



Is manuele therapie gericht op specifieke wervels nuttig bij aspecifieke lagerugpijn?

Referentie

Sørensen PW, Nim CG, Poulsen E, Juhl CB. Spinal manipulative therapy for nonspecific low back pain: does targeting a specific vertebral level make a difference?: a asstematic review with meta-analysis. J Orthop Sports Phys Ther 2023;53:529-39. DOI: 10.2519/jospt.2023.11962

Duiding

Mohamed Ismail Saubry, médecin généraliste, UCLouvain
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

Klinische vraag

Wat is het effect op pijn en zelfgerapporteerde functionele beperkingen en wat is de veiligheid van manuele therapie gericht op specifieke wervels bij patiënten ouder dan 18 jaar met aspecifieke lagerugpijn die al dan niet uitstraalt naar de onderste ledematen?

Achtergrond

Manuele therapie is een frequent toegepaste niet-medicamenteuze behandelingsoptie bij aspecifieke lagerugpijn (1). Deze therapie bestaat in meerdere vormen en kwam in Minerva al meermaals aan bod. In de duiding van een RCT bleek manuele therapie doeltreffender te zijn voor pijncontrole dan sham manuele therapie bij aspecifieke lagerugpijn die al langer dan 3 maanden aanhield (2,3). In een meta-analyse van 2019 vergeleek men mobilisatie en manipulatie van de wervelkolom met andere actieve behandelingen. De interventie bleek statistisch significant werkzamer te zijn maar de klinische relevantie van het effect was twijfelachtig (4,5). Er is echter weinig bewijs voor het effect van manuele therapie bij acute lagerugpijn. Een systematische review van de Cochrane Collaboration van 2012 die manuele therapie vergeleek met andere interventies, toonde geen klinisch relevante verbetering op vlak van pijnreductie en functioneren (6). Een meta-analyse van 2017 toonde een bescheiden verbetering na 6 weken met aanzienlijke heterogeniteit tussen de geselecteerde studies (7).

Samenvatting

Methodologie

Systematische review met meta-analyse (8).

Geraadpleegde bronnen

- MEDLINE, Embase, CENTRAL, CINAHL, Scopus, PEDro, GreyLit.org; van 15 februari 2022 tot 31 mei 2023
- geen taalrestrictie
- geen restrictie in jaar van publicatie.

Geselecteerde studies

- inclusiecriteria
 - gerandomiseerde gecontroleerde studies
 - interventie bestaande uit manuele therapie gericht op een of meerdere in aanmerking komende wervels van de lumbale wervelkolom (= deze met de meeste symptomen tijdens het klinisch onderzoek of volgens een andere methode (volgens de

aanbevelingen van Maitland); in 2 studies gebeurde mobilisatie en in 8 studies manipulatie van de wervels; 6 kinesitherapeuten, 2 chiropractici en 2 osteopaten voerden de behandeling uit

- in vergelijking met niet-gerichte manuele therapie of manuele therapie gericht op een ander wervelniveau
- exclusiecriteria: studies waarin niet-gerichte en gerichte manuele therapie ongelijk verdeeld waren tussen een interventie- en een controlegroep
- in totaal werden er 10 RCT's geïncludeerd in de meta-analyse.

Bestudeerde populatie

- 931 patiënten (60 tot 148 per studie), ouder dan 18 jaar (mediane leeftijd 43 jaar), 51% vrouwen, met specifieke lagerugpijn al dan niet uitstralend naar de onderste ledematen.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaat: gemiddeld verschil in pijn op een schaal van 1 tot 10
- secundaire uitkomstmaten: door de patiënt gerapporteerde functionele beperkingen, uitgedrukt als gestandaardiseerd gemiddeld verschil (SMD)
- veiligheid: ongewenste effecten
- per protocolanalyse
- sensitiviteitsanalyse met risico van bias, graad van manuele therapie (graad I tot IV = mobilisatie, graad V = manipulatie), manuele therapie in de controlegroep, aantal sessies, methode van bepaling van de in aanmerking komende wervels, duur van de pijn (acuut, subacuut, chronisch)
- post-hoc sensitiviteitsanalyse met de wervel die in aanmerking had kunnen komen, een voorstelling van de resultaten als correlatiecoëfficiënten en de beroepscategorie van de therapeut.

Resultaten

- voor pijn
 - geen verschil na de interventie: gewogen gemiddeld verschil van -0,20 met 95% BI van -0,51 tot 0,10 met matige heterogeniteit ($I^2=58,65\%$)
 - geen verschil op het einde van de follow-up van 12 maanden: gewogen gemiddeld verschil van -0,05 met 95% BI van -0,26 tot 0,36 met lage heterogeniteit ($I^2=18,57\%$)
- functionele beperking
 - geen verschil na de interventie: gemiddeld verschil van -0,04 met 95% BI van -0,3 tot 0,29 met sterke heterogeniteit ($I^2=71,91\%$)
 - geen verschil op het einde van de follow-up van 12 maanden: gewogen gemiddeld verschil van -0,05 met 95% BI van -0,24 tot 0,13 zonder heterogeniteit ($I^2=0,00\%$).
- gelijke verdeling van ongewenste effecten tussen beide populaties
- de sensitiviteitsanalyses tonen aan:
 - klein statistisch significant verschil na de interventie ten gunste van mobilisatie; gewogen gemiddeld verschil van -0,47 met 95% BI van -0,88 tot -0,07 op een pijnschaal van 0 tot 10
 - klein statistisch significant verschil ten gunste van een niet-gerichte lumbale bekkenmanipulatie vergeleken met een gerichte manipulatie; gewogen gemiddeld verschil van 0,65 met 95% BI van 0,12 tot 0,18 op een pijnschaal van 0 tot 10
 - de andere sensitiviteitsanalyses vertoonden geen enkel statistisch significant verschil tussen beide groepen.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat er bewijs met matige zekerheid bestaat dat aantoonbaar is dat er geen verschil bestaat in pijnintensiteit, functionele beperkingen of ongewenste effecten bij patiënten met specifieke lagerugpijn. De resultaten waren vergelijkbaar tussen patiënten die wel of geen gerichte manuele therapie kregen.

Financiering van de studie

De financiering van de studie wordt niet vermeld.

Belangenconflicten van de auteurs

Geen belangenconflict aangegeven.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

Deze systematische review met meta-analyses van goede methodologische kwaliteit werd rekening houdend met de richtlijnen van de Cochrane Collaboration uitgevoerd en gerapporteerd volgens de richtlijnen van PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis) (9). De bestudeerde uitkomstmaten zijn nauwkeurig omschreven, de in- en exclusiecriteria zijn duidelijk en de geraadpleegde databanken zijn relevant. De studies werden geselecteerd en de gegevens geëxtraheerd door twee onafhankelijke auteurs, waarbij een derde auteur als scheidsrechter tussenkwam bij meningsverschillen. Ook het risico van bias van de geselecteerde studies is door twee verschillende auteurs onafhankelijk geëvalueerd met behulp van de *Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool* (Rob-2). Op te merken valt dat het voor dit type interventies moeilijk lijkt om dubbelblinde studies uit te voeren. Twee van de geselecteerde studies vertonen een hoog risico van bias. Men evalueerde ook de statistische heterogeniteit tussen de studies. De auteurs geven aan dat ze een sensitiviteitsanalyse hebben verricht naargelang het risico van bias, maar dit resultaat vinden we niet terug in het originele artikel, noch in de bijlagen.

Bespreking van de resultaten

In de 10 geselecteerde studies zag men geen globaal effect op pijn en graad van functionele invaliditeit na de interventie en na een opvolging van 12 maanden. De uitkomstmeting is relevant voor de clinicus omdat men subjectieve eindpunten evalueerde. De sensitiviteitsanalyses naargelang de duur van de pijn konden het eindresultaat niet wijzigen. Een andere sensitiviteitsanalyse toonde wel een statistisch significante meerwaarde van mobilisatie ten opzichte van manipulatie maar de klinische relevantie hiervan lijkt twijfelachtig. Slechts twee studies toonden immers een gemiddelde afname in pijn van 0,47 punten. Op een pijnschaal van 0 tot 10 gaat dit dan ook om een minimale afname waarvan de klinische relevantie onzeker is. Hetzelfde geldt voor het resultaat ten gunste van een niet-gerichte lumbale bekkenmanipulatie in vergelijking met van een gerichte wervelmanipulatie. Ook dit resultaat is afkomstig van slechts twee kleine studies met elk minder dan 40 patiënten. Interessant is echter ook om op te merken dat er geen enkel verschil werd waargenomen naargelang de beroepscategorie. We moeten echter voorzichtig zijn om hier conclusies uit te trekken want er waren in de geïncludeerde studies slechts 10 therapeuten vertegenwoordigd.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk ?

Bij lagerugpijn maakt het KCE geen onderscheid tussen de verschillende hier genoemde vormen van manuele therapie. Ze worden allemaal samengenomen onder de term 'manuele technieken'. De auteurs formuleren een zwakke aanbeveling ten gunste van lumbale manipulatie of mobilisatie bij patiënten met lagerugpijn met of zonder radriculaire pijn. De Nederlandse, Franse en Britse richtlijnen voor de klinische praktijk bevelen manuele therapie wel aan, maar maken evenmin een onderscheid tussen een gerichte manuele therapie en de andere soorten van manuele therapie (10-12). De keuze lijkt men over te laten aan de behandelende therapeut.

Besluit van Minerva

Deze methodologisch correct uitgevoerde systematische review met meta-analyse toont aan dat manuele therapie geen voordeel oplevert op vlak van pijn, functioneren of ongewenste effecten bij patiënten met specifieke lagerugpijn met of zonder uitstraling in de onderste ledematen. Het maakt geen verschil uit of de manuele therapie wel of niet gericht is op wervels met de meeste symptomen.

Referenties

1. Thomas M, Thomson OP, Kolubinski DC, Stewart-Lord A. The attitudes and beliefs about manual therapy held by patients experiencing low back pain: a scoping review. *Musculoskelet Sci Pract*. 2023;65:102752. DOI: 10.1016/j.msksp.2023.102752
2. Devroey D. Manuele therapie bij chronische lagerugpijn. *Minerva* 2014;13(4):45-6.
3. Licciardone JC, Minotti DE, Gatchel RJ, et al. Osteopathic manual treatment and ultrasound therapy for chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med* 2013;11:122-9. DOI: 10.1370/afm.1468
4. Rubinstein SM, de Zoete, A, van Middelkoop M, et al. Benefits and harms of spinal manipulative therapy for the treatment of chronic low back pain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2019;364:l689. DOI: 10.1136/bmj.l689
5. Ailliet L. Manipulatie en mobilisatie van de wervelzuil als behandeling van chronische lagerugpijn? *Minerva Duiding* 16/12/2019.
6. Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJ, et al. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2012, Issue 9. DOI: 10.1002/14651858.CD008880.pub2
7. Paige NM, Miake-Lye IM, Booth MS, et al. Association of spinal manipulative therapy with clinical benefit and harm for acute low back pain: systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2017;317:1451-60. DOI: 10.1001/jama.2017.3086
8. Sørensen PW, Nim CG, Poulsen E, Juhl CB. Spinal manipulative therapy for nonspecific low back pain: does targeting a specific vertebral level make a difference?: a systematic review with meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther* 2023;53:529-39. DOI: 10.2519/jospt.2023.11962
9. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews *BMJ* 2021;372:n71. DOI: 10.1136/bmj.n71
10. Bekkering GE, Hendriks HJ, Koes BW, et al. Dutch physiotherapy guidelines for low back pain. *Physiotherapy* 2003;89:82-96. DOI: 10.1016/S0031-9406(05)60579-2
11. Haute Autorité de Santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Recommandation de bonne pratique. HAS, Mis en ligne le 4 avril 2019.
12. National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline [NG59] Published: 30 November 2016. Last updated : 11 December 2020.