

Nut van langdurige gesuperviseerde oefeningen voor reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen?

Referentie

Teuwen MM, van Weely SF, Vliet Vlieland TP, et al. Effectiveness of longstanding exercise therapy compared with usual care for people with rheumatoid arthritis and severe functional limitations: a randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis* 2024;83:437-45. DOI: 10.1136/ard-2023-224912

Duiding

Alix Vanhaelen, kinésithérapeute.
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Wat is de werkzaamheid van een langdurige kinesitherapeutische behandeling met actieve oefentherapie in vergelijking met standaardzorg bij patiënten met reumatoïde artritis en ernstige functionele beperkingen?

Achtergrond

Reumatoïde artritis is een chronische systemische aandoening die voornamelijk wordt gekenmerkt door een aantasting van de perifere gewrichten. Reumatoïde artritis treft ongeveer 0,2-0,5% van de totale bevolking, vaker vrouwen dan mannen (verhouding 2,5:1) (1). Minerva publiceerde al twee duidingen over de medicamenteuze behandeling van reumatoïde artritis (2-5). Eerder onderzoek toonde aan dat oefentherapie werkzaam is en daarom aanbevolen wordt voor patiënten met stabiele reumatoïde artritis en weinig of geen comorbiditeiten. Lichaamsbeweging en oefeningen zijn gunstig voor de aerobe capaciteit, de spierkracht, het functioneren, de pijnbeheersing en de levenskwaliteit (6-9). De hier besproken studie onderzocht de werkzaamheid van langdurige gesuperviseerde en gepersonaliseerde actieve oefentherapie voor patiënten met reumatoïde artritis die gepaard gaat met ernstige functionele beperkingen (10).

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- rekrutering:
 - gedurende 22 maanden
 - via websites, nieuwsbrieven, flyers en brieven gericht aan patiënten met reumatoïde artritis
 - via e-mails of presentaties gericht aan reumatologen en gespecialiseerde verpleegkundigen
- inclusiecriteria:
 - ouder dan 18 jaar
 - diagnose van reumatoïde artritis gesteld door een reumatoloog
 - ernstige beperkingen in de activiteiten van het dagelijks leven (zelfzorg), verplaatsingen of mobiliteit
 - weinig waarschijnlijk dat de functionele beperkingen zullen verbeteren of genezen door een kortdurende kinesitherapeutische behandeling
- exclusiecriteria:
 - in de afgelopen 3 maanden kinesitherapie sessies gevolgd
 - nood aan opname in ziekenhuis of revalidatiecentrum
- in totaal includeerde men 217 patiënten; 90% was vrouw en de gemiddelde leeftijd bedroeg 59 jaar (interventiegroep) en 58 jaar (controlegroep); meer dan 95% van de patiënten had comorbiditeiten; de **Health Assessment Questionnaire-Disability Index (HAQ-DI)** was gemiddeld 1,7 (hetgeen overeenkomt met RA met aanzienlijke functionele beperkingen); respectievelijk 44% en 51% had **difficult-to-treat (D2T) RA**.

Studieopzet

- interventiegroep (n=109):
 - therapie: actieve, gesuperviseerde en gepersonaliseerde oefeningen begeleid door een kinesitherapeut die een specifieke training volgde
 - duur: minimaal 52 weken
 - frequentie: tweemaal per week gedurende 12 weken, daarna éénmaal per week; afhankelijk van de behoeften van de patiënt konden 14 extra sessies worden aangeboden
 - inhoud: oefeningen (aerobics, spierversterking, stretching, verbeteren en behouden van gewrichtsamplitude, functionele en neuromotorische oefeningen), educatie, stimuleren van lichaamsbeweging.
- controlegroep (n=106):
 - standaardzorg bepaald door de behandelende arts of de patiënt zelf; kinesitherapie werd noch aangemoedigd noch afgeraden

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: verandering in hoogste score op de Patient-Specific Complaints Numerical Rating Scale (PSC1 NRS) na 52 weken; voor patiëntspecifieke klachten rangschikte men de drie activiteiten met de meest beperking voor de deelnemer, gerangschikt van 1 tot 3; voor elke activiteit scoorde men de moeilijkheidsgraad op een numerieke evaluatieschaal (0: gemakkelijk; 10: onmogelijk om uit te voeren)
- secundaire uitkomstmaten:
 - PSC2 NRS en PSC3 NRS (resp. 2de en 3de activiteit met de meeste beperking)
 - **6 minutenwandelttest (6MWT)**
 - **Patient Reported Outcome Measurement Information System (PROMIS) Physical Function (PF) 10**
 - Health Assessment Questionnaire-Disability Index (HAQ-DI)
 - **Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL) Questionnaire**
 - 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) Physical and Mental Component Summary Scales (PCS and MCS)
- de uitkomstmeting gebeurde bij inclusie, op 26 weken en op 52 weken.

Resultaten

- alle resultaten voor de primaire en secundaire uitkomstmaten waren statistisch significant in het voordeel van de interventiegroep, behalve voor de SF-36 MCS waarvoor geen verschil werd waargenomen

UITKOMSTMAAT	GEMIDDELD VERSCHIL (MET 95% BI)
PSC1 NRS* (0-10)	-1,7 (-2,4 tot -1,0)
PSC2 NRS** (0-10)	-1,8 (-2,4 tot -1,1)
PSC3 NRS** (0-10)	-1,7 (-2,4 tot -1,0)
6MWT** (METER)	56 (38 tot 75)
PROMIS PF-10** (13,5-61,9)	3,09 (1,80 tot 4,38)
HAQ-DI** (0-3)	-0,17 (-0,29 tot -0,06)
RAQOL** (0-30)	-2,03 (-3,38 tot -0,69)
SF-36 PCS** (0-100)	3,83 (1,49 tot 6,17)
SF-36 MCS** (0-100)	2,54 (-0,47 tot 5,54)

* primaire uitkomstmaat; ** secundaire uitkomstmaat

- tijdens de studie werden geen ongewenste effecten vastgesteld.

Besluit van de auteurs

De auteurs concluderen dat langdurige gesuperviseerde oefentherapie werkzamer is dan standaardzorg bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen.

Financiering van de studie

Het project kreeg financiële steun van ZonMw, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en ReumaNederland.

Belangenconflicten van de auteurs

Geen enkel conflict gemeld.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

De studie is op verschillende punten methodologisch correct uitgevoerd. Zo werd een power van 90% berekend om de superioriteit van langdurige gepersonaliseerde oefentherapie versus standaardzorg te bepalen op week 52. Voor de primaire uitkomstmaat stelde men een effectgrootte van 0,5 voorop. Dat kan beschouwd worden als een geldige discriminatiedrempel voor veranderingen in uitkomsten bij patiënten met chronische aandoeningen. Voor de powerberekening gebruikte men een tweezijdig significantieniveau (p-waarde) van 0,05. Omdat men een uitvalpercentage van 20% verwachtte, moesten 215 patiënten met reumatoïde artritis én ernstige functionele beperkingen geïncludeerd worden. Op week 52 was er een lost to follow-up van slechts 11 patiënten. Alle kinesitherapeuten in de interventiegroep werden vooraf getraind. De studie was gerandomiseerd en dubbelblind. 29 van de 204 deelnemers ontdekten echter wel in welke groep ze waren gerandomiseerd en van 120 (69%) deelnemers konden de beoordelaars aan het einde van de studie raden in welke groep ze zaten. De uitkomstmeting gebeurde bij inclusie, op 26 weken en op 52 weken. Sommige metingen op 26 weken werden niet uitgevoerd om logistieke redenen of om te voorkomen dat patiënten in de controlegroep toch een beroep zouden doen op kinesitherapie. Na 26 weken was het effect van de interventie al zichtbaar. Het vroegtijdig bereiken van de doelen bij sommige patiënten in de interventiegroep zou erop kunnen wijzen dat een kortere interventieperiode eveneens werkzaam kan zijn. Maar dat moet natuurlijk verder onderzocht worden.

Op de SF-36 MCS kon men op 52 weken geen significante resultaten vaststellen. Misschien niet geheel onlogisch aangezien deze studie niet focust op psychologische effecten en welzijn. Bovendien waren de scores bij inclusie al hoog en was er nog weinig ruimte voor verbetering. Er werd aanvankelijk gesteld dat de analyses zouden gebeuren volgens *intention to treat*. Hierbij moeten we wel opmerken dat meer dan tweederde van de patiënten in de controlegroep toch zijn toevlucht zocht tot kinesitherapie: 2 patiënten (2%) kregen dezelfde behandeling als die van de interventiegroep (resp. 6 sessies en 32 sessies; de auteurs erkennen deze tekortkoming) en 70 patiënten (66%) werden behandeld met behulp van andere kinesitherapeutische technieken. Dat was volgens het protocol toegestaan, maar de auteurs lijken toch verrast door het percentage patiënten in de controlegroep dat kinesitherapie volgde. Daarenboven startten sommige patiënten in de interventiegroep de behandeling niet. Deze contaminatie verkleint het statistische verschil tussen beide groepen. Alles in acht genomen komen we hier dicht in de buurt van een pragmatische studie.

Beoordeling van de resultaten

De kenmerken van de bestudeerde populatie en van de controlegroep liggen in lijn met onze zorgcontext. De primaire en secundaire uitkomstmaten zijn relevant om de fysieke capaciteit van patiënten te evalueren. De auteurs oordelen dat de gepersonaliseerde kinesitherapeutische aanpak in de interventiegroep tot goede resultaten heeft geleid. Ze staven hun uitspraken met het feit dat met deze aanpak gelijkaardige resultaten zijn waargenomen bij knieartrose en bij oudere patiënten met complexe pathologieën. Welke doelen heeft de patiënt, wat zijn diens beperkingen, therapietrouw, motivatie en toegang tot kinesitherapie (geografisch en financieel)? Welke duur en frequentie van kinesitherapie is voor hem/haar het meest geschikt? Met al deze factoren moet men rekening houden om positieve resultaten voor de patiënt te garanderen.

De auteurs benadrukken dat verschillende patiënten de behandeling vroegtijdig stopten, ofwel omdat ze tevreden waren met de resultaten, ofwel omdat ze moeilijk toegang vonden tot een kinesitherapeut.

Voor deze patiënten zou opvolging via teleconsultatie nuttig kunnen zijn. Dat moet uiteraard nog worden onderzocht.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

De in 2018 gepubliceerde KNGF-richtlijn met betrekking tot reumatoïde artritis, die ook beschikbaar is op Ebpracticenet, raadt aan om patiënten met reumatoïde artritis én een of meerdere beperkingen in basale dagelijkse activiteiten of een hoge ziekteactiviteit volgens het klinisch bilan, informatie te geven over langdurige of intensieve gesuperviseerde oefentherapie en deze ook te implementeren (11,12). De Finse richtlijn van 2020, beschikbaar op Ebpracticenet, beveelt lichaamsbeweging aan om de functionele capaciteit van patiënten met reumatoïde artritis te verbeteren (13). Artsen moeten patiënten aanmoedigen om aan lichaamsbeweging te doen. Een kinesitherapeut kan indien nodig de begeleiding ervan op zich nemen. Ten minste 2 uur aerobe lichaamsbeweging per week en ten minste twee keer per week weerstandstraining zijn aanbevolen.

Besluit van Minerva

Deze RCT met zowel methodologisch sterke als zwakke punten toont aan dat langdurige gesuperviseerde gepersonaliseerde oefentherapie werkzamer is dan standaardzorg bij patiënten met reumatoïde artritis en ernstige functionele beperkingen. Gesuperviseerde oefentherapie die reeds wordt aanbevolen voor patiënten met stabiele reumatoïde artritis met weinig of geen comorbiditeiten kan dus uitgebreid worden naar patiënten met reumatoïde artritis én ernstige functionele beperkingen. Dat alles volgens de behoeften en de vraag van de patiënt.

Referenties zie website