



Heeft het nut dat de huisarts patiënten met acute lagerugpijn en ischias doorverwijst naar de kinesitherapeut?

Referentie

Fritz JM, Lane E, McFadden M, et al. Physical therapy referral from primary care for acute low back pain with sciatica. *Ann Intern Med* 2021;174:8-17.
DOI: 10.7326/M20-4187

Duiding

Luc Ailliet, chiropractor, Dutch Belgium Research Instituut Chiropractie en Tom Poelman, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, UGent
Geen belangenconflicten met dit onderwerp

Klinische vraag

Wat is het effect van vroege verwijzing door de huisarts naar een kinesitherapeut in vergelijking met gebruikelijke zorg bij patiënten met acute lagerugpijn en ischias?

Achtergrond

Minerva besteedde reeds meermaals aandacht aan het nut van manipulatie en oefentherapie voor de behandeling van ischias (1-8). Een RCT uit 2006 toonde aan dat vertebrale manipulatie een zinvolle therapie kan zijn ter verlichting van de pijn, maar dat uitgebreid onderzoek met klinisch relevante uitkomsten (levenskwaliteit, fysiek functioneren, werkhervatting) en correcte rapportering van ongewenste effecten noodzakelijk is om de plaats van spinale manipulaties bij patiënten met acute lagerugpijn en ischias te bepalen (1,2). Uit een netwerk meta-analyse bleek dat naast discusheelkunde, epidurale injecties, niet-opioïde pijnstilling, ook manipulatie in vergelijking met andere behandelingen een gunstig effect kan hebben op de globale verbetering van ischiasklachten (3,4). Bij patiënten met ischias die volgens de gangbare normen in aanmerking kwamen voor een heelkundige interventie, waren rug- en buikspieroefeningen op geleide van de symptomen effectiever dan shamoefeningen, zowel op korte termijn (8 weken) als op lange termijn (1 jaar) (5,6). In een andere RCT werd aangetoond dat er bij patiënten met ischias na 1 jaar geen verschil bestond in pijn en functionaliteit tussen chirurgie en een conservatieve behandeling, waaronder ook doorverwijzing naar een kinesist (7,8).

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- inclusie van 220 volwassen personen tussen 18 en 60 jaar (gemiddelde leeftijd 39 (SD 11,2) jaar), 48,6% vrouwen, die voor de eerste maal de huisarts consulteerden wegens acute lagerugpijn en ischias sinds ≤ 90 dagen (gemiddeld 35,8 (SD 26,1) dagen)
- bijkomende inclusiecriteria: een **Oswestry Disability Index (OSW)** ≥ 20 , in de voorbije 72 uur uitstraling in het been tot onder de knie, klinisch onderzoek suggestief voor ischias (positieve test van Lasègue of sensorisch of motorisch deficit overeenkomend met prikkeling van een lumbale zenuwwortel)
- exclusiecriteria: lumbale heelkunde in het voorbije jaar, potentieel ernstige aandoeningen (zoals cauda equina syndroom, snel evoluerend neurologisch deficit, fractuur).

Onderzoeksopzet

Enkelblinde gerandomiseerde gecontroleerde studie met twee parallelle groepen:

- interventiegroep (n=110): werd doorverwezen voor 4 weken kinesitherapie, te beginnen binnen 3 dagen na randomisatie; kinesitherapie bestond uit oefentherapie en manuele therapie; de oefentherapie was gebaseerd op de principes van Mc Kenzie (mechanische diagnose en hierop aangepaste therapie) en onder manuele therapie verstonden de auteurs zowel mobilisaties als manipulaties van de lumbale wervelzuil; doel van de oefen- en manuele therapie was maximale centralisatie van symptomen bekomen; oefensessies vonden tweemaal per week plaats tijdens de eerste twee weken en een- tot tweemaal per week tijdens de volgende 2 weken; ze werden aangevuld met oefeningen thuis om de 4 tot 5 uur
- controlegroep (n=110): kreeg gebruikelijke zorg
- patiënten van beide groepen kregen tijdens de consultatie bij de huisarts medicatie en een voorschrift voor beeldvorming indien de behandelende arts dit opportuun vond
- na randomisatie kregen alle deelnemers een kopij van 'The Back Book', een boek met op wetenschap gebaseerde boodschappen over het natuurlijk verloop van rugpijn, de prognose van rugpijn en het belang van actief te blijven en bedrust te vermijden; deze adviezen werden extra benadrukt tijdens een educatiesessie.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: Oswestry Disability Index (OSW)-score na 6 maanden
- secundaire uitkomstmaten: OSW-score na 4 weken en 1 jaar; pijnschalen voor rugpijn en beenpijn, levenskwaliteit, gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen (beeldvorming, spoedeisende zorg, infiltraties, heeldkunde), werkverzuim, ongewenste effecten
- intention-to-treat-analyse.

Resultaten

- primaire uitkomstmaat: na 6 maanden was de OSW-score gedaald van gemiddeld 35,8 punten naar 19,8 punten in de controlegroep en van gemiddeld 38,9 punten naar 14,5 punten in de kinesithherapiegroep, wat neerkwam op een extra daling van -5,4 punten (met 95% BI van -9,4 tot -1,3; $p=0,009$) in de kinesithherapiegroep
- secundaire uitkomstmaten:
 - meer daling in OSW-score met kinesithherapie versus gebruikelijke zorg na 4 weken (-8,2 punten met 95% BI van -12,1 tot -4,3) en na 1 jaar (-4,8 punten met 95% BI van -8,9 tot -0,7)
 - statistisch significant meer daling met kinesithherapie versus gebruikelijke zorg voor rugpijn, maar niet voor beenpijn na 4 weken, 6 maanden en 1 jaar
 - geen statistisch significant verschil in verbetering van levenskwaliteit na 6 maanden en 1 jaar, maar wel na 4 weken in het voordeel van de kinesithherapiegroep
 - tussen beide groepen was er geen verschil in gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen of gemiste werkdagen na 1 jaar follow-up.

Besluit van de auteurs

Verwijzing vanuit de eerstelijnszorg naar kinesithherapie voor recent ontstane ischias verbetert de klachten en andere uitkomstmaten in vergelijking met gebruikelijke zorg.

Financiering van de studie

Agency for Healthcare Research and Quality.

Belangenvermenging van de auteurs

Geen enkele externe instantie speelde een rol in de onderzoeksopzet, de gegevensverzameling, de analyse en de rapportering.

Bespreking

Methodologische beschouwingen

De rekrutering van patiënten gebeurde door het onderzoeksteam op basis van gegevens uit het elektronisch medisch dossier van de huisarts. Samen met een goede definiëring van de in- en exclusiecriteria zorgt dit voor een lage kans op **selectiebias**. De blokrandomisatie is uitgebreid beschreven en correct uitgevoerd. De educatiesessies vonden plaats voor het vrijgeven van de groepstoewijzing om **performance bias** te voorkomen. Omdat men de interventie niet kon blinderen, zou je verwachten dat de effectbeoordeling geblindeerd verliep. Alleen na 4 weken zijn de uitkomstmaten door een geblindeerde onderzoeker beoordeeld. De auteurs argumenteren bovendien niet waarom alleen voor de primaire uitkomstmaat rekening gehouden werd met herhaalde metingen (9). Met een studie-uitval van ongeveer 10% na 6 maanden follow-up had de studie 86% power om een gemiddeld verschil van 7 punten op de OSW-index te kunnen aantonen. De onderzoekers hielden echter geen rekening met cross-over. Deze was eerder klein (zo kregen slechts 10 deelnemers in de interventiegroep geen kinesitherapie en 5 deelnemers in de controlegroep uiteindelijk wel kinesitherapie) en heeft het resultaat van de intention-to-treat-analyse niet beïnvloed. Een per protocol sensitiviteitsanalyse kon immers geen relevant verschil in het resultaat van de primaire uitkomst aantonen.

Interpretatie van de resultaten

De onderzoekers konden na 6 maanden een statistisch significant sterkere verbetering van 5,4 punten op de OSW-index (totaalscore variërend van 0 tot 100) vaststellen in de groep die was doorverwezen voor kinesitherapie versus de controlegroep. Dat verschil is kleiner dan het minimaal verschil van 6 tot 8 punten op de OSW-index die men op basis van eerder onderzoek als klinisch relevant beschouwde (10). Het verschil in OSW-index na 4 weken (een secundaire uitkomstmaat) was echter wel klinisch relevant. Voor de andere gebruikte schalen wordt niet gedefinieerd wat men als een klinisch relevant resultaat mag beschouwen.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

De NHG-standaard suggereert om bij een lumbosacraal radiculair syndroom pas na enkele weken te verwijzen naar een kinesitherapeut indien een intensievere activerende begeleiding nodig is (11). De KCE-richtlijn rond lage rugpijn en radiculare pijn uit 2017 beveelt oefentherapie en/of manuele therapie en/of cognitieve gedragstherapie aan bij patiënten met acute rugpijn en radiculare pijn met een laag risico van chroniciteit (12). De NICE guideline rond niet-invasieve behandeling voor rugpijn en sciatica uit 2016, met een update in december 2020, stelt voor om manuele therapie (manipulatie van de wervelzuil, mobilisatie of zachte weefseltechnieken zoals massage) te overwegen, maar alleen als onderdeel van een behandelingsplan inclusief oefentherapie met of zonder psychologische interventie (13). De recente richtlijnen voor de klinische praktijk van de kinesitherapeuten in de Verenigde Staten voor het managen van acute en chronische lage rugpijn (september 2021) stellen manuele therapie voor bij acute en chronische rugpijn (*should use*), en oefentherapie, manuele therapie en advies bij acute rugpijn met pijn in het been (*may use*) (14).

Besluit van Minerva

Deze enkelblinde gerandomiseerde gecontroleerde studie met een niet-geblindeerde effectmeting van de primaire uitkomstmaat, toont aan dat bij patiënten met lagerugpijn en klinisch aangetoonde ischias sinds gemiddeld 36 dagen, verwijzing na de eerste consultatie bij de huisarts naar de kinesitherapeut voor specifieke oefentherapie gebaseerd op de principes van Mc Kenzie (mechanische diagnose en hierop aangepaste therapie) en manuele therapie na 4 weken en 6 maanden leidt tot een statistisch significante verbetering van pijn en dagelijks functioneren in vergelijking met gebruikelijke zorg. In tegenstelling tot het verschil na 4 weken (secundaire uitkomstmaat) was het verschil na 6 maanden (primaire uitkomstmaat) klinisch niet relevant. Er was geen verschil in levenskwaliteit na 6 maanden en 1 jaar, noch in gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen en werkverzuim na 1 jaar follow-up.

Referenties

1. Peers K, Van Wambeke P. Manipulatie bij acute lagerugpijn en ischias met discusprotrusie. *Minerva* 2007;6(4):59-61.
2. Santilli V, Beghi E, Finucci S. Chiropractic manipulation in the treatment of acute back pain and sciatica with disc protrusion: a randomized double-blind clinical trial of active and simulated spinal manipulations. *Spine J* 2006;6:131-7. DOI: 10.1016/j.spinee.2005.08.001
3. Feron J-M. Ischias: de beste behandeling? *Minerva* 2014;13(7):80-1.
4. Lewis RA, Williams NH, Sutton AJ, et al. Comparative clinical effectiveness of management strategies for sciatica: systematic review and network meta-analyses. *Spine J* 2015;15:1461-77. DOI: 10.1016/j.spinee.2013.08.049
5. La rédaction *Minerva*. Ernstige ischias: is een actieve conservatieve behandeling werkzaam? *Minerva* duiding 15/09/2013.
6. Albert HB, Manniche C. The efficacy of systematic active conservative treatment for patients with severe sciatica. *Spine* 2012;37:531-42. DOI: 10.1097/BRS.0b013e31821ace7f
7. de Geeter K. Ischias: heekunde versus verlengde conservatieve behandeling. *Minerva* 2008;7(4):60-1.
8. Peul WC, van Houwelingen HC, van den Hout WB, et al; Leiden -The Hague Spine Intervention Prognostic Study Group. Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica. *N Engl J Med* 2007;356:2245-56. DOI: 10.1056/NEJMoa064039
9. Poelman T, Michiels B. Herhaalde metingen, hoe analyseren? *Minerva* 2016;15(6):155-7.
10. Lauridsen HH, Hartvigsen J, Manniche C, et al. Responsiveness and minimal clinically important difference for pain and disability instruments in low back pain patients. *BMC Musculoskelet Disord* 2006;7:82. DOI: 10.1186/1471-2474-7-82
11. Schaafstra A, Spinnewijn WE, Bons SC, et al. NHG-werkgroep. Lumbosacraal radiculair syndroom. Juni 2015.
12. Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, et al. Klinische richtlijn rond lage rugpijn en radiculare pijn. Samenvatting. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 287As./34.
13. Non-invasive treatments for low back pain and sciatica. In: *Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management*. NICE guideline [NG59]. Published: 30 November 2016. Last updated: 11 December 2020.
14. George SZ, Fritz JM, Silfies SP, et al. Interventions for the management of acute and chronic low back pain: revision 2021. *J Orthop Sports Phys Ther* 2021;51:CPG1-CPG60. DOI: 10.2519/jospt.2021.0304