

Manuele therapie en oefentherapie voor epicondylitis?

Referentie

Wallis JA, Bourne AM, Jessup RL et al. Manual therapy and exercise for lateral elbow pain. Cochrane Database Syst Rev 2024, Issue 5. DOI: 10.1002/14651858.CD013042.pub2

Duiding

Alexis Pelletier, ergothérapeute, kinésithérapeute, Master en Santé Publique (Epidémiologie)
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Wat zijn bij patiënten met laterale epicondylitis de voordelen van manuele therapie en/of voorgeschreven oefeningen om de pijn te verminderen en de elleboogfunctie te verbeteren?

Achtergrond

Epicondylitis lateralis, ook bekend als tenniselleboog, is een aandoening van het bewegingsapparaat en heeft een prevalentie van ongeveer 1,0 tot 1,3% bij mannen en 1,1 tot 4,0% bij vrouwen. Onder de beroepsmatige risicofactoren worden inspannende activiteiten, hoge en repetitieve bewegingskrachten of een onaangepaste houding in verband gebracht met epicondylitis (1). Minerva analyseerde een RCT waaruit bleek dat kinesitherapie op lange termijn (52 weken) niet effectiever was dan een afwachterende houding en dat een afwachterende houding superieur was aan infiltraties (2,3). Het hoge aantal recidieven noopte echter tot terughoudendheid wat infiltraties betreft. Uit de resultaten van deze RCT lijkt een afwachterende houding daarom te rechtvaardigen als behandeling van epicondylitis. In geval van pijn en/of significante beperking van de activiteiten zou men kinesitherapie kunnen overwegen vanwege de effectiviteit op korte termijn. Een systematische review toonde aan dat 90% van de personen met een onbehandelde epicondylitis binnen het jaar klachtenvrij is (4). Er bestaat dus geen consensus over de optimale behandeling van epicondylitis (5,6), of het nu gaat om manuele therapie, oefentherapie, medicamenteuze of chirurgische behandelingen. Een eerdere review suggereerde, op basis van bewijs van lage kwaliteit, dat manuele therapie en oefeningen op korte termijn beperkte resultaten opleveren op vlak van pijnvermindering en lichamelijke beperking (7).

Samenvatting

Methodologie

Systematische review met meta-analyse (8).

Geraadpleegde bronnen

- Cochrane Central Register of Controlled Trials
- MEDLINE
- Embase
- ClinicalTrials.gov
- World Health Organization (WHO) International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) search portal

Geselecteerde studies

- gerandomiseerde gecontroleerde studies of quasi-experimentele studies
- inclusiecriteria:
 - volwassenen met de diagnose epicondylitis, los van de duur van de symptomen, met of zonder pijn in de mediale zijde van de elleboog
 - een klinische diagnose van epicondylitis, met of zonder medische beeldvorming; de diagnostische criteria zijn: intense pijn ter hoogte van de laterale epicondylus van de elleboog, pijn uitlokbare door ten minste twee van de volgende testen:

- o palpatie van de laterale epicondylus of de gemeenschappelijke spieraanhechting op de epicondylus, grijpen, uitvoeren van polsextensie of extensie van de tweede of derde vinger tegen weerstand, enzovoort
 - o studies die manuele therapie en/of oefeningen vergelijken met placebo, geen behandeling, dezelfde manuele therapieën of oefeningen apart, corticosteroïdinfiltaties
 - o onderzochte interventies:
 - manuele therapie gedefinieerd als mobilisatie, manipulatie, massage of een combinatie van deze drie
 - gesuperviseerde oefeningen, individueel of in groepsverband, thuis of elders, al dan niet in een zwembad, gericht op de behandeling van epicondylitis
 - aan manuele therapie of oefeningen mogen andere courante therapieën worden toegepast, zoals elektrotherapie, taping... op voorwaarde dat het onwaarschijnlijk is dat ze een significante positieve impact hebben
- exclusiecriteria:
 - o studies met deelnemers met een voorgeschiedenis van traumata, inflammatoire of degeneratieve aandoeningen zoals reumatoïde artritis of artrose
 - o studies die manuele therapieën of oefeningen vergelijken met andere types manuele therapieën of oefeningen
- in totaal includeerde men 23 studies: één studie (23 deelnemers) vergeleek manuele therapie met placebo-manuele therapie; twaalf studies (1 124 deelnemers) vergeleken manuele therapie, voorgeschreven oefeningen of beide met een minimale interventie of geen interventie; zes studies (228 deelnemers) vergeleken manuele therapie en oefeningen met oefeningen alleen; één studie (60 deelnemers) onderzocht de toevoeging van manuele therapie aan voorgeschreven oefeningen en aan een corticosteroïdinfiltatie; vier studies (177 deelnemers) onderzochten de toevoeging van manuele therapie, voorgeschreven oefeningen, of beide, aan een corticosteroïdinfiltatie.

Bestudeerde populatie

- 1 612 volwassenen met epicondylitis lateralis, van wie 47% vrouwen; de gemiddelde leeftijd lag tussen 38 en 52 jaar; de gemiddelde symptoomduur varieerde van 2,5 maanden tot 43 maanden.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten:
 - o pijn (op een numerieke of visuele schaal)
 - o lichamelijke beperking (PRTEE, DASH of andere vragenlijsten)
 - o succes ervaren door de deelnemers
 - o gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit (EQ-5D en SF36)
 - o percentage deelnemers dat zich uit de studie terugtrok
 - o aandeel ongewenste en ernstige gebeurtenissen
- secundaire uitkomstmaten: grijpkracht en werkhervatting.

Resultaten

- bij gebrek aan studies konden de auteurs manuele therapie én oefeningen versus placebo, of oefeningen versus placebo niet vergelijken
- resultaten van de primaire uitkomstmaten: *zie tabel 1*

Tabel 1. Resultaten van de primaire uitkomstmaten.

(Groen: de resultaten van de interventie zijn gunstig. Rood: de resultaten van de interventie zijn ongunstig. Oranje: de resultaten zijn onzeker. MD = Gemiddeld verschil, 95% BI = 95% betrouwbaarheidsinterval, RR = relatief risico, N = aantal onderzoeken en (p) = aantal totale deelnemers.)

Vergelijking	Pijn (VAS van 0 tot 10)		Functionele beperking		Kwaliteit van leven		Succes ervaren door deelnemers	
	MD (met 95% BI)	N (n)	MD (met 95% BI)	N (n)	MD (met 95% BI)	N (n)	RR (met 95% BI)	N (n)
Manuele therapie versus placebo	-2,1 (-4,2 tot -0,1) lage GRADE	1 (23)	-25 (-43 tot -7) lage GRADE	1 (23)	/	/	/	/
Manuele therapie of oefeningen, of beide, versus placebo of minimale interventie	-0,53 (-0,92 tot -0,14) lage GRADE	12 (1023)	-5 (-9,22 tot -0,77) lage GRADE	10 (732)	-5,58 (-10,29 tot -0,99) lage GRADE	2 (113)	1,36 (0,96 tot 1,93)	6 (770)
Manuele therapie en oefeningen versus minimale interventie of placebo	-0,68 (-1,41 tot -0,04)	4 (485)	-8,57 (-13,34 tot -3,79)	4 (478)	0,01 (-0,04 tot 0,06)	1 (123)	1,58 (1,11 tot 2,26)	4 (485)
Oefeningen versus minimale interventie of placebo	0,49 (-1,11 tot 0,13)	6 (478)	2,13 (-8,91 tot 4,65)	4 (196)	-0,5 (-1,01 tot 0,01)	1 (80)	0,97 (0,82 tot 1,14)	2 (285)
Manuele therapie en oefeningen versus oefeningen alleen	-2,56 (-3,63 tot -1,50)	5 (183)	-14,57 (-21,96 tot -7,18)	5 (177)	/	/	2,25 (0,27 tot 18,88)	2 (74)
Manuele therapie, oefeningen en corticosteroïdinfusies versus oefeningen en corticosteroïdinfusies	-1,6 (-2,21 tot -0,99)	1 (60)	-12,90 (-14,71 tot -11,09)	1 (55)	-0,2 (-0,51 tot 0,11)	1 (60)	/	/
Manuele therapie of oefeningen, of beide, met corticosteroïdinfusies versus corticosteroïdinfusies alleen	-0,89 (-1,56 tot -0,22)	4 (171)	-0,98 (-3,18 tot 1,12)		0,05 (0,02 tot 0,08)	1 (82)	1,05 (0,74 tot 1,48)	2 (102)
Manuele therapie, oefeningen en corticosteroïdinfusies versus corticosteroïdinfusies alleen	-0,46 (-2,11 tot 1,19)	1 (82)	1,40 (-7,40 tot 4,60)	1 (82)	0,96 (0,65 tot 1,43)	1 (82)	/	/

Oefeningen en corticosteroïdinfiltaties versus corticosteroïdinfiltaties alleen	-0,97 (-1,71 tot -0,24)	3 (89)	-0,92 (-3,28 tot 1,44)	2 (69)	/	/	1,40 (0,67 tot 2,94)	1 (20)
--	----------------------------	--------	---------------------------	-----------	---	---	-------------------------	--------

- uit de resultaten kunnen we niet opmaken of manuele therapie, voorgeschreven oefeningen of beide tot meer voortijdige uitval of ongewenste effecten aanleiding gaven; er waren 83/566 uitvallers (147 per 1 000) in de groep die minimale of geen interventie kreeg, en 77/581 (126 per 1 000) in de groepen die manuele therapie, voorgeschreven oefeningen of beide kregen: RR 0,86 (met 95% BI van 0,66 tot 1,12; I²=0%; 12 studies)
- de ongewenste effecten waren mild en van voorbijgaande aard; het ging om pijn, blauwe plekken en gastro-intestinale klachten; er werden geen ernstige ongewenste effecten gemeld; ongewenste effecten werden gerapporteerd door 19/224 (85 per 1 000) in de groep die een minimale behandeling kreeg en 70/233 (313 per 1 000) in de groepen die manuele therapie, voorgeschreven oefeningen of beide kregen: RR 3,69 (met 95% BI van 0,98 tot 13,97; I²=72%; 6 studies)
- resultaten van de secundaire uitkomstmaten
 - de resultaten van de secundaire uitkomstmaten werden in slechts enkele studies met weinig deelnemers onderzocht; ze tonen aan dat manuele therapie en/of oefeningen, in vergelijking met een minimale interventie of corticosteroïdinfiltaties, geen statisch significante verbetering van de grijpkracht gaven; alleen voor ‘manuele therapie en oefeningen versus oefeningen alleen’ en ‘manuele therapie, oefeningen en corticosteroïdinfiltaties versus corticosteroïdinfiltaties’ zag men een statisch significante verbetering, echter met een breed betrouwbaarheidsinterval
 - ook de gegevens over werkhervatting waren beperkt en toonden geen statistisch significant verschil tussen de vergeleken groepen (1 studies, 118 patiënten)

Tabel 2. Resultaten van de secundaire uitkomstmaten.

(Groen: de resultaten van de interventie zijn gunstig. Rood: de resultaten van de interventie zijn ongunstig. Oranje: de resultaten zijn onzeker. MD = Gemiddeld verschil, 95% BI = 95% betrouwbaarheidsinterval, RR = relatief risico, N = aantal onderzoeken en (p) = aantal totale deelnemers.)

Vergelijking	Grijpkracht (kg)		Werkhervatting	
	MD (met 95% BI)	N (n)	RR (met 95% BI)	N (n)
Manuele therapie vs. placebo	-5,6 lb/in ² (29,8 tot 18,6)	1 (23)	/	/
Manuele therapie of oefeningen, of beide, vs. placebo of minimale interventie	0,18 (-0,01 tot 0,36)	8 (606)	1,07 (0,75 tot 1,52)	1 (118)
Manuele therapie en oefeningen vs. minimale interventie of placebo	0,2 (-0,19 tot 0,6)	4 (485)	1,07 (0,75 tot 1,52)	1 (118)
Oefeningen vs. minimale interventie of placebo	0,24 (-0,46 tot 0,94)	1 (37)	/	/

Manuele therapie en oefeningen vs. oefeningen alleen	3,65 (2,36 tot 4,93)	4 (154)	/	/
Manuele therapie, oefeningen en corticosteroidinfiltraties vs. oefeningen en corticosteroidinfiltraties	1,70 (0,38 tot 3,02)	1 (60)	/	/
Manuele therapie of oefeningen, of beide, met corticosteroidinfiltraties vs. corticosteroidinfiltraties alleen	9,00 (-2,84 tot 20,84)	1 (20)	/	/
Manuele therapie, oefeningen en corticosteroidinfiltraties vs. corticosteroidinfiltraties	/	/	/	/
Oefeningen en corticosteroidinfiltraties vs. corticosteroidinfiltraties alleen	0,33 (0,01 tot 7,45)	2 (74)	/	/

Besluit van de auteurs

De auteurs concluderen dat bij personen met epicondylitis lateralis manuele therapie in vergelijking met placebo minstens op korte termijn (laag betrouwbaarheidsniveau) een significant voordeel zou kunnen hebben op gebied van pijn en functionele beperking. Nochtans omvat het 95% betrouwbaarheidsinterval zowel significante verbetering als geen verbetering en weten we niet wat de effecten zijn op lange termijn. Andere klinische studies (12 in totaal) geven aan dat de combinatie van manuele therapie en oefeningen de pijn en de functionele beperking aan het eind van de behandeling lichtjes kan verminderen. Er is echter geen garantie voor een daadwerkelijk blijvend klinisch voordeel. Hoewel sommige mensen na manuele therapie pijn ervoeren, is het aantal gerapporteerde gevallen te klein om definitieve conclusies te trekken.

Financiering van de studie

Interne financiering door de School of Public Health and Preventive Medicine, Monash University, Australië; externe financiering door National Health and Medical Research Council, Australië; één auteur kreeg een onderzoeksbeurs van de Australian National Health and Medical Research Council Senior Principal Research Fellowship.

Belangenconflicten van de auteurs

Geen belangenconflicten gemeld.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

Het methodologische kader van deze studie voldoet aan de standaarden van de Cochrane Collaboration en een strenge selectie van gerandomiseerde klinische studies (RCT's) wordt gegarandeerd. De inclusie van uitsluitend RCT's beperkt selectiebias van de resultaten en versterkt de robuustheid van de conclusies. De onderzoekers selecteerden de studies dubbel onafhankelijk, wat het risico van fouten en subjectiviteit bij de inclusie van gegevens vermindert. De geïncludeerde studies werden beoordeeld volgens de GRADE-methodologie. Deze methodologie evalueert de kwaliteit van het bewijs en schat de graad van betrouwbaarheid van de resultaten in. De review is transparant en gedetailleerd in de rapportering van de betrouwbaarheidsintervallen (BI) en niveaus van statistische heterogeniteit (I²). Beide zijn essentieel om de nauwkeurigheid en de consistentie van de resultaten te beoordelen. De meeste geïncludeerde RCT's vertonen een risico van bias wegens gebrek aan blindering: in verschillende studies waren de deelnemers noch de beoordelaars geblindeerd voor de interventie. Daardoor zijn de resultaten blootgesteld aan meerdere vormen van bias. De geïncludeerde studies vertoonden tevens een aanzienlijke heterogeniteit in de interventies. Zo varieerden de protocollen qua duur, frequentie en type manuele therapie of voorgeschreven oefeningen. Dat kan de resultaten beïnvloed hebben en de generaliseerbaarheid ervan beperken. Weinig studies rapporteren in detail de potentiële ongewenste effecten van de interventies. Dat kan de besluiten hierover vertekend hebben met een onderschatting van de risico's van de behandelingen.

Beoordeling van de resultaten

De onderzochte interventies zijn relevant en toepasbaar in de klinische praktijk. De heterogeniteit van de protocollen (duur, intensiteit) maakt het echter moeilijk om aanbevelingen te formuleren. De interventies waarmee men vergeleek waren placebo, minimale interventie, standaardinterventies (oefeningen en manuele therapie) en corticosteroidinfiltraties. Hoewel gedurende lange tijd courant gebruikt, worden corticosteroidinfiltraties als voorkeursbehandeling niet langer aanbevolen vanwege hun slechts tijdelijke gunstige effect, dat vaak gevolgd wordt door een mogelijke verergering van de symptomen. Bovendien zijn multimodale behandelingen, gebruikelijk in de kinesitherapie, ondervertegenwoordigd. De uitkomstmetingen waren relevant (pijn, lichamelijke beperking, kwaliteit van leven, werkhervatting), maar de follow-up was beperkt (4-12 weken). Daardoor was het onmogelijk om de werkzaamheid op lange termijn te beoordelen. Recente alternatieven zoals Platelet Rich Plasma (PRP) of schokgolven (7) werden niet in aanmerking genomen (9). Met weinig gerapporteerde ongewenste effecten lijkt de risico-batenverhouding gunstig te zijn. Het gebrek aan follow-up en gegevens over recidieven beperkt echter deze conclusies.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

NICE wijst erop dat "*de conservatieve behandelingen van epicondylitis lateralis bestaan uit rust, ijs, pijnstillers, niet-steroïdale ontstekingsremmers, orthopedische hulpmiddelen, kinesitherapie, excentrische oefeningen/stretching en corticosteroidinfiltraties*" (10).

Besluit van Minerva

Deze systematische review van RCT's toont dat bij patiënten met epicondylitis lateralis manuele therapie en/of oefeningen op korte termijn (4 tot 12 weken) een matige verbetering geven van pijn en functionele beperking in vergelijking met een minimale interventie of placebo. Beide interventies geven betere resultaten dan één of meer corticosteroidinfiltraties alleen. Met manuele therapie en/of oefeningen zijn er in vergelijking met een minimale interventie meer ongewenste effecten maar deze zijn mild en van voorbijgaande aard. Deze review is van goede methodologische kwaliteit, maar gebaseerd op studies met heel wat methodologische tekortkomingen, waaronder de heterogeniteit van de interventieprotocollen voor de behandelingsduur en -intensiteit, hetgeen de interpretatie van de resultaten bemoeilijkt.

Referenties zie website