



Factsheet Manuele therapie en therapeutische mogelijkheden bij kinderen (1-18 jaar)

Auteurs

- F. Driehuis, MSc, FT
- Prof. dr. M.W.G. Nijhuis – van der Sanden, KFT
- E. R. I. C. Saedt, MT
- B. H. van der Woude, MT
- Prof. dr. R.A. de Bie, FT





Samenvatting

Aanleiding

Internationaal zijn er verschillende stromingen en theoretische opvattingen ten aanzien van manuele technieken bij kinderen. Dit leidt tot vraagstellingen ten aanzien van de veiligheid van deze technieken. Er is een grote behoefte om de wetenschappelijke evidentie betreffende manueel therapeutische behandeling bij kinderen in kaart te brengen.

Plaatsbepaling en wetenschappelijke evidentie

Deze factsheet is bedoeld om de stand van zaken ten aanzien van 'evidence based practice' in de manueel therapeutische behandeling bij kinderen inzichtelijk te maken, op basis van een systematisch literatuuronderzoek. Waar de wetenschappelijke literatuur schaars was, zijn aanbevelingen aangevuld met bestaande richtlijnen, protocollen en klinische expertise. Deze factsheet maakt helder welke hiaten er zijn in het wetenschappelijk onderzoek. In de literatuur wordt manuele therapie door verschillende beroepsgroepen uitgevoerd, ieder met een eigen methode. In deze factsheet zijn alleen studies meegenomen waarin de beschreven therapeutische handelingen overeenkwamen met de manuele therapie zoals in Nederland gedoceerd en verricht.

Definitie

Kinderen: zijn jonge mensen tussen de 1 en 18 jaar oud.

Manuele therapie: is een specialisatie van fysiotherapie, die zich richt op gezondheidsproblemen in relatie tot stoornissen in functie van de wervelkolom en extremiteiten. Manuele therapie bestaat uit specifieke technieken gericht op het verbeteren van de functionaliteit en mobiliteit van gewrichten. Manuele therapie bij kinderen kan bestaan uit diverse mobilisatie technieken. In verband met nog voortgaande ossificatie en groeiprocessen in de wervelkolom van kinderen, wordt aanbevolen bij kinderen van 1 tot en met 12 jaar geen manipulaties uit te voeren. De effecten van manuele manipulatie op deze ontwikkelingsprocessen zijn onduidelijk. Er wordt dan ook aanbevolen terughoudend te zijn met manipulatie bij kinderen ouder dan 12 jaar. Er wordt geadviseerd alleen milde mobilisaties toe te passen als behandeltechniek.

Indicaties voor manuele therapie bij kinderen zijn musculoskeletale functiestoornissen waar een (bewegingsgerelateerde) biomechanische oorzaak is vastgesteld of wordt vermoed. Voor kinderen geldt dat in de literatuur uitsluitend rugklachten en hoofdpijn als indicaties zijn vermeld.

Prevalentie, indicatiestelling en etiologie

Prevalentie van rugklachten bij jonge kinderen (14 jaar) ligt tussen de 2 en 4%, bij oudere kinderen (5-14 jaar) is de prevalentie 916%. Van de kinderen tussen 11 en 13 jaar heeft 86% ooit wel eens rugklachten gehad. De prevalentie van een idiopathische scoliose, met een afwijking groter dan 10°, bij kinderen tussen de 6 en 8 jaar is 0.1% en dit neemt toe tot 0.3% en 1.2% in respectievelijk 9 tot 11 jarigen en 12 tot 14 jarigen.

De prevalentie van hoofdpijnklachten onder basisschoolkinderen is 21% bij de jongens en 26% bij de meisjes, bij middelbare scholieren is dit respectievelijk 14% en 28%. De algemene prevalentie van hoofdpijn gedurende een jaar was 92%.

Etiologie: vrouwelijk geslacht, slaapproblematiek, overgewicht, verkorte beenmusculatuur, verminderde heupmobiliteit, rompsymmetrie en familiale rugklachten vergroten de kans op rugklachten bij kinderen. Het vrouwelijk geslacht, stress, slaapproblematiek, vermoeidheid, duizeligheid en familiair voorkomende hoofdpijn vergroten de kans op hoofdpijn bij kinderen. Kinderen met een laag cervicale bewegingsbeper-



king hebben een grotere kans op nek- en hoofdpijnklachten. Kinderen met een hoog cervicale bewegingsbeperking hebben vaker chronische hoofdpijn.

Effectiviteit van manuele therapie bij kinderen

In de literatuur zijn vijf wetenschappelijke studies (3 RCT's, 1 geïntegreerde klinische casecontrol studie, 1 cohortstudie) gevonden die het effect van manuele therapie bij kinderen hebben onderzocht. De zeer beperkte evidentie die er is, wordt per aandoening in kaart gebracht.

Lage rugklachten (idiopathische scoliose)

- In de literatuur werden twee studies gevonden die het effect van manuele therapie op rugklachten onderzochten. Dit betrof één geïntegreerde klinische groepcontrol studie en één cohortstudie.
- De geïntegreerde studie onderzocht het effect van een kort behandelprogramma (3 weken; 3x per week; lumbosacrale segmentale mobilisatie en kinderrfysiotherapie) op de kwaliteit van leven en lage rugpijn bij 33 adolescenten met idiopathische scoliose met (n=21) en zonder rugklachten (n=11). De studie toonde aan dat het behandelprogramma de fysieke kwaliteit van leven van adolescenten met rugklachten significant verbeterde en de pijn verminderde. Er werd niet gemeten op functieniveau.
- De cohortstudie (42 kinderen met idiopathische scoliose; 617 jaar) liet zien dat manuele therapie ('high-velocity low amplitude' behandeling van de curve van scoliose, cervicale wervelkolom en bekkengordel in combinatie met houdingen bewegingsadvies) bij 19% een verbetering van meer dan 4° gezien werd. Bij 70% werd echter geen verbetering gezien.

Knijpkracht handen

- In de literatuur werd één gerandomiseerde, gecontroleerde studie (RCT) gevonden die het korte termijn-effect van manuele therapie op de knijpkracht van de handen onderzocht bij 18 judo atleten.
- Deze studie toonde aan dat mobilisatie en manipulatie van de cervicale wervelkolom door middel van het 'high velocity, low amplitude' principe, significant de knijpkracht (tot +17%) van beide handen zeer kortdurend kan verbeteren in vergelijking met manipulatie met een 'drop' mechanisme.

Cervicogene hoofdpijn

- In de literatuur werd één RCT gevonden naar de effectiviteit van manuele therapie op cervicogene hoofdpijn bij kinderen (52 kinderen; 715 jaar).
- In de studie werd cervicale manipulatie (n=24) vergeleken met placebo behandeling (n=28). Er vond één behandeling plaats. In beide groepen daalde de frequentie van hoofdpijn, dit verschil was echter niet significant. Er werden geen uitkomsten gemeten op functieniveau.

Astma in combinatie met verticale subluxatie

- In de literatuur werd één RCT gevonden die het effect onderzocht van manuele therapie bij kinderen met astma in combinatie met een vertebrale subluxatie (91 kinderen; 716 jaar).
- De interventiegroep kreeg segmentale mobilisatie en manipulatie, de controlegroep kreeg massage, palpatie van de wervelkolom en milde mobilisaties. Na 12 weken was het longvolume en kwaliteit van leven in beide groepen licht verbeterd, de frequentie van astma was gedaald. De verschillen tussen de groepen waren niet significant. Er werden geen uitkomsten gemeten op functieniveau.

Veiligheid

- Twee studies rapporteerden tijdelijke, vegetatieve reacties na manipulatie bij kinderen, zoals mild nekpijn en/of hoofdpijn en duizeligheid. Deze klachten werden gezien als normale fysiologische, ongevaarlijke reacties en waren kortdurend aanwezig.
- In de literatuur gerapporteerde negatieve effecten van manuele therapie zijn allemaal het gevolg van



een behandeling met osteopathie, chiropractie of cervicale manipulaties richting extensie en rotatie, uitgevoerd op een manier zoals die in Nederland niet door manueel therapeuten verricht wordt.

- In de literatuur zijn geen aanwijzingen dat manuele therapie bij kinderen, zoals in Nederland uitgevoerd, onveilig is.

Conclusie

Concluderend kan gezegd worden dat er zeer weinig studies zijn die de effectiviteit van manuele therapie bij kinderen, zoals in Nederland uitgevoerd, onderzochten. De weinige studies die er zijn kunnen de effectiviteit van manuele therapie niet aantonen door een matige onderzoeksopzet of beperkte klinische relevantie. Er kan dan ook geen uitspraak gedaan worden over de effectiviteit van manuele therapie bij kinderen.

Manuele therapie bij kinderen kan kortdurende bijwerkingen hebben, zoals milde nek en/of hoofdpijn en duizeligheid. Permanente, schadelijke effecten van manuele therapie bij kinderen, zoals in Nederland uitgevoerd, zijn niet bekend.