de wetenschappelijke kwaliteit. Dit geldt zowel voor de reviews als voor de andere oorspronkelijk onderzoeken. De conclusies berusten op reviews, meta-analyses of RCT's met een hoge jadad-score, waardoor het niveau van bewijskracht hoog is.

De beschikbare literatuur over de behandeling van nekklachten laat echter te wensen over. Over de medicamenteuze behandeling van nekpijn is zeer weinig geschreven. Daar komt bij dat de betreffende onderzoeken meestal zijn uitgevoerd met in Nederland weinig gangbare medicamenten. Naar de paramedische behandelingen is evident meer onderzoek verricht. De kwaliteit van veel onderzoeken liet echter te wensen over en daardoor werden ze niet in de analyse meegenomen. Onderzoeken die wel voldeden aan de kwaliteitscriteria, werden meestal gekenmerkt door een ontwerp waarbij een set therapeutische modaliteiten werd vergeleken met een set andere modaliteiten. Daardoor konden we bij deze onderzoeken slechts beperkt conclusies over effecten van op zichzelf staande behandelingen trekken. Dat is vooral het geval bij de onderzoeken naar massage en oefentherapie.

Context

Zoals eerder gezegd vormt deze systematische review de basis voor het onderdeel *behandelingen* van de Duitse richtlijn Nekklachten voor de huisarts.¹⁸ Deze richtlijn is recent ontwikkeld en wordt momenteel in de praktijk getoetst op bruikbaarheid. De behandelingsadviezen in de Amerikaanse standaard nekklachten komen

grotendeels overeen met de conclusies uit onze review, maar in de Verenigde Staten komen de paramedici veel sneller in beeld, alsmede het aanvullend onderzoek.¹⁹

Zoals aangegeven is de wetenschappelijke kwaliteit van veel onderzoeken naar paramedische behandelingen van nekklachten onvoldoende. Toch hebben wij op basis van de beperkte hoeveelheid kwalitatief goede bronnen bruikbare evidence-based conclusies kunnen trekken. De behoefte aan kwalitatief goede onderzoeken (RCT's) die de effecten van unimodale (paramedische) behandelingen kwantificeren en onderling vergelijkbaar maken, is hiermee echter wel duidelijk geworden.

Gezien de frequentie waarin nekklachten voorkomen en de belasting van de eerste lijn, zou er mogelijk door het NHG een richtlijn nekklachten ontwikkeld kunnen worden, waarbij deze review als uitgangspunt voor de behandeling kan dienen.

Conclusie

In dit artikel geven wij een overzicht van de bestaande behandelingsopties bij specifieke nekpijn in de eerste lijn. Voor de praktijk van elke dag betekent dit dat huisartsen zich aan de gegeven behandelingsopties kunnen houden en de patiënt daarmee, voor zover bekend, optimaal behandelen.

Dankbetuiging

MS is ondersteund in de vorm van een 'Young Investigators' Award' van het Duitse ministerie van Onderwijs en Wetenschappen (subsidienummer: 01 GK 0516).

De literatuurlijst van dit artikel vindt u op de website www.nhg.org, onder het kopje 'H&W extra'.

Dit is een bijlage bij Plat E, Scherer M, Van Weel C. De behandeling van aspecifieke nekklachten. Een systematisch literatuuronderzoek. *Huisarts Wet* 2007;50(13):660-5.

Literatuur

- 1 Borghouts JAJ, Koes BW, Bouter LM. The clinical course and prognostic factors of non-specific neck pain. *Pain* 1998;77:1-13.
- 2 Bovim G, Schrader H, Sand T. Neck pain in the general population. *Spine* 1994;19:1307-9.
- 3 Cote P, Cassidy JD, Carroll L. The Saskatchewan Health and Back Pain Survey. The prevalence of neck pain and related disability in Saskatchewan adults. *Spine* 2000;26:1109-17.
- 4 Makela M, Heliövaara M, Sievers K, Impivaara O, Knekt P, Aromaa A. Prevalence, determinants, and consequences of chronic neckpain in Finland. *Am J Epidemiol* 1991;134:1356-67.
- 5 Webb R, Brammah T, Lunt M, Urwin M, Allison T, Symmons D. Prevalence and predictors of intense, chronic, and disabling neck and back pain in the UK general population. *Spine* 2003;28:1195-202.
- 6 Hasvold T, Johnsen R. Headache and neck and shoulder pain – frequent and disabling complaints in the general population. *Scand J Prim Health Care* 1993;11:219-24.
- 7 Borghouts JAJ, Koes BW, Vondeling H. Cost-of-illness of neck pain in the Netherlands in 1996. *Pain* 1999;80:629-36.
- 8 White AR, Ernst E. A systematic review of randomized controlled trials of acupuncture for neck pain. *Rheumatology (Oxford)* 1999;38:143-7.
- 9 Vos K. Clinical course and prognostic factors in acute neck pain. An inception cohort study in general practice [Proefschrift]. Rotterdam: Optima Grafische Communicatie, 2006.
- 10 Andersson HI, Eilertsson G, Leden I, Schersten B. Impact of chronic pain on health care seeking, self care, and medication. Results from a population-based Swedish study. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:503-9.
- 11 Felson DT, Meenan RF, Dayno SJ, Gertman P. Referral of musculoskeletal disease patients by family and general practitioners. *Arthritis Rheum* 1985;28:1156-62.
- 12 Merslkey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2^e ed. Seattle (USA): International Association for the Study of Pain, 1994.
- 13 Van der Donk J, Schouten J, Passchier J, Van Romunde LK, Valkenburg HA. The associations of neck pain with radiological abnormalities of the cervical spine and personality traits in a general population. *J Rheumatol* 1991;18:1884-9.
- 14 Gore DR, Sepic SB, Gardner GM. Roentgenographic findings of the cervical spine in asymptomatic people. *Spine* 1986;11:521-4.
- 15 Scherer M, Niebling W. Die Primärvorsorgung von Patienten mit Nackenschmerzen. *Z Allg Med* 2005;81:348-58.
- 16 Vos CJ, Verhagen AP, Hermans GPH. Nekpijn. *Huisarts Wet* 2004;47:306-9.
- 17 Vos C, Verhagen A, Passchier J, Koes B. Management of acute neck pain in general practice: a prospective cohort study. *Br J Gen Pract* 2007;57:23-8.
- 18 DEGAM Leitlinie X Nackenschmerzen. www.degam.de/leitlinien.
- 19 National Guideline Clearinghouse. Guideline title: Neck and upper back. www.guideline.gov.
- 20 Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology* 2007;7:10.
- 21 Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized controlled trials: is blinding necessary? *Contr Clin Trials* 1996;17:1-12.
- 22 Nachev AL, Johnsson E. Neck and back pain: the scientific evidence of causes, diagnosis and treatment. Baltimore (USA); Lippincott Williams and Williams, 2000;1-12.
- 23 Koes BW, Scholten RJ, Mens JM, Bouter LM. Efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: a systematic review of randomised clinical trials. *Ann Rheum Dis* 1997;56:214-23.
- 24 Van Tulder MW, Scholten PJPM, Koes BW, Deyo RA. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2000a. www.thecochranelibrary.com.
- 25 Choffray UD, Crielaard JM, Albert A, Franchimont P. Comparative study of high bio-availability glaphenine and paracetamol in cervical and lumbar arthrosis. *Clin Rheum* 1987;6:518-25.
- 26 Dostal C, Pavelka K, Lewit K. Ibuprofen in the treatment of the cervicocranial syndrome in combination with manipulative therapy. *Fysiatr Revmatol Vestn* 1978;56:258-63.
- 27 Koes BW, Bouter L, Van Mameren H, Esser AHM, Verstegen GMJR, Hofhuizen DM, et al. The effectiveness of manual therapy, physiotherapy, and treatment by the general practitioner for non-specific back and neck complaints. *Spine* 1992;17:28-35.
- 28 Giles LG, Muller R. Chronic spinal pain syndromes: a clinical pilot trial comparing acupuncture, a nonsteroidal anti-inflammatory drug, and spinal manipulation. *J Manipulative Physiol Ther* 1999;22:376-81.
- 29 Barkin RL. Acetaminophen, aspirin, or ibuprofen in combination analgesic products. *Am J Ther* 2001;8:433-42.
- 30 Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic non-specific low back pain: a systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine* 1997;22:2128-56.
- 31 Van Tulder MW, Scholten RJ, Koes BW, Deyo RA. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2000. www.thecochranelibrary.com.
- 32 Basmajian JV. Cyclobenzaprine hydrochloride effect on skeletal muscle spasm in the lumbar region and neck: two double-blind controlled clinical and laboratory studies. *Arch Phys Med Rehabil* 1978;59:58-63.
- 33 Basmajian JN. Reflex cervical muscle spasm: treatment by diazepam, phenobarbital or placebo. *Arch Phys Med Rehabil* 1983;64:121-4.
- 34 Salzmann E, Wiedemann O, Löffler L, Sperber H. Tetrazepam in the treatment of acute cervical syndrome. Randomized double-blind pilot study comparing tetrazepam and placebo. *Fortschr Med* 1993;111:544-8.
- 35 Beebe FA, Barkin RL, Barkin S. A clinical and pharmacologic review of skeletal muscle relaxants for musculoskeletal conditions. *Am J Ther* 2005;12:151-71.
- 36 Van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, Solway S, Bouter LM. Muscle relaxants for non-specific back pain. A Cochrane systematic review. *Cochrane Database Syst Rev* 2003. www.thecochranelibrary.com.
- 37 Nasswetter G, De Los Santos AR, Marti ML, Girolamo GD. Asociacion de clonixinato de lisina con ciclobenzaprina en afecciones dolorosas del raquis con contractura muscular. *Pren Med Argent* 1998;85:507-14.
- 38 Bose K. The efficacy and safety of eperisone in patients with cervical spondylosis: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Meth Exp Find Clin Pharmacol* 1999;21:209-13.
- 39 Payne RW, Sorenson EJ, Smalley TK, Brandt EN Jr. Diazepam, meprobamate, and placebo in musculoskeletal disorders. *JAMA* 1964;20:229-32.
- 40 Hong CH. Lidocaine injection versus dry needling to myofascial trigger point. The importance of the local twitch response. *Am J Phys Med Rehabil* 1994;73:256-63.
- 41 Esenyel M, Caglar N, Aldemir T. Treatment of myofascial pain. *Am J Phys Med Rehabil* 2000;79:48-52.
- 42 Boswell MV, Hansen HC, Trescot AM, Hirsch JA. Epidural steroids in the management of chronic spinal pain and radiculopathy. *Pain Physician* 2003;6:319-34.
- 43 Boswell MV, Shah RV, Everett CR, Sehgal N, Brown AM, Abdi S. Interventional techniques in the management of chronic spinal pain: evidence-based practice guidelines. *Pain Physician* 2005;8:1-47.
- 44 Peloso PM, Gross AR, Haines TA, Trinh K, Goldsmith CH. Medicinal and injection therapies for mechanical neck disorders: a Cochrane

- systematic review. *J Rheumatol* 2006;33:957-67.
- 45 Dennert R, Munzenberg KJ, Haase W. Therapy of cervico-brachialgia. Controlled clinical comparison of a high-dose combination of neurotropic vitamins with an analgesic. *Fortschr Med* 1976;94:595-8.
 - 46 Sand T, Bovim G, Helde G. Intracutaneous sterile water injections do not relieve pain in cervicogenic headache. *Acta Neurol Scand* 1992;86:526-8.
 - 47 Brockow T, Dillner A, Franke A. Analgesic effectiveness of subcutaneous carbon-dioxide insufflations as an adjunct treatment in patients with non-specific neck or low back pain. *Complement Ther Med* 2001;9:68-76.
 - 48 Terzi T, Karakurum B, Ucler S, Inan LE, Tulumay C. Greater occipital nerve blockade in migraine, tension-type headache and cervicogenic headache. *J Headache Pain* 2002;3:137-41.
 - 49 Inan N, Ceyhan A, Inan L, Kavaklioglu O, Alptekin A, Unal N. C2/C3 nerve blocks and greater occipital nerve block in cervicogenic headache treatment. *Funct Neurol* 2001;16:239-43.
 - 50 Kay TM, Gross A, Goldsmith C, Santaguida PL, Hoving J, Bronfort G. Cervical overview group. Exercises for mechanical neck disorders: a Cochrane systematic review. *Cochrane Database Syst Rev* 2005. www.thecochranelibrary.com.
 - 51 Gross AR, Hoving JL, Haines TA, Goldsmith CH, Kay T, Aker P, et al. A Cochrane review of manipulation and mobilization for mechanical neck disorders. *Spine* 2004;29:1541-8.
 - 52 Chiu TT, Lam TH, Hedley AJ. A randomized controlled trial on the efficacy of exercises for patients with chronic neck pain. *Pain* 2005;30:E1-E7.
 - 53 Smidt N, De Vet HCW, Bouter LM, Dekker J. Effectiveness of exercise therapy: a best-evidence summary of systematic reviews. *Austral J Physiother* 2005;51:71-85.
 - 54 Evans R, Bronfort G, Nelson B, Goldsmith CH. Two-year follow-up of a randomized clinical trial of spinal manipulation and two types of exercise for patients with chronic neck pain. *Spine* 2002;27:2383-9.
 - 55 Bronfort G, Evans R, Nelson B. A randomized clinical trial of exercise and spinal manipulation for patients with chronic neck pain. *Spine* 2001;26:788-97.
 - 56 Hoving JL, Koes BW, De Vet HC, Van der Windt DA, Assendelft WJ, Van Mameren H, et al. Manual therapy, physical therapy, or continued care by a general practitioner for patients with neck pain. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2002;136:713-22.
 - 57 Jull G, Trott P, Potter H, Zito G, Niere K, Shirley D, et al. A randomized controlled trial of exercise and manipulative therapy for cervicogenic headache. *Spine* 2002;27:1835-43.
 - 58 Hurwitz EL, Morgenstern H, Vassilaki M, Chiang LM. Frequency and clinical predictors of adverse reactions to chiropractic care in the UCLA neck pain study. *Spine* 2005;30:1477-84.
 - 59 Ernst E. Prospective investigations into the safety of spinal manipulation. *J Pain Symptom Manage* 2001;21:238-42.
 - 60 Chen WI, Chen CH, Wu YL, Lee CH. Vertebral artery dissection and cerebellar infarction following chiropractic manipulation. *Emerg Med J* 2006;23:e1.
 - 61 Rothwell DM, Bondy SJ, Williams SJ. Chiropractic manipulation and stroke: a population-based case-control study. *Stroke* 2001;32:1054-60.
 - 62 Haldeman S, Kohlbeck FJ, McGregor M. Unpredictability of cerebrovascular ischemia associated with cervical spine manipulation therapy: a review of sixty-four cases after cervical spine manipulation. *Spine* 2002;27:49-55.
 - 63 The Canadian Chiropractic Association. Neck pain clinical practice guideline. www.ccachiro.org.
 - 64 Haraldsson BG, Gross AR, Myers CD, Ezzo JM, Morien A, Goldsmith C, et al. Massage for mechanical neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2006. www.thecochranelibrary.com.
 - 65 Gam AN, Warming S, Larsen LH, Jensen B, Hoydalsmo O, Allon I, et al. Treatment of myofascial trigger-points with ultrasound combined with massage and exercise – a randomised controlled trial. *Pain* 1998;77:73-9.
 - 66 Karlberg M, Magnusson M, Malmstrom EM, Melander A, Moritz U. Postural and symptomatic improvement after physiotherapy in patients with dizziness of suspected cervical origin. *Arch Phys Med Rehabil* 1996;77:874-82.
 - 67 Trinh KV, Graham N, Gross AR, Goldsmith CH, Wang E, Cameron ID, et al. Acupuncture for neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2006. www.thecochranelibrary.com.
 - 68 White P, Lewith G, Prescott P, Conway J. Acupuncture versus placebo for the treatment of chronic mechanical neck pain: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2004;141:911-9.
 - 69 Vas J, Perea-Milla E, Méndez C, Navarro CS, Rubio L, Brioso JM, et al. Efficacy and safety of acupuncture for chronic uncomplicated neck pain: A randomised controlled study. *Pain* 2006;126:245-55.
 - 70 Ezzo J, Berman B, Hadhayzy VA, Jadad AR, Lao L, Singh BB. Is acupuncture effective for the treatment of chronic pain? A systematic review. *Pain* 2000;86:217-25.
 - 71 Graham N, Gross AR, Goldsmith C, et al. Mechanical traction for mechanical neck disorders: a systematic review. *J Rehabil Med* 2006;38:145-52.
 - 72 Van der Heijden GJ, Beurskens AJ, Koes BW, Assendelft WJ, De Vet HC, Bouter LM. The efficacy of traction for back and neck pain: a systematic, blinded review of randomized clinical trial methods. *Phys Ther* 1995;75:93-104.
 - 73 Hsueh TC, Cheng PT, Kuan TS, Hong CZ. The immediate effectiveness of electrical nerve stimulation and electrical muscle stimulation on myofascial trigger points. *Am J Phys Med Rehabil* 1997;76:471-6.
 - 74 Nordemar R, Thorner C. Treatment of acute cervical pain – a comparative group study. *Pain* 1981;10:93-101.
 - 75 Persson LC, Lilja A. Pain, coping, emotional state and physical function in patients with chronic radicular neck pain. A comparison between patients treated with surgery, physiotherapy or neck collar – a blinded, prospective randomized study. *Disabil Rehabil* 2001;23:325-35.
 - 76 Ammer K, Rathkolb O. Physical therapy in occipital headaches. *Manual Medicine* 1990;28:65-8.
 - 77 Philipson T, Haagensen N, Laumann V, Nies M, Thorup K, Hansen TI. The effect of diadynamic current on chronic soft-tissue pain in the neck and shoulder girdle. *Ugeskr Laeger* 1983;145:479-81.
 - 78 Foley-Nolan D, Barry C, Coughlan RJ, O'Connor P, Roden D. Pulsed high frequency (27MHz) electromagnetic therapy for persistent neck pain. A double blind, placebo-controlled study of 20 patients. *Orthopedics* 1990;13:445-51.
 - 79 Allegrante J. The role of adjunctive therapy for chronic non-malignant pain. *Am J Med* 1996;10:33S-39S.
 - 80 Ekberg K, Bjorkqvist B, Malm P, Bjerre-Kiely B, Axelson A. Controlled two year follow up of rehabilitation for disorders in the neck and shoulders. *Occup Environ Med* 1994;51:833-8.
 - 81 Jensen I, Nygren A, Gamberale F, Goldie I, Westerholm P, Jonsson E. The role of the psychologist in multidisciplinary treatments for chronic neck and shoulder pain: a controlled cost-effectiveness study. *Scand J Rehabil Med* 1995;27:19-26.
 - 82 Karjalainen M, Malimivaara A, Van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2003. www.thecochranelibrary.com.
 - 83 Persson L, Moritz U. Neck support pillows: a comparative study. *J Manipulative Physiol Ther* 1998;21:237-40.
 - 84 Ambrogio N, Cuttifford J, Lineker S, Li L. A comparison of three types of neck support in fibromyalgia patients. *Arthritis Care Res* 1998;11:405-10.
 - 85 Hagino C, Boscarol J, Dover L, Letendre R. Before/after study to determine the effectiveness of the align-right cylindrical cervical pillow in reducing chronic neck pain severity. *J Man Physiol Ther* 1998;21:89-93.
 - 86 Lavin RA, Pappagallo M, Kuhlemeier KV. Cervical pain: a comparison of three pillows. *Arch Phys Med Rehabil* 1997;78:193-8.
 - 87 Luime JJ, Koes BW, Miedem HS, Verhaar JA, Burdorf A. High incidence and recurrence of shoulder and neck pain in nursing home employees was demonstrated during a 2-year follow-up. *J Clin Epidemiol* 2005;58:407-13.
 - 88 Metcalfe C. An investigation of patients' expectations of outpatient

physiotherapy for peripheral musculoskeletal conditions and their effect on treatment outcome [Proefschrift]. Hull: University of Hull, 2003. Citation of: Klaber Moffett JA, Jackson DA, Richmond S, et al. Randomised trial of a brief physiotherapy intervention compared with usual physiotherapy for neck pain patients: outcomes and patients' preference. *BMJ* 2005;330:75.

89 Torgerson DJ, Klaber-Moffett J, Russell IT. Patient preferences in randomised trials: threat or opportunity? *J Health Serv Res Policy* 1996;1:194-7.

90 Torgerson DJ, Sibbald B. Understanding controlled trials. What is a patient preference trial? *BMJ* 1998;316:360.