

Kinesitherapie vroegtijdig starten bij volwassenen met acute lagerugpijn?

Referentie

Fritz JM, Magel JS, McFadden M, et al. Early physical therapy vs usual care in patients with recent-onset low back pain: a randomized clinical trial. JAMA 2015;314:1459-67.

Duiding

Jean-Marc Feron, CAMG UCL

Klinische vraag

Heeft vroegtijdig starten met kinesitherapie na 3 maanden een beter effect op het dagelijks functioneren dan de gebruikelijke zorg en educatie bij volwassenen met acute lagerugpijn (<16 dagen)?

Achtergrond

Aspecifieke lagerugpijn komt veel voor in de eerste lijn en is dikwijls de reden van een consultatie bij de huisarts. De initiële aanpak kan belangrijke gevolgen hebben op de verdere ontwikkeling van het probleem. Richtlijnen raden geen vroegtijdig gebruik aan van opioïden of van MRI, omdat deze opties aanleiding kunnen geven tot langere incapaciteit en meer invasieve ingrepen (1,2). Verwijzing naar oefeningen of manuele therapie in de acute fase kan volgens de richtlijnen best enkele weken uitgesteld worden om letsels te vermijden en om het spontane genezingsproces niet tegen te gaan. Het nut van een vroegtijdige start van kinesitherapie op pijn en functioneren was tot nu toe evenwel nog niet goed onderzocht.

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- inclusiecriteria: volwassenen tussen 18 en 60 jaar die hun huisarts raadpleegden voor specifieke lagerugpijn sedert minder dan 16 dagen; score voor functionele capaciteit ≥ 20 (=matige functionaliteit) volgens de **Oswestry Disability Index (ODI)**
- exclusiecriteria: uitstraling van de pijn tot onder de knie in de laatste 72 uren, rugoperatie in de voorgeschiedenis, andere behandeling voor lagerugpijn in de voorbije 6 maanden, klinische tekenen van zenuwwortelcompressie, mogelijke alarmtekenen (infectie, kanker), zwangerschap
- inclusie van 220 patiënten met een gemiddelde leeftijd van 37,4 (**SD** 10,3) jaar; 52,3% vrouwen; gemiddelde BMI 29,1 (**SD** 7,9); 98% van de deelnemers had een hogere schoolopleiding; 2/3 gebruikte een NSAID, 1/2 een spierverslapper en 1/4 een opioïd; ongeveer 75% van de deelnemers was in het verleden al behandeld voor lagerugpijn

Onderzoeksopzet

- enkelblinde, parallelgroepen RCT (patiënten, kinesitherapeuten en behandelende artsen waren niet geblindeerd; de beoordeling van de interventie gebeurde wel geblindeerd)
- centrale randomisatie over 2 groepen:
 - gebruikelijke zorg + educatie (n=112)
 - 4 gestandaardiseerde sessies door een hiervoor opgeleide kinesitherapeut (n=108) (2 sessies tijdens de eerste week waarvan de eerste doorging binnen de 72 uur na opname in de studie en verder eenmaal per week gedurende 2 weken) + educatie

- educatie: alle patiënten kregen informatie over de gunstige prognose van lagerugpijn en het advies om zoveel als mogelijk actief te blijven; alle patiënten kregen een rugboekje dat samen met de onderzoeker doorgenomen werd en dat wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen bevatte over lagerugpijn
- kinesitherapie: na een initiële evaluatie van de functionele capaciteit werd gestart met een gestandaardiseerd programma bestaande uit spinale manipulatie, progressieve bewegingsoefeningen, oefeningen voor versterking van de wervelkolom en van de spieren rond de wervelkolom, en het aanleren van thuisoefeningen
- evaluatie van de primaire uitkomstmaat na 3 maanden door onderzoekers die niet op de hoogte waren van de toewijzing; de deelnemers vulden na 4 weken, 3 maanden en 1 jaar via de website van de studie verschillende vragenlijsten in voor de evaluatie van hun behandeling.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: vermindering in ODI-score bij de evaluatie na 3 maanden; het minimale klinisch relevante verschil voor de ODI-score tussen de onderzoeksgroepen was vastgelegd op 6 punten
- secundaire uitkomstmaten: ODI-score na 4 weken en na 1 jaar; andere uitkomstmaten door de patiënt gerapporteerd na 4 weken, 3 maanden en 1 jaar: pijnintensiteit (Pain Catastrophizing Scale, PCS), Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) voor vermijdingsgedrag en overtuigingen op het vlak van werk en fysieke activiteiten; inschatting van het behandelingssucces door de patiënt; kwaliteit van leven (EuroQol-5D); alle vormen van zorggebruik; na 4 weken vulden de patiënten een vragenlijst in over de ongewenste effecten van kinesitherapie
- intention to treat-analyse met **multiële imputatie** voor ontbrekende gegevens en **per protocolanalyse**.

Resultaten

- studie-uitval: 3,6% (1 patiënt in de interventiegroep en 7 patiënten in de controlegroep)
- therapietrouw: in de interventiegroep volgde 92,5% van de patiënten alle 4 geprogrammeerde sessies en de overige patiënten 2 of 3 sessies
- bij de evaluatie na 1 jaar (207 patiënten of 94,1%) hadden 2 patiënten (1,9%) in de interventiegroep en 16 (14,3%) in de controlegroep niet de in het protocol voorziene zorg gekregen
- primaire uitkomstmaat: na 3 maanden was er een statistisch significant, maar klinisch niet-relevant gemiddeld verschil in ODI-score in het voordeel van de kinesitherapiegroep van -3,2 (95% BI van -5,9 tot -0,47 met $p=0,02$)
- secundaire uitkomstmaten: statistisch significant verschil in ODI-score in het voordeel van de kinesitherapiegroep na 4 weken, maar niet na 1 jaar; geen verschil tussen beide onderzoeksgroepen op het vlak van pijnintensiteit en zorggebruik; de verschillen voor de andere uitkomstmaten waren klinisch gezien hoogstens matig
- per protocolanalyse: na uitsluiting van 3 patiënten in de controlegroep die toch de interventie kregen en van 5 patiënten in de interventiegroep die niet volgens het protocol behandeld werden, was het verschil in ODI-score na 3 maanden amper superieur in de kinesitherapiegroep (-3,7; 95% BI van -6,4 tot -0,93; $p=0,01$)
- ongewenste effecten: 13 patiënten (12%) in de interventiegroep rapporteerden ongewenste effecten (o.a. toename van pijn, stijfheid, spasme, vermoeidheid).

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat snel starten met kinesitherapie bij volwassenen met acute lagerugpijn de functionaliteit statistisch significant verbeterde in vergelijking met de gebruikelijke zorg, maar de verbetering was matig en bereikte niet het vooropgestelde minimale klinisch relevante verschil.

Financiering van de studie

Agency for Healthcare Research and Quality, University of Utah Study Design and Biostatistics Center, National Center for Research Resources and the National Center for Advancing Translational Sciences of the National Institutes of Health; de Agency for Healthcare Research and Quality kwam in geen enkele fase van de studie tussen, ook niet in de redactie van het artikel of in het publicatieproces.

Belangenconflicten van de auteurs

Eén auteur kreeg vergoedingen van FOTO (Focus on Therapeutic Outcomes Inc), een online beschikbaar programma dat 3 meetinstrumenten bevat voor de beoordeling van de primaire functionele status van de patiënt; de andere auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

Bespreking

Methodologische beschouwingen

De interventie in deze RCT is goed omschreven. Door het beperkte aantal sessies en de vergelijking van de werkzaamheid van de interventie met gebruikelijke zorg sluit dit onderzoek nauw aan bij de dagelijkse praktijk.

Door de aard van de interventie was een dubbelblinde RCT niet mogelijk. De evaluatie na 4 weken door de onderzoekers gebeurde wel blind. De patiënten rapporteerden zelf de verschillende uitkomstmaten op de aangeduide tijdstippen via een daartoe bestemde website. De auteurs vermelden niet waarom ze kozen voor een evaluatie van de primaire uitkomstmaat na 3 maanden. Waarom de primaire uitkomstmaat alleen evalueren na 3 maanden, en niet eveneens na 4 weken en na 1 jaar? Sociale en fysieke kenmerken, co-morbiditeit en gebruik van geneesmiddelen waren niet verschillend tussen beide groepen. De toewijzing aan de onderzoeksgroepen, de studie-uitval en deelname aan de sessies, en de ongewenste effecten van kinesitherapie zijn goed beschreven. De resultaten werden geanalyseerd volgens het intention to treat-principe en per protocol, wat logisch lijkt gezien de aard van de interventie.

Interpretatie van de resultaten

Voor zorgverleners in de eerste lijn is de onderzoeksvraag van deze studie een relevant item. De inclusie van alleen patiënten met specifieke lagerugpijn sedert minder dan 16 dagen laat toe om de resultaten op een correcte manier te interpreteren. De auteurs vergelijken kinesitherapie met gebruikelijke zorg, maar deze aanpak is echter niet beschreven. Het educatiegedeelte van de interventie was gebaseerd op de huidige aanbevelingen van de richtlijnen, terwijl de kinesitherapeutische interventie bestond uit een gestandaardiseerde, pragmatische aanpak. Experts kunnen argumenteren dat de interventie niet de meest effectieve was, of te kort was voor deze klacht, of dat de sessies onvoldoende intensief of onvoldoende frequent waren. Ook al is er een statistisch significant verschil in het voordeel van vroegtijdige kinesitherapie bij patiënten met acute lagerugpijn op het vlak van functionele capaciteiten, deze resultaten zijn klinisch niet relevant. Voor pijn, kwaliteit van leven, vermijdingsgedrag door angst, overtuigingen en zorggebruik is de meerwaarde van vroegtijdige kinesitherapie nihil of hoogstens matig en beperkt in de tijd. Deze resultaten sluiten aan bij eerdere besprekingen in Minerva over dit onderwerp (3-6). In 2019 publiceerde de Cochrane Collaboration een systematische review waarin de auteurs geen meerwaarde konden aantonen van vertebrale manipulatie bij acute lagerugpijn (7). We moeten ook rekening houden met de kostprijs, de tijdsbesteding en de ongewenste effecten van deze interventies. Niet zelden doen zorgverleners voor de start van vertebrale manipulaties 'uit veiligheidsoverwegingen' een beroep op medische beeldvorming, waarvoor anders geen aanleiding was en die kan leiden tot meer angst bij de patiënt.

Besluit van Minerva

Deze pragmatische RCT is van goede methodologische kwaliteit en includeert volwassenen met acute lagerugpijn (<16 dagen) zonder uitstralingspijn onder de knie, zonder klinische tekenen van wortelcompressie en met een matige functionele capaciteit. Bij deze populatie is er 3 maanden na het

begin van de pijn geen verbetering van de functionele capaciteit door vroegtijdig te starten met kinesitherapie versus de gebruikelijke zorg en educatie.

Voor de praktijk

De aanbeveling van de SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale) over lagerugpijn (2001) voorziet kinesitherapie alleen bij subacute en chronische (>6 weken) lagerugpijn (8). De Franse richtlijn van de Haute Autorité de Santé (HAS) gepubliceerd in 2011 (9) en de aanbevelingen van EBMPPracticeNet (10) vermelden dat in de acute fase (de eerste 4 weken) de behandeling in de eerste plaats gericht is op symptoombehandeling, preventie van recidieven door het aanleren van rugsparende oefeningen, en snelle hervatting van de activiteiten. Omdat de evolutie meestal gunstig is, is het wenselijk excessieve medicalisering en dus potentiële chroniciteit te vermijden. De richtlijn van NICE raadt aan om bij patiënten met acute lagerugpijn een aantal sessies manuele therapie te ‘overwegen’, o.m. vertebrale manipulatie, maar zonder vermelding van het tijdstip waarop deze behandeling best plaatsvindt (11). HAS (9) en EBMPPracticeNet (10) stellen voor om 4 tot 6 weken te wachten vooraleer te verwijzen naar kinesitherapie. Op die manier wordt overbodige en soms nadelige medicalisering vermeden en kan in de meeste gevallen de pijn spontaan genezen. Deze RCT bevestigt dat vroegtijdig starten met kinesitherapie bij patiënten met acute lagerugpijn geen nut heeft en stelt de huidige aanbevelingen niet in vraag.

Referenties

1. Fritz JM, Childs JD, Wainner RS, Flynn TW. Primary care referral of patients with low back pain to physical therapy: impact on future health care utilization and costs. *Spine (Phila Pa 1976)* 2012;37:2114-21.
2. Graves JM, Fulton-Kehoe D, Jarvik JG, Franklin GM. Health care utilization and costs associated with adherence to clinical practice guidelines for early magnetic resonance imaging among workers with acute occupational low back pain. *Health Serv Res* 2014;49:645-65.
3. Vermeire E. Fysiotherapie bij lagerugpijn. *Minerva* 2006;5(3):38-40.
4. UK BEAM Trial Team. United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. *BMJ* 2004;329:1377-84.
5. Chevalier P. Oefeningen voor de preventie van recidiverende lagerugpijn. *Minerva* bondig 27/05/2010.
6. Choi BK, Verbeek JH, Tam WW, Jiang JY. Exercises for prevention of recurrences of low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 1.
7. Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJ, et al. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2012, Issue 9.
8. Timmermans B. Les lombalgies communes. *Recommandations de bonne pratique. SSMG 2001.*
9. Référentiel concernant la rééducation en cas de lombalgie commune. HAS 2011. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/actes_kine_lombalgies_-_argumentaire_v2.pdf
10. Lage rugpijn. Duodecim Medical Publications. Laatste update: 20/11/2013.
11. National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain in adults: early management. NICE guidelines [CG88] 2009.