



Factsheet Manuele therapie en diagnostische mogelijkheden bij zuigelingen (0-1 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 de betrouwbaarheid en validiteit van diagnostisch manueel therapeutisch onderzoek bij zuigelingen. Dit leidt tot vraagstellingen ten aanzien van de diagnoses. Er is een grote behoefte om de wetenschappelijke evidentie betreffende manueel therapeutische diagnostiek bij zuigelingen 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 diagnostiek ten behoeve van manuele therapie bij zuigelingen 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

Zuigelingen: zijn kinderen van 0 tot 1 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.

Indicaties voor manuele therapie bij zuigelingen zijn functiestoornissen waar een (bewegingsgerelateerde) biomechanische oorzaak is vastgesteld of wordt vermoed. Voor zuigelingen geldt dat in de literatuur uitsluitend een (asymmetrische) voorkeursohouding, als aanwijzing voor een hoog cervicale bewegingsbeperking, is vermeld.

Prevalentie, indicatiestelling en etiologie

Prevalentie van een hoog cervicale functiestoornis is niet bekend.

De prevalentie van een voorkeursohouding (VKH) bij zuigelingen jonger dan 7 maanden ligt tussen de 8% en 12%. De prevalentie van deformatieve plagiocephalie (DP) is 6% bij de geboorte, na 6-7 weken tussen de 16% en 22% en na 4, 8, 12 en 24 maanden neemt deze af tot respectievelijk 20%, 9%, 7% en 3%. Van zuigelingen met een VKH, heeft ruim 60% ook een DP.

Etiologie: een abnormale positie in de baarmoeder, uitgestelde bevalling, meerlingzwangerschap en letsel opgelopen in de eerste weken vergroten de kans op hoog cervicale functiestoornissen bij zuigelingen. Veel op de rug slapen en de voorkeur voor eenzijdige voeding van de moeder zijn gerelateerd aan een VKH. Mannelijk geslacht, eerstgeborene, een relatief breder hoofd, op de rug slapen, weinig wisselgigging en een passieve en/of actieve bewegingsbeperking in de nek richting rotatie vergroten de kans op DP (met of zonder VKH).

Klinisch beeld

Hoog cervicale functiestoornis (HCFS) uit zich in een passieve en actieve cervicale bewegingsbeperking richting lateroflexie en contralaterale rotatie. Ook komen hyperextensie in de romp, verkrampte rugmusculatuur, musculaire asymmetrie en voorkeursohouding veelvuldig voor.



Asymmetrie en (musculaire) voorkeurshouding uit zich in een actieve bewegingsbeperking in de nek, meestal richting lateroflexie en contralaterale rotatie (zichtbaar bij voeden: hoofdje naar één kant). Andere symptomen zijn: een DP, C-scoliose van de gehele wervelkolom, hyperextensie van het lichaam, asymmetrie in extremiteiten en aangezicht, overgevoeligheid van de nek bij aanraking en heupdysplasie.

Mogelijk onderliggende pathologie: congenitale heupdysplasie, breuk van de clavicula, cerebrale parese, plexus brachialis parese, oculair syndroom, spinale malformatie, gehoorstoornis, interne pathologie of craniosynostose.

Diagnostiek

- Het diagnostisch proces bestaat uit screening, anamnese en lichamelijk onderzoek. Etiologie van aandoeningen en klinische beeldvorming sturen het vormen van een hypothese met betrekking tot de diagnose. Diagnostisch onderzoek bestaat uit observatie, inspectie, palpatie, functietesten en indien het vermoeden op pathologie bestaat wordt aanbevolen een neurologische screening uit te voeren. Wanneer rode vlaggen, of signalen voor mogelijk onderliggende pathologie zoals centraal neurologische, perifere neurologische, orthopedische of zintuiglijke afwijkingen aanwezig zijn, wordt aanbevolen niet te behandelen.

Screening

- De algemene rode vlaggen die duiden op een groei- of ontwikkelingsstoornis, aangeboren afwijking of een gezondheidsprobleem bij zuigelingen zijn geldend.
- Voor zuigelingen met asymmetrie zijn specifieke rode vlaggen benoemd.
- Rode vlaggen voor kinderen gelden ook voor zuigelingen.

Anamnese

- Op basis van de beschrijving van het klinisch beeld in de literatuur wordt aanbevolen in de anamnese de volgende factoren uit te vragen: voorgeschiedenis van moeder en kind (pre-, peri- en postpartum), de ontwikkeling van de zuigeling, familiale voorgeschiedenis, medicatiegebruik en het slaap- en voedingspatroon.
- In de literatuur zijn geen specifieke vragenlijsten voor (ouders van) zuigelingen bekend.

Observatie en inspectie

- Op basis van de beschrijving van het klinisch beeld in de literatuur wordt aanbevolen in de observatie te kijken naar de houding (asymmetrie, hyperextensie), actief bewegen van het hoofd, wervelkolom en extremiteiten, tonus, hoofdbalans, huidgedrag, levendigheid, gelaatsuitdrukking, oogmotoriek, voetstand en rug- en nekspiermusculatuur.
- Daarnaast wordt aanbevolen huidskleur, DP, scoliose, kale plek, en haarplukken te inspecteren.
- Wanneer de diameter van het hoofd (ver) boven normaal is of er een zwelling is op de fontanel, mag manuele therapie niet uitgevoerd worden in verband met mogelijke vergrootte intracraniale druk.

Palpatie

- Bij een VKH wordt aanbevolen de M. Sternocleidomastoideus en/of clavicula te palperen om een vermoedelijke afwijking (bloeding/fractuur) uit te sluiten.
- Suboccipitale pijnpuntprovocatie, positie van de processus transversus van C1 en de kiblertest van de huid kunnen wijzen op een HFCS.
- Er is geen wetenschappelijke evidentie hoe dit betrouwbaar en valide te meten.

Neurologische screening

- In de literatuur zijn 2 studies met een lage methodologische kwaliteit gevonden die neurologische screening beschreven: aanbevolen wordt een aantal primitieve reflexen en spierpeesreflexen te toetsen om pathologie uit te sluiten. Daarnaast wordt aanbevolen houdingsreacties en generieke mobiliteit te testen, zoals de tractietest, laterale kieptest en asymmetrische tonische nekreflex en bij afwijkingen door te verwijzen naar de (huis)arts.



Funcieonderzoek

- In de literatuur is één beschrijvende studie gevonden die aanbeveelt bovenvermelde testen, de mobiliteit van de gehele wervelkolom, mobiliteit van de heupen en de hoofdbalans te testen (laterale kieptest).
- Vanuit klinische expertise wordt aanbevolen bij een vermoedelijke HCFS, VKH en asymmetrie de flexie-rotatietest (FRT) en lateroflexie-test (LFT) te gebruiken om de hoog cervicale mobiliteit in kaart te brengen. Diagnostiek dient aangepast te zijn op de leeftijd en fysieke bouw van een zuigeling (positionering van de handen en de snelheid van uitvoeren). Alleen een positieve test is een indicatie voor behandeling. Er is geen wetenschappelijke evidentie voor de betrouwbaarheid en validiteit van deze testen.

Veiligheid

Er zijn geen studies die de betrouwbaarheid en veiligheid van diagnostiek bij zuigelingen onderzocht hebben. Hier kunnen dan ook geen uitspraken over worden gedaan.

Conclusie

Uit literatuuronderzoek blijkt dat er nauwelijks literatuur beschikbaar is betreffende diagnostiek bij zuigelingen. De huidige aanbevelingen voor manueel therapeutische diagnostiek zijn zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijke literatuur aangevuld met klinische expertise.