



Ingezonden reacties na melding incidenten manipulaties

Discussie over cervicale manipulaties

In mei jl. verscheen er in FysioPraxis een artikel waarin twee casussen werden beschreven over meldingen van incidenten die gemeld waren bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Omdat de IGJ heeft aangegeven dat deze casussen gepubliceerd moeten worden om een leereffect teweeg te brengen, werd hier gehoor aan gegeven. Hierop kwam er een reactie binnen waarop de auteur van de casussen heeft gereageerd.

Ingezonden reactie op: Pool J. Ernstige complicaties na cervicale manipulatie. Casuïstiek: twee incidenten, gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. FysioPraxis 2019;28(4):31-35.

Tekst: Eric Saedt en Paul van Olffen

Met het bovengenoemde artikel geeft de NVMT bij monde van Jan Pool terecht gehoor aan de wens van de IGJ om twee gemelde casussen van complicaties na een cervicale manipulatie ter lering te publiceren in een vakblad voor de collega's. Het is interessant en belangrijk voor iedere collega om te lezen wat zich in een dergelijk geval vooraf en nadien afspeelt. Het doel van onze ingezonden brief is enkele uitspraken van collega Pool wat te nuanceren. Specifiek de uitspraken over incidentie, de veiligheid van de mobilisatie versus de onveiligheid van de manipulatie en als laatste dat mobilisaties even effectief zijn als manipulaties.

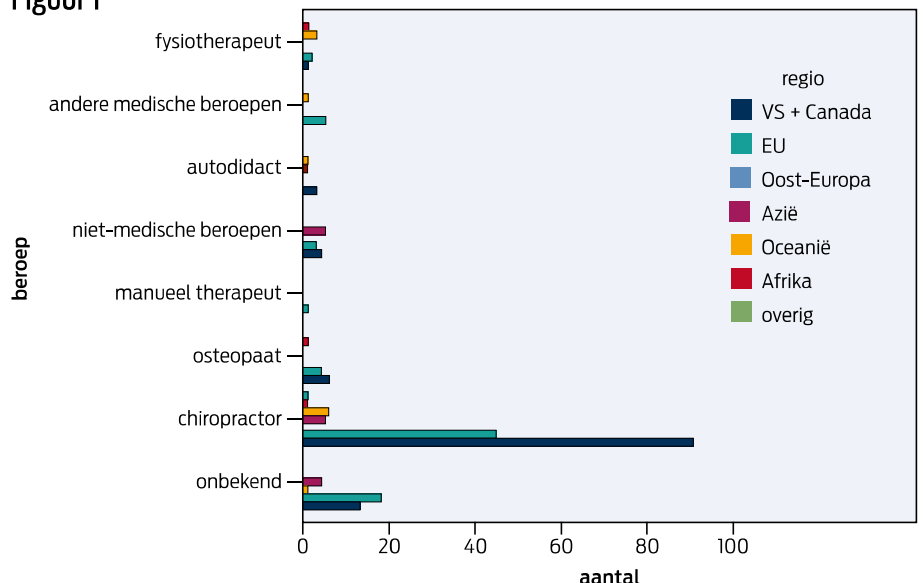
1. Het is een problematisch gegeven, dat de meeste reviews over complicaties na cervicale manipulatie alle vormen van spinale manipulatie op één hoop gooien.¹ Dit terwijl binnen de beschikbare body of evidence het aandeel van manueel therapeuten in deze materie 0,4% is.² De meeste complicaties vinden kennelijk plaats na chiropractische behandeling en het merendeel van de reviews en casuïstiekbeschrijvingen handelt ook over deze beroepsgroep (zie figuur 1).² Het is dus mogelijk dat het aantal incidenten bij manueel therapeuten nog lager is dan nu vanuit de literatuur wordt gesuggereerd. Niettemin moeten we als beroepsgroep blijven streven naar een zo laag mogelijke incidentie van complicaties.

2. Het wordt in de literatuur zeer waarschijnlijk geacht, dat een vasculaire dissectie in veel gevallen al pre-existent aanwezig was en dat de patiënt hulp zocht voor de hierbij behorende symptomen (o.a. hoofdpijn, nekpijn). Hoe dan ook, het exacte mechanisme van een vasculaire dissectie is tot op heden niet bekend.^{3,4} Voor vasculaire dissectie wordt een multifactoriële oorzaak verondersteld, wat het vaststellen van een oorzaak-gevolgrelatie bemoeilijkt.⁴ Een probleem bij de interpretatie van de literatuur is, dat de spontane incidentie van een a. carotis-dissectie of een a. vertebraal-dissectie ongeveer even hoog of hoger

is dan de incidentie na cervicale manipulatie.³ Dit maakt het vaststellen van een oorzakelijk verband tussen de manipulatie en de optredende complicaties onzeker.^{1,5} Niettegenstaande het onzekere oorzakelijke verband is de tijdsperiode tussen de interventie en de calamiteit bij de besproken casussen zo klein, dat causaliteit verondersteld mag worden, ondanks het feit dat hier nog steeds geen bewijs voor is. Beide casussen tonen aan dat zorgvuldig handelen van de manueel therapeut van groot belang is maar dat desondanks, gezien casus 1, calamiteiten nooit helemaal te voorkomen zijn.

3. Het is niet ondenkbaar dat de vraag of manipulaties in de hoogcervicale wervelkolom überhaupt wel zouden moeten plaatsvinden, zoals de auteur die zichzelf stelt, onze beroepsgroep onbedoeld niet in een verkeerd daglicht zet. Duidelijk is dat in de literatuur manipulaties worden gerelateerd aan calamiteiten. Het is onbekend of mobilisaties ook kunnen leiden tot calamiteiten. Vooralsnog worden mobilisaties in de literatuur niet gelinkt aan calamiteiten, maar dat wil niet zeggen dat mobilisaties niet kunnen leiden tot calamiteiten. Er is hier mogelijk sprake van informatiebias

Figuur 1



Complicaties na cervicale manipulatie of mobilisatie: gecombineerde kruistabel waarin beroep behandelaar versus geografische regio is weergegeven.

(kort gezegd: de invloed die [voor]informatie onbedoeld heeft op de uitkomst van een studie). Bijvoorbeeld: een patiënt zal na het ondergaan van een rustige mobilisatie niet snel de link leggen met een eventueel nadien optredende calamiteit. Of: een medicus zal bij onderzoek eerder vragen of er High Velocity Thrust (HVT)-technieken waren toegepast dan of er mobilisaties waren toegepast. Zo kan relevante informatie over mobilisaties dus gemist worden. Verder is er onduidelijkheid of de techniek of richting of de vaardigheid van de manueel therapeut (MT) ertoe doet. Veel studies beschrijven deelnemende collega's bijvoorbeeld in termen van "collega's met > 10 jaar ervaring" etc.⁶⁻⁹ Wat is de validiteit van een dergelijke uitspraak? Zijn collega's na 10 jaar 'beter' in hun vak, vaardiger dan diegenen die korter dan 10 jaar werken? Of zijn er collega's die op grond van hun grondmotorische vaardigheden een natuurlijke vaardigheid bezitten? Dit is een volkomen onontgonnen terrein, terwijl deze collega's toch verantwoordelijk zijn voor toediening van de bestudeerde interventie! Verder onderzoek is dus nodig om aan te tonen of mobilisaties echt veiliger zijn dan manipulaties. Daarnaast zullen we te weten moeten komen of de uit te voeren techniek en of richting van de uitvoering als ook de vaardigheid en ervaring van de MT gerelateerd zijn aan het optreden van calamiteiten. Laten we dus, zolang we die wetenschap niet voorhanden hebben, vooral voorzichtigheid in acht nemen, voordat we al te stellige uitspraken doen over mobilisaties versus manipulaties in relatie tot calamiteiten.

4.

In het algemeen wordt (net als in het artikel) in de discussie een mechanisch oorzakelijk verband tussen een dissectie en een cervicale manipulatie verondersteld. Er is evidence dat dit verband feitelijk niet aanwezig is of zelfs maar kan zijn in het geval van gezonde vaten.^{5,9-13} Klein et al.⁹ en Cattrysse et al.¹⁰ beschrijven dat het aangetoond is dat de rek op de a. vertebralis gedurende een zgn. HVT met low amplitude (HVLA) gelijk of zelfs minder is dan gedurende een slow velocity mobilisatie! Waarom zou je dan de patiënt lastig vallen met langdurig uitgevoerde mobilisatietechnieken waarvan niet bekend is of ze kunnen leiden tot calamiteiten, als het ook snel en veilig kan? Immers, rotatie- en tractietechnieken zijn niet nodig bij het behandelen

van primaire bewegingsbeperkingen in de cervicale wervelkolom met spinale manuele therapie. Er zijn alternatieve technieken genoeg voorhanden!¹⁴

5.

Jan Pool stelt dat er voldoende bewijs is voor de effectiviteit van mobilisaties als alternatief voor manipulaties. Echter, het merendeel van de door hem aangehaalde studies^{6,7,15} gaat helemaal niet over het verschil in effectiviteit tussen manipulaties of mobilisaties. Op de tweede pagina van het artikel valt te lezen dat Jan Pool een mechanische rationale als uitgangspunt neemt (verloren mobiliteit → mobilisaties/manipulaties → herstelde mobiliteit). Maissan et al. (appendix 3)¹⁶ toonde aan dat geen van de door Pool aangehaalde studies deze rationale onderzoeken en als doel stellen de mobiliteit te verbeteren. Sterker nog, geen van de artikelen voert een diagnostisch proces uit om een passende doelgroep bij de interventie mobilisatie/manipulatie te includeren. Zonder diagnostiek is een indicatie voor fysiotherapeut (FT)/MT niet vast te stellen. Het betreft dus onderzoeken naar het effect van mobilisaties/manipulaties zonder indicatie FT/MT, waar collega Pool zijn uitspraak over effectiviteit op baseert. Dit lijkt ons een smalle basis voor zo'n statement. Is er dan helemaal geen bewijs? Het artikel van Hoving⁶ meet op baseline en follow-up de mobiliteit. Het betrof hier dus een populatie waarvan het niet zeker is dat iedereen een beperking had (dit was geen inclusiecriteria). Hoving et al.⁶ vonden een matig positief effect van mobilisaties op de Range of Motion (ROM). Men kan zich afvragen hoe deze nu matige effect sizes zouden veranderen als een groep was geïncludeerd waar bij iedereen een ROM beperking aanwezig zou zijn geweest. In een studie van recentere datum wordt ook aangetoond dat mobilisaties bij een cervicale bewegingsbeperking de bewegingsbeperking enigszins doet afnemen.¹⁷ Dit specifieke mechanische effect trad alleen op bij de groep patiënten waarbij vooraf een bewegingsbeperking was vastgesteld. Wat in de literatuur vrijwel ontbreekt, zijn studies waarbij manipulaties onderzocht en vergeleken worden met mobilisaties bij een passende doelgroep, dus met een beperking van de ROM. Er is dus geen enkel bewijs dat mobilisaties beter zijn dan manipulaties. We mogen het ontbreken van bewijs van het

effect van manipulaties niet verwarren met het bewijs tegen het niet effectief zijn van manipulaties. Er is dus vanuit wetenschappelijk perspectief geen grond voor collega Pool zijn stelling over manipulaties niet meer te gaan overwegen. Wel zijn we het er mee eens dat de overweging om wel of niet te manipuleren zorgvuldig moet gebeuren conform de beroepsnorm. Zolang studies van te lage kwaliteit respectievelijk met een onvolledig klinisch redeneerproces mee blijven spelen in discussies als deze, bewijzen we ons vak geen goede dienst en komen we ook niets verder. Gaan we net als in het artikel van Maissan et al. artikelen selecteren op volledigheid van het klinisch redeneerproces, dan houden we nog erg weinig artikelen over om überhaupt over manipulaties versus mobilisaties te kunnen discussiëren met elkaar!¹⁶ De mate waarin externe evidentie gewaardeerd wordt, blijkt bij nadere beschouwing vaak genuanceerd te moeten worden. De gemaakte conclusies blijken vaak niet onderbouwd en niet houdbaar door methodologische onvolkomenheden.

Conclusie

Het intercollegiaal delen van kennis die voortvloeit uit complicaties die zijn ontstaan na toepassing van spinale manipulatietechnieken, is nuttig en zinvol. De interpretatie van de casuïstieken en de implementatie naar het handelen van de beroepsgroep an sich is echter niet zo eenvoudig als het zich soms laat aanzien. Ook de interpretatie van de literatuur daarover dient behoedzaam te gebeuren en men dient te waken voor overhaaste conclusies! Deze materie zal in de toekomst met hoogwaardig onderzoek moeten worden aangevlogen met respect voor het klinische redeneerproces om ooit in de toekomst tot een betrouwbare uitspraak te kunnen komen. »



Eric Saedt is als manueel therapeut zelfstandig werkzaam binnen gezondheidscentrum Schaafdries. Daarnaast is hij docent manuele therapie.

Paul van Olffen is werkzaam in praktijk Van Olffen Fysiotherapie en manuele therapie.



ericsaedt@schaafdries.nl

Reactie op ingezonden reactie Eric Saedt en Paul van Olffen

Tekst: Jan Pool

» Dank voor uw ingezonden brief. Ik zal zo mogelijk puntsgewijs hierop antwoorden.

1.

Op uw eerste punt kan ik alleen maar zeggen dat dat waarschijnlijk het geval is. De incidentie is laag, maar er is zeker ook sprake van onderrapportage. Niet iedereen meldt een incident bij de inspectie of bij de NVMT. Dit laatste is mogelijk zonder dat de privacy van personen geschonden wordt. Blijft onverlet dat incidenten na manipulaties voorkomen, ook bij onze beroepsgroep, en dat mijn oproep om alleen een behandeling te uit te voeren na een gedegen klinisch redeneerproces overeind blijft. Ter illustratie: sinds 2013 zijn er 15 meldingen bij de inspectie gemeld, waarvan 6 door niet-BIG-geregistreerde behandelaars en 9 door BIG-geregistreerde behandelaars. Onder andere chiropractoren zijn niet-BIG-geregistreerd.

2.

Ik begrijp uw probleem en ik kan het causale verband tussen actie en gevolg niet hard maken, maar indien direct na een manipulatie een incident optreedt op de bank of bij het opstaan van de bank, zie de beschreven casuïstiek, dan kan ik ook niet hard maken dat dit toeval is en niets met de interventie te maken heeft.

U heeft in mijn artikel ook kunnen lezen dat verondersteld wordt dat in zo'n 10% er geen tekens en symptomen te ontdekken zijn.¹ Bedenk dat indien een bloedvat 'at risk' is, er wat kan gebeuren, of dat nu een aneurisma is of een CAD.

Uw stelling dat de incidentie van een spontane CAD even hoog of hoger is dan een CAD na een manipulatie, acht ik daarom niet van belang; een grondig klinisch redeneren blijft belangrijk.

3.

Ik ben het met u eens dat er weinig tot geen literatuur is over calamiteiten na mobilisaties. Ik neem aan dat, indien een bloedvat 'at risk' is, het niet uitmaakt. Echter, ik kan dit niet onderbouwen met literatuur. Daarnaast is het zeker mijn bedoeling niet om manuele therapie in een kwaad daglicht te stellen, maar als docent en na jaren ervaring in de manuele therapie, ook als beoefenaar van manipulaties, blijf ik wel vinden dat men altijd kritisch moet blijven kijken naar het handelen en dit zoveel mogelijk evidence informed te doen. Indien ik dan kijk naar effectstudies m.b.t. manipulaties in de cervicale wervelkolom, is het bewijs daarvoor op z'n zachtst gezegd mager.² Deze informatie moet je meewegen in de besluitvorming, lijkt me.

Met betrekking tot uw opmerking over de technieken kan ik u wijzen op de review die we hebben uitgevoerd.³ Naar aanlei-

ding van die review heb ik specifiek gekeken naar de gebruikte technieken, zoals niveau, richting, dosering frequentie etc. De uitkomst is dat het reproduceren van een mobilisatie- of manipulatietechniek op basis van die artikelen (n = 69) niet te doen is. Bijvoorbeeld het noemen van een 'Flick manipulatie' als onderzoeksinterventie zegt verder niets over locatie, kracht, snelheid, richting, dosering, frequentie, etc.⁴ Voorwaar een uitdaging voor toekomstig onderzoek.

4.

Cattrysse et al.⁵ doet onderzoek op dissectiemateriaal en weet dus echt niet of een bloedvat 'at risk' was. De vertaling naar de dagelijkse praktijk is daarom niet relevant.

Daarnaast wat betreft uw opmerking met betrekking tot mobilisaties: ik ben het met u eens dat eindstandige langdurige mobilisatie ook een forse mechanische prikkel is, maar ik neem aan dat er niet meer op dergelijke manier gemobiliseerd wordt. Er wordt mijns inziens veel meer full range of in range gemobiliseerd.

5.

Uw opmerking is juist, maar u heeft de betreffende artikelen niet juist geïnterpreteerd. De heer Hoving en ondergetekende hebben geen onderzoek gedaan naar het verschil in effect tussen manipulaties en mobilisaties.^{6,7} Er is wel onderzoek gedaan naar de effecten van mobilisaties. De conclusie was dat mobiliseren een effectieve interventie bleek vergeleken met een interventie door de huisarts of door de fysiotherapeut; mobilisaties waren even effectief als een gedragsmatige interventie. In grote reviews echter bleken zowel mobilisatietechnieken als manipulatietechnieken een lage evidentie te scoren, zeker als deze als enige interventie werd uitgevoerd. In de Cochrane review van Gross et al. (2015)² wordt geconcludeerd: "Overall conclusion was very low to low quality evidence for mobilisation or manipulation. Findings suggest that manipulation and mobilisation present similar results for every outcome at immediate/short/intermediate term follow up." Voor een vergelijk tussen beide interventies verwijs ik u verder nog naar het artikel van Leaver et al. (2010),⁸ waarbij er ook geen verschil aangetoond werd in effect tussen manipulatie en mobilisatie.



Foto: collectie NVMT

Manipulatie-mobilisatie cervicale wervelkolom

Met betrekking tot uw opmerking over het diagnostische proces verwijs ik u graag naar ons artikel Maissan et al.,³ dat u ook al heeft aangehaald. Daarin wordt aangegeven dat naar onze mening inderdaad een interventie, zoals een interventie ter vergroting van de mobiliteit, alleen bij die patiënten uitgevoerd dient te worden bij wie daadwerkelijk een beperking van de mobiliteit vaststaat. In een vervolgonderzoek focussen we daar nu op. Met betrekking tot uw opmerking dat ik geen stelling mag nemen het volgende. Ik neem stelling tegen manipulaties in de cervicale en hoogcervicale regio van de wervelkolom:

1. zonder dat er van tevoren een grondig klinisch redeneerproces en een grondige

screening naar risicofactoren en rode vlaggen hebben plaatsgevonden;

2. zonder wetenschappelijk bewijs dat deze interventie (manipulatie) effectiever is dan een alternatieve interventie;
3. zonder dat er rekening gehouden wordt met een laag maar wel degelijk aanwezig risico.

Natuurlijk is het zo dat klinische expertise en ervaring van groot belang zijn in deze materie, maar ook bij een zeer ervaren en gerespecteerd collega is een dergelijk incident voorgekomen. Iets dat we toch helemaal niet willen. Ook moeten we waken voor de ‘beliefs’ van zowel therapeut als patiënt in de effecten van deze interventies; ‘beliefs’

mogen mijns inziens nooit leidend zijn voor het uitvoeren van een interventie.⁹

Dat er meer onderzoek en gericht onderzoek moet worden gedaan, onderschrijf ik natuurlijk helemaal. Een probleem waar we tegenaan lopen, is dat het in Nederland om medisch-ethische redenen niet gemakkelijk is een interventie te onderzoeken waar dergelijke risico aan vastzitten. Dat is ook de ervaring die Jan Hoving en ondergetekende hadden.



Dr. Jan Pool is werkzaam als senior researcher Lectoraat Leefstijl en Gezondheid, Kenniscentrum Gezond en Duurzaam Leven van de Hogeschool Utrecht.



Naschrift van de opstellers van de reactie

Tekst: Eric Saedt en Paul van Olffen

Wij danken Jan Pool dat hij de moeite heeft genomen om uitgebreid te reageren op onze opmerkingen. Het zijn actuele thema's binnen de beroepsgroep.

Wij stellen vast dat ten aanzien van zowel mobilisaties als manipulaties een goede onderbouwing vanuit de literatuur ten aanzien van zowel effectiviteit als calamiteiten ontbreken. Daarmee stopt feitelijk de discussie. De vraag is ook of we de evidence met betrekking tot ons handelen op een mechanistische wijze met behulp van RCTs en uplevel onderzoeksmethodes ooit boven water krijgen, respectievelijk of we het effect dat onze interventie op de patiënt lijkt te hebben, ooit recht kunnen doen. Er is binnen de beroepsgroep reeds eerder geroepen om een andere, meer kwalitatieve

insteek binnen het effectonderzoek (Klinimetrie).¹

Over het al dan niet eindstandig mobiliseren willen wij nog het volgende kwijt: mobilisatie zonder eindstandige belasting is geen mobilisatie, maar een prikkel met een andere intentie, bijv. sedatie van afferente informatie via kapsensoren.^{2,3} In die zin zijn de door dhr. Pool beschreven mobilisaties geen alternatief voor manipulatie.

De door Jan Pool aangehaalde ‘beliefs’ vormen de belichaming van de begrippen ‘patient values’ én ‘clinical experience’ uit het evidence based practice model van Sackett. Deze 2 subdomeinen dienen tezamen met het subdomein ‘external evidence’ meegenomen te worden binnen het klinisch redeneren ten aanzien van een voorliggende casuïstiek. In die zin kunnen wij de opmerking met betrekking

tot ‘beliefs’ van collega Pool niet goed plaatsen.

Ten slotte delen we in grote lijnen de aanbeveling van Jan Pool dat de toepassing van HVT-technieken pas plaats dient te vinden als aan een aantal voorwaarden is voldaan, echter: wat is ‘rekening houden met een laag risico; niet doen? Of voorzichtig doen? Ga je 70 km op de snelweg rijden omdat dat de toegestane minimumsnelheid is, of toch liever tussen de 100-130 omdat dat veiliger is, ondanks groter risico als er iets fout gaat? Ook over de techniek en richtingkeuze is het laatste woord nog niet gezegd. Naar onze mening is hier nog winst te behalen. Het op een juiste manier 3D integreren van rotatie en tractievectoren binnen het toepassen van manipulaties in de cervicale wervelkolom vergt een grote mate van handvaardigheid. De mate van handvaardigheid en concrete kennis van anatomische structuren is een urgent aandachtspunt voor de toekomst binnen onze beroepsgroep.

www Literatuur bij alle reacties: www.kngf.nl/fysiopraxis