



# Het effect van manuele therapie, passieve fysieke behandelingen en acupunctuur bij patiënten met whiplash of andere vormen van nekpijn zonder structurele afwijkingen

### Referentie

Wong JJ, Shearer HM, Mior S, et al. Are manual therapies, passive physical modalities, or acupuncture effective for the management of patients with whiplash-associated disorders or neck pain and associated disorders? An update of the Bone and Joint Decade Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders by the OPTIMa collaboration. *Spine J* 2016;16:1598-630. DOI: 10.1016/j.spinee.2015.08.024

### Duiding

Fons De Schutter,  
kinesitherapeut,  
Wetenschappelijke Vereniging  
van Vlaamse Kinesitherapeuten

In 2003 besloten we in Minerva dat bij patiënten met aspecifieke nekpijn sinds minstens 2 weken manuele therapie op korte termijn (6 weken) effectiever is dan kinesitherapie of huisartsenzorg (1-3). De bespreking van een enkelblinde studie deed ons in 2005 besluiten dat een acupunctuurbehandeling niet effectiever is dan een placebobehandeling voor de verlichting van chronische mechanische nekpijn (4,5).

Een systematische review (6,7) besloot in 2008 dat zowel manipulatie als mobilisatie op korte termijn even effectief zijn als andere conservatieve behandelingen voor de behandeling van subacute en chronische nekpijn. Voor de bestrijding van chronische nekpijn was acupunctuur op korte termijn beter dan westerse massage. Lasertherapie en gepulseerde elektromagnetische therapie bleken effectiever te zijn dan placebo voor respectievelijk subacute/chronische nekpijn en acute klachten van whiplash. Magnetische halsbanden waren niet beter dan placebo en halskragen, transcutane elektrische neurostimulatie (TENS), ultrasone therapie, warmte en elektrische spierstimulatie waren niet beter dan andere behandelingen.

In 2012 bespraken we in Minerva de resultaten van een methodologisch correct uitgevoerde studie die aantoonde dat bij patiënten met acute en subacute nekpijn als gevolg van verschillende oorzaken, een 12 weken durende behandeling met spinale manipulatie tot betere resultaten leidde dan medicatie, zowel op korte als op lange termijn. Maar, het verschil was waarschijnlijk klinisch niet relevant en patiënten hadden evenveel pijnvermindering met geïnstrueerde thuisoefeningen (8,9). Een vrij goed opgezette pragmatische RCT toonde aan dat een uitgebreid oefenprogramma met inbegrip van cognitieve gedragstherapie onder supervisie van een kinesitherapeut (20 sessies van een uur) niet superieur was aan een algemeen, eenvoudig kinesitherapeutisch advies voor de behandeling van chronische whiplash gerelateerde klachten (10,11).

Recent verscheen er een update (12) van de systematische review van 2008 (6,7) die het effect van manuele therapie, passieve fysieke behandelingen en acupunctuur onderzocht bij patiënten met whiplash en andere vormen van nekpijn zonder structurele afwijkingen. Men raadpleegde verschillende databanken (MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO, Cochrane Central Register of Controlled Trials) en selecteerde studies op basis van vooraf vastgelegde in- en exclusiecriteria. Ook het beoordelen van de methodologische kwaliteit en de dataextractie van de geïncludeerde studies gebeurden op een correcte manier. Uiteindelijk werden 22 studies met een laag risico op bias (duidelijke onderzoeksvraag, correcte randomisatie, valabele en bruikbare uitkomstmaten, intention-to-treat-analyse indien mogelijk) weerhouden. Slechts 1 studie includeerde volwassenen met whiplash. Wegens de klinische heterogeniteit was een meta-analyse niet mogelijk. Bij de beschrijving van de

resultaten deelde men de verschillende studies in op basis van aard van de aandoening (whiplash of nekpijn graad I tot III volgens respectievelijk de **Quebec Task Force Classification of Grades of Whiplash-Associated Disorders** en de **Neck Pain Task Force Classification of Grades of Neck Pain and Associated Disorders**) en duur van de klachten (<3 maanden; ≥3 maanden; variabele duur).

De onderzoekers maakten ook onderscheid tussen exploratieve studies (N=7) met een follow-up van onmiddellijk na (N=4) tot 7 dagen na de interventie (N=1) en evaluatiestudies (N=15) met een follow-up van 3 weken tot 1 jaar (N=1) (13-15). We sommen de belangrijkste bevindingen op:

- voor acute nekpijn graad I-II zag men op korte termijn een klinisch relevante verbetering in nekpijn en ongemak met 2 sessies manipulatie versus mobilisatie (N=2 exploratieve studies); op lange termijn zag men echter geen verbetering in nekpijn, ongemak en levenskwaliteit met 4 sessies manipulatie versus mobilisatie (N=1 evaluatiestudie)
- voor chronische nekpijn graad I-II zag men op korte termijn geen verbetering in nekpijn en ongemak met manipulatie versus taping van de nek (N=1 exploratieve studie); op lange termijn zag men evenmin verbetering in nekpijn, ongemak en tevredenheid met 20 sessies manipulatie + oefentherapie versus oefentherapie alleen (N=1 evaluatiestudie) maar wel van 8 sessies manipulatie + Chinese massage versus Chinese massage alleen (N=1 evaluatiestudie); ook was er op lange termijn verbetering van ongemak en symptoomlast met 8 sessies Zweedse massage + zelfzorgadvies versus een zelfzorgboek (N=1 evaluatiestudie); lasertherapie (N=1 studie) en acupunctuur (N=3 studies) waren niet beter dan placebo en transcutane elektrische neurostimulatie (TENS) was niet beter dan een multimodale behandeling (N=1 studie)
- voor whiplash graad I-II zag men na 3 en 6 maanden geen klinisch relevant effect op pijn, ongemak en levenskwaliteit met acupunctuur versus placebo (N=1 evaluatiestudie)
- voor acute nekpijn graad III was het dragen van een halskraag even effectief op vlak van nekpijn en ongemak als een oefenprogramma versus verderzetting van de dagelijkse activiteiten (N=1 evaluatiestudie); lasertherapie was klinisch niet relevant beter op vlak van nek- en armpijn, ongemak en levenskwaliteit dan placebo.

## Besluit

Deze update systematische review van goede methodologische kwaliteit suggereert dat manipulatie op korte termijn beter is dan mobilisatie bij patiënten met acute nekpijn. Het effect van manipulatie op lange termijn blijft echter onduidelijk, zowel bij patiënten met acute als bij patiënten met chronische nekpijn. Slechts 1 studie toonde aan dat Zweedse massage effectief is bij patiënten met chronische nekpijn. Over het effect van acupunctuur en andere passieve fysieke behandelingen bestaat nog steeds onvoldoende evidentie.

## Voor de praktijk

De huidige richtlijn over nekpijn (16) beveelt aan om bij nekpijn graad I-II met afwijkend verloop (invloed op het dagelijks leven, weinig verbetering of zelfs verslechtering in de eerste 6 weken) oefentherapie te combineren met cervicale en/of thoracale mobilisatie of manipulatie. Het nut van deze combinatie wordt met de huidige systematische review onvoldoende onderbouwd. Bij onvoldoende effect kan men volgens dezelfde richtlijn (16), in overleg met de patiënt, een cervicaal kussen, cognitieve gedragstherapie, kinesiotape (bij traumagerelateerde nekpijn), massage, warmte- of koudetherapie (mits in combinatie met andere therapievormen) en werkplaatsinterventies (bij werkgerelateerde nekpijn) overwegen. Alleen het mogelijke nut van Zweedse massage wordt door 1 studie in de systematische review bevestigd. Ook het afraden van acupunctuur, elektrotherapie, ultrasonische therapie en lasertherapie (16) wordt onderbouwd door de huidige systematische review.

## Referenties

1. Vanderstraeten G. Nekpijn: manuele therapie, kinesitherapie of huisartsenzorg? *Minerva* 2003;2(7):113-5.
2. Hoving JL, Koes BW, de Vet HCW. Manual therapy, physical therapy or continued care by a general practitioner for patients with neck pain. *Ann Intern Med* 2002;136:713-22.
3. Korthals-de Bos IBC, Hoving JL, van Tulder MW. Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy and general practitioner care for neck pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326:911-6. DOI: 10.1136/bmj.326.7395.911
4. Kacenenbogen N. Helpt acupunctuur bij chronische nekpijn? *Minerva* 2005;4(8):127-8.
5. 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.
6. Hurwitz EL, Carragee EJ, van der Velde G, et al. Treatment of neck pain: noninvasive interventions: results of the Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine (Phila Pa 1976)* 2008;33(4 Suppl):S123–52. DOI: 10.1097/BRS.0b013e3181644b1d
7. Guzman J, Haldeman S, Carroll LJ, et al. Clinical practice implications of the Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders: from concepts and findings to recommendations. *Spine (Phila Pa 1976)* 2008;33(4 Suppl):S199–213. DOI: 10.1097/BRS.0b013e3181644641
8. Parlevliet T. Spinale manipulatie, medicatie of oefeningen thuis voor acute en subacute nekpijn. *Minerva* 2012;11(10):127-8.
9. Bronfort G, Evans R, Anderson AV, et al. Spinal manipulation, medication, or home exercise with advice for acute and subacute neck pain. *Ann Intern Med* 2012;156(1 Pt 1):1-10. DOI: 10.7326/0003-4819-156-1-201201030-00002
10. Feron J-M. Chronische whiplash gerelateerde klachten: invloed van kinesitherapeutische interventies op pijn en functionele beperkingen. *Minerva* 2015;14(3):35-6.
11. Michaleff ZA, Maher CG, Lin CW, et al. Comprehensive physiotherapy exercise programme or advice for chronic whiplash (PROMISE): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet* 2014;384:133-41. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60457-8
12. Wong JJ, Shearer HM, Mior S, et al. Are manual therapies, passive physical modalities, or acupuncture effective for the management of patients with whiplash-associated disorders or neck pain and associated disorders? An update of the Bone and Joint Decade Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders by the OPTIMa collaboration. *Spine J* 2016;16:1598-630. DOI: 10.1016/j.spinee.2015.08.024
13. McCulloch P, Cook JA, Altman DG, et al; IDEAL Group. IDEAL framework for surgical innovation 1: the idea and development stages. *BMJ* 2013;346:f3012. DOI: 10.1136/bmj.f3012
14. Ergina PL, Barkun JS, McCulloch P, et al; IDEAL Group. IDEAL framework for surgical innovation 2: observational studies in the exploration and assessment stages. *BMJ* 2013;346:f3011. DOI: 10.1136/bmj.f3011
15. Cook JA, McCulloch P, Blazeby JM, et al; IDEAL Group. IDEAL framework for surgical innovation 3: randomised controlled trials in the assessment stage and evaluations in the long term study stage. *BMJ* 2013;346:f2820. DOI: 10.1136/bmj.f2820
16. Bier JD, Schotten-Peeters GG, Staal JB. Kinesitherapeutische richtlijn: Nekpijn. *EbpNet*. Laatste update: 1/09/2016.