



Gesuperviseerde oefentherapie beter dan een thuisoefenprogramma of wandeladvies bij patiënten met claudicatio intermittens?

Referentie

Hageman D, Fokkenrood HJ, Gommans LN, et al. Supervised exercise therapy versus home-based exercise therapy versus walking advice for intermittent claudication. Cochrane Database Syst Rev 2018, Issue 4. DOI: 10.1002/14651858.CD005263.pub4

Duiding

Bruno Zwaenepoel, kinesitherapeut, WVVK; Revaki, UGent

In 2009 bespraken we in Minerva een gecontroleerde gerandomiseerde studie die geen verschil op middellange termijn kon aantonen tussen perifere arteriële revascularisatie en loopoefeningen onder supervisie voor de aanpak van claudicatio intermittens (1,2). Niettegenstaande deze gunstige resultaten wordt de implementatie van gesuperviseerde oefentherapie in de behandeling van perifeer arterieel vaatlijden vaak bemoeilijkt door patiënt- en contextgebonden factoren. Het is de vraag of alternatieven zoals een thuisoefenprogramma (met controlemiddelen zoals zelfrapportering en/of pedometers) of wandeladvies evenwaardig zijn.

In 2018 verscheen een update van een Cochrane systematische review (3,4) die het effect van gesuperviseerde oefentherapie op de maximale wandelafstand of -tijd op een loopband vergelijkt met enerzijds een thuisoefenprogramma en anderzijds wandeladvies. Als secundaire uitkomstmaten onderzocht men het effect op pijnvrije wandelafstand of -tijd op een loopband, zelfgerapporteerde functionele beperking en levenskwaliteit. In totaal selecteerden 3 onafhankelijke onderzoekers 21 studies die samen 1 400 patiënten includeerden (20 tot 304 per studie; 635 kregen gesuperviseerde oefentherapie, 320 een thuisoefenprogramma en 445 wandeladvies). De globale methodologische kwaliteit van de opgenomen studies was matig tot goed. In de groep met gesuperviseerde oefentherapie zag men na 3 maanden een betere score op de maximale wandelafstand of -tijd op een loopband in vergelijking met een thuisoefenprogramma (**SMD** 0,37 met 95% BI van 0,12 tot 0,62; N=8 studies; **GRADE** matig) en wandeladvies (**SMD** 0,80 met 95% BI van 0,53 tot 1,07; N=7 studies; **GRADE** hoog). De verschillen hielden stand na 6 en na 12 maanden. De verbetering na 3 maanden vertaalde zich in een toename van respectievelijk 120 m en 210 m op de loopband (5). Alhoewel de klinische relevantie niet onomstotelijk is aangetoond, kunnen we toch aannemen dat deze toename in wandelafstand een positief effect zal hebben op het leven van de patiënten omdat de gemiddelde wandelafstand vóór interventie slechts 290 m bedroeg. Men kon echter alleen ten opzichte van wandeladvies met gesuperviseerde oefentherapie na 12 maanden een statistisch significante verbetering van zelfgerapporteerde functionele beperking en fysieke levenskwaliteit aantonen (**GRADE** matig). Met gesuperviseerde oefentherapie zag men wel een statistisch significante verbetering van pijnvrije wandelafstand en -tijd op een loopband zowel ten opzichte van een thuisoefenprogramma (**GRADE** matig) als ten opzichte van wandeladvies (**GRADE** hoog). Globaal was de therapietrouw gelijkaardig bij gesuperviseerde oefentherapie en een thuisoefenprogramma (ongeveer 80%). Weinig gegevens zijn beschikbaar over de therapietrouw bij wandeladvies.

Besluit

Deze systematische review en meta-analyse toont aan dat gesuperviseerde oefentherapie na 3 maanden een belangrijke meerwaarde heeft op vlak van (pijnvrije) loopafstand in vergelijking met een thuisoefenprogramma en wandeladvies (**GRADE** matig tot hoog). Verder onderzoek is nodig om het effect op lange termijn alsook op ziektespecifieke levenskwaliteit en andere functionele parameters, zoals wandelgewoonte en fysieke activiteit na te gaan.

Voor de praktijk

Naast secundaire cardiovasculaire preventie (rookstop, leefstijlaanpassingen, betere glycemiecontrole bij diabetici, opstarten van statines, antihypertensiva, plaatjesremmers) en bewegingsadvies wordt gesuperviseerde oefentherapie als eerstekeuzebehandeling bij claudicatio intermittens aanbevolen, alvorens men een heelkundige ingreep overweegt (6,7). De hoger besproken systematische review met meta-analyse toont aan dat gesuperviseerde oefentherapie superieur is aan thuisprogramma's (met controlemiddelen zoals zelfrapportering en/of pedometers) en wandeladvies. De implementatie van een onderbouwde conservatieve behandeling bij patiënten met perifeer arterieel vaatlijden vraagt om gedragsverandering bij patiënt (oefentherapie vraagt meer inspanningen dan een heelkundige ingreep), kinesitherapeut (meer aandacht hebben voor de goede resultaten van oefentherapie), huisarts (patiënt meer motiveren voor oefentherapie) en vaatchirurg (slechts een heelkundige ingreep voorstellen nadat oefentherapie gedurende een redelijke termijn geprobeerd werd = 'stepped care') alsook om voldoende financiële ondersteuning door de overheid (zoals een betere terugbetaling van gesuperviseerde oefentherapie).

Referenties

1. Crismer A. Claudicatio intermittens: endovasculaire revascularisatie of looptraining onder supervisie in het ziekenhuis. *Minerva* 2009;8(10):142-3:
2. Spronk S, Bosch JL, den Hoed PT, et al. Intermittent claudication: clinical effectiveness of endovascular revascularization versus supervised hospital-based exercise training - randomized controlled trial. *Radiology* 2009;250:586-95. DOI: 10.1148/radiol.2501080607
3. Watson L, Ellis B, Leng GC. Exercise for intermittent claudication. *Cochrane Database Syst Rev* 2008, Issue 4. DOI: 10.1002/14651858.CD000990.pub2
4. Hageman D, Fokkenrood HJ, Gommans LN, et al. Supervised exercise therapy versus home-based exercise therapy versus walking advice for intermittent claudication. *Cochrane Database Syst Rev* 2018, Issue 4. DOI: 10.1002/14651858.CD005263.pub4
5. Poelman T. Hoe een gestandaardiseerd gemiddeld verschil (SMD) interpreteren? *Minerva* 2014;13(4):51.
6. Revascularisatie bij perifeer vaatlijden van de onderste ledematen. Nationale richtlijn. *Ebpracticenet* 12/05/2014.
7. Kinesitherapeutische richtlijn Symptomatisch perifeer arterieel vaatlijden. *Ebpracticenet* 5/05/2014. Laatste update: 8/11/2016.