Manuele therapie bij jonge kinderen een goed idee?

Internationale taskforce raadt toepassen af in Position Statement

Jacqueline Nuysink, Jan Pool,
Marike Boonzaaijer, Manon Bloemen

Kinderen, waaronder ook zeer jonge baby's, worden steeds vaker behandeld met manuele therapie, chiropraxie en osteopathie. Bij jonge kinderen worden deze behandelingen in de praktijk toegepast bij zeer uiteenlopende hulpvragen van ouders, zoals voorkeurshoudingen en schedelvervormingen, overmatig huilen, voedings- en drinkproblemen, motorische onrust of een vertraagde motorische ontwikkeling. Binnen de manuele therapie wordt onderscheid gemaakt tussen manipulaties, beschreven als een kleine passieve beweging met hoge snelheid binnen de anatomische grenzen, en mobilisaties, beschreven als een langzame, gecontroleerde passieve beweging. Hoewel ze voor een breed spectrum aan problemen worden ingezet, worden er tegelijkertijd al jaren vraagtekens gezet bij de veiligheid en effectiviteit van deze behandelingen. Ouders kunnen met hun kind rechtstreeks voor deze behandelingen terecht, maar worden soms ook verwezen door professionals die een screenende rol hebben bij opgroeiende kinderen.

TASKFORCE

De twee internationale vakgroepen van manueel therapeuten (IFOMPT, International Federation of Manual and Musculoskeletal Physical Therapists) en kinderfysiotherapeuten (IOPTP, International Organisation of Physiotherapists in Paediatrics) hebben de zorg rond manuele therapie bij kinderen opgepakt door de inzet van een internationale wetenschappelijke taskforce. Zij hebben de afgelopen jaren meerdere grote studies uitgevoerd naar het toepassen van mobilisaties en manipulaties van de wervelkolom bij kinderen tussen de 0-18 jaar. Zij hebben een drietal systematische literatuuronderzoeken uitgevoerd. Het eerste literatuuronderzoek was gericht op de gewenste en ongewenste effecten van mobilisaties en manipulaties bij kinderen en de bestaande internationale richtlijnen.[1] Daarna zijn twee onderzoeken gedaan naar de eigenschappen van de meetinstrumenten, die in de onderzochte studies gebruikt waren om het resultaat van de behandeling te evalueren.[2,3] Aansluitend is een Delphi-onderzoek (een onderzoeksmethode waarbij de mening van experts wordt gevraagd in meerdere rondes om tot consensus te komen) uitgevoerd. Hierbij zijn 26 klinische experts uit zeven landen bevraagd om tot een gezamenlijk standpunt te komen over de toepassing van manipulaties en mobilisaties bij kinderen in diverse leeftijdsgroepen.[4,5] De bevindingen uit deze onderzoeken samen zijn verwerkt tot een evidence-based Position Statement voor fysiotherapeuten.[6] De besturen van de betreffende Nederlandse beroepsverenigingen, het KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie), de NVMT (Nederlandse Vereniging van Manueel Therapeuten) en de NVFK (Nederlandse Vereniging van Kinderfysiotherapeuten), ondersteunen de bevindingen en het Position Statement van de internationale Taskforce. Omdat Vakblad Vroeg zich richt op professionals voor jonge kinderen, die mogelijk met vragen hieromtrent in aanraking komen, is het belangrijk de lezers te informeren over dit nieuwe statement.

WAT KWAM ER UIT DE ONDERZOEKEN?

Uit de onderzoeken bleek, dat manipulaties en mobilisaties van de wervelkolom alleen passend zijn en toegepast kunnen worden bij oudere kinderen met problemen met het bewegingsapparaat (denk aan spieren, botten, pezen, gewrichten en banden) en niet voor allerlei hulpvragen op andere gebieden.[6] Uit de onderzoeken bleek dat manuele therapie bijvoorbeeld ook werd toegepast bij hulpvragen als darmkrampen, overmatig huilen, overstrekken, moeizame borstvoeding, astma, bedplassen of ADHD.[1,4,5] In de wetenschappelijke literatuur was er onduidelijk of zwak bewijs voor een positief effect bij deze hulpvragen op alle leeftijden.[1-3] Ook bleek er weinig tot geen passende neurofysiologische en/of biomechanische verklaring voor de relatie tussen klacht en behandeling.[6] Bij enkele hulpvragen (astma en bedplassen) was er zelfs sterk bewijs dat er geen effect was van manuele therapie.[1]

Bij jonge kinderen wordt manuele therapie in de praktijk toegepast bij zeer uiteenlopende hulpvragen van ouders

Specifiek bij kinderen < 2 jaar met een houdings- of bewegingsprobleem is de dringende aanbeveling helemaal geen manipulaties of passieve mobilisaties toe te passen.[6] Voorbeelden van mogelijke behandelindicaties waren een torticollis (een dwangstand van het hoofd, die voor of rond de geboorte ontstaat), of een voorkeurshouding van het hoofd en/

Jonge kinderen ontwikkelen zich heel snel, waardoor het natuurlijk beloop altijd een grote rol speelt

of een daarmee samenhangende afplatting van het hoofd. Meerdere factoren spelen een rol bij het ontraden van deze technieken:

» De milde tot soms ernstige ongewenste effecten, zoals het optreden van een ademstilstand bij jonge kinderen bij manipulatie hoog in de nek zijn mogelijk onder-gerapporteerd en kunnen levensbedreigend zijn.[1,6]
» Er was weinig bewijs voor effectiviteit en deze werd zelden vergeleken met een niet-behandelde groep, dus ten opzichte van natuurlijk beloop. Jonge kinderen ontwikkelen zich heel snel, waardoor het natuurlijk beloop altijd een grote rol speelt.[1-6]
» Als er al effect gemeten werd, werd dit doorgaans gedaan met weinig betrouwbare of valide meetinstrumenten.[2,3]

De taskforce-groep adviseert ook terughoudendheid van de toepassing van deze mobilisaties bij kinderen tot zeven jaar, mede afhankelijk van hun ontwikkeling en hun fysieke groei.[6]

Voor de volledigheid noemen we ook kort de standpunten die gaan over oudere kinderen:

» Voor kinderen onder de 12 jaar met pijn of stijfheid in de rug, nek of bij hoofdpijn kan, na zorgvuldige differentiaaldiagnose, overwogen worden om mobilisaties van de wervelkolom toe te passen, maar geen manipulaties.
» Bij jongeren tussen de 13-18 jaar kunnen manipulatie- en mobilisatie technieken soms geschikt zijn bij behandeling van rug- en nekpijn of nekpijn met hoofdpijn.

WAT BETEKENT DIT NU VOOR DE PRAKTIJK EN DE ZORG VOOR JONGE KINDEREN?

De taskforce heeft zich ten doel gesteld de wetenschappelijke ontwikkelingen op het gebied van manipulaties en mobilisaties nauwkeurig te blijven volgen, dat betekent dat er in de toekomst updates kunnen komen van dit Position Statement. Daarnaast zijn er andere behandelingen mogelijk zoals een gedegen advies over hantering en positionering en oefentherapie. Ook is de taskforce van mening dat veel meer wetenschappelijk onderzoek nodig is naar de effecten van de diverse interventies en de gebruikte meetinstrumenten om het effect daarvan te meten.

In de zorg voor heel jonge kinderen (0-2 jaar) geeft het Position Statement de grootste verandering ten opzichte van de huidige praktijk in Nederland. Echter, veranderingen in gedrag of werkwijze gaan vaak langzaam. Dit Position Statement zal als input meegenomen worden bij vorming van beleid bij richtlijnen en scholings-accreditaties. Daarnaast wordt op verschillende manieren aandacht gevraagd voor het Position Statement, zoals met dit artikel. Het statement is een weergave van de huidige literatuur en klinische expertmeningen. Wanneer in de toekomst overtuigend bewijs wordt gepubliceerd dat specifieke manuele technieken wel veilig en effectief zijn, kan dit statement aangepast worden.

De Nederlandse richtlijn Voorkeurshouding en schedelvervorming van de Jeugdgezondheidszorg (momenteel in herziening)[7] sluit aan bij bovenstaande statements tegen manuele therapie bij baby's en richt zich vooral op adviezen voor preventie en waar nodig begeleiding door een kinderfysiotherapeut.

Individuele zorgverleners hebben hun eigen verantwoordelijkheid wat betreft het toepassen van specifieke behandelwijzen en het doorverwijzen naar collega's. Juist bij de baby's en hun vaak

DE ADVIEZEN UIT HET POSITION STATEMENT IN HET KORT:

Manipulaties en mobilisaties van de wervelkolom zouden niet uitgevoerd moeten worden bij baby's (onder de 2 jaar).

Manipulaties van de cervicale en lumbale wervelkolom zouden niet uitgevoerd moeten worden bij kinderen (onder de 12 jaar)

Manipulaties en mobilisaties zijn niet geschikt voor de behandeling van aandoeningen bij kinderen en adolescenten die niet direct met het bewegingsapparaat te maken hebben, zoals astma, ADHD, autisme, borstvoedingsproblemen, cerebrale parese, darmkrampen, bedplassen en oorontstekingen.

nog onervaren ouders speelt een extra verantwoordelijkheid om niet onnodig etiketten te plakken en ongerustheid te creëren. Wij hopen en verwachten dat zorgverleners kritisch blijven kijken naar behandelwijzen die meer gestoeld zijn op overtuiging en persoonlijke ervaring, dan op evidence-based practice.

OVER DE AUTEURS

Dr. Jacqueline Nuysink is gepensioneerd kinderfysiotherapeut, senior-onderzoeker en hogeschoolhoofddocent bij Hogeschool Utrecht. Zij is nu voorzitter van de landelijke beroepsvereniging voor kinderfysiotherapeuten, de NVFK.
Dr. Jan Pool is gepensioneerd manueel therapeut, senior-onderzoeker en hogeschooldocent. Hij is lid van de Taskforce “On spinal manipulation in pediatric population” van de IFOMPT en de IOPTP.
Dr. Marike Boonzaaijer is kinderfysiotherapeut en werkzaam als senior-onderzoeker bij het Lectoraat Bewegen en Opgroeien doe je Samen en hogeschooldocent bij de masteropleiding Kinderfysiotherapie van Hogeschool Utrecht
Dr. Manon Bloemen is kinderfysiotherapeut en werkzaam als lector bij het lectoraat Bewegen en Opgroeien doe je Samen van Hogeschool Utrecht. Daarnaast is zij bestuurslid Wetenschap en Innovatie van de NVFK.

REFERENTIES

1. Milne N, Longeri L, Patel A, Pool J, Olson K, Basson A, Gross AR. Spinal manipulation and mobilisation in the treatment of infants, children, and adolescents: a systematic scoping review. BMC Pediatr. 2022 Dec 19;22(1):721.
2. Hayton T, Gross A, Basson A, Olson K, Ang O, Milne N, Pool J. Psychometric measurement properties of patient-reported and observer-reported outcome measures for spinal mobilisations and manipulation on paediatric subjects with diverse medical conditions: A systematic review. J Man Manip Ther. 2024 Jun;32(3):234-254.
3. Hayton T, Gross A, Basson A, Olson K, Ang O, Milne N, Pool J. Psychometric properties of clinician-reported and performance-based outcomes cited in a scoping review on spinal manipulation and mobilization for pediatric populations with diverse medical conditions: a systematic review. J Man Manip Ther. 2024 Jun;32(3):255-283.
4. Dice JL, Brismée JM, Froment FP, Henricksen J, Sherwin R, Pool J, Milne N, Clewley D, Basson A, Olson KA, Gross AR. Spinal manipulation and mobilisation among infants, children, and adolescents: an international Delphi survey of expert physiotherapists. J Man Manip Ther. 2024 Jun;32(3):284-294.
5. Dice JL, Brismee JM, Froment FP, Henricksen J, Sherwin R, Pool J, Milne N, Clewley D, Basson A, Olson KA, Gross AR. Perceived factors and barriers affecting physiotherapists’ decision to use spinal manipulation and mobilisation among infants, children, and adolescents: an international survey. J Man Manip Ther. 2024 Jun;32(3):295-303.
6. Gross AR, Olson KA, Pool J, Basson A, Clewley D, Dice JL, Milne N. Spinal manipulation and mobilisation in paediatrics - an international evidence-based position statement for physiotherapists. J Man Manip Ther. 2024 Jun;32(3):211-233.
7. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. JGZ-richtlijn preventie, signalering en aanpak van voorkeurshouding en schedelvervorming. TNO innovation for life, 2012. (In herziening)