



Mensen met schouderpijn en daarnaast nekklachten, verdubbelen hun kans op herstel als ze hun botten laten 'kraken'.

Wim Köhler

EEN MANUEEL THERAPEUT ('kraker' in de volksmond) geneest na maximaal zes behandelingen de klachten van ruim 40 procent van de patiënten met schouder- en nekklachten. Na een standaardbehandeling door de huisarts, soms bijgestaan door de fysiotherapeut, is daarentegen na drie maanden net iets meer dan 20 procent van de patiënten van hun schouder- en nekklachten verlost. Dat blijkt uit onderzoek van de Groningse bewegingswetenschapper Gert Bergman (*Annals of Internal Medicine*, 21 sept).

Bergman deed zijn onderzoek aan de afdeling Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen bij huisarts-onderzoeker en manueel geneeskundige dr. Jan Winters. Het onderzoek is onderdeel van het veel grotere Nederlands Schouder Onderzoek, gecoördineerd door programmaleider dr. Geert van der Heijden, klinisch epidemioloog bij het Julius Centrum van het Universitair Medisch Centrum in Utrecht.

Schouderklachten komen veel voor. Eén op de vijf Nederlanders heeft op dit moment schouderklachten. Sommige mensen hebben alleen pijn in hun schoudergewricht, anderen kunnen een arm nauwelijks omhoog tillen, of kunnen hem niet naar voren en achteren bewegen. Schouderpijn of -bewegingsbeperkingen duren vaak lang: de helft van de patiënten is na een half jaar nog niet klachtenvrij en bij 40 procent duurt de ellende langer dan een jaar. Mensen die behalve last van hun schouder ook hun nek niet soepel meer kunnen bewegen, behoren tot de patiënten bij wie de klachten vaak lang duren. Op die groep, waarvoor geen bewezen effectieve behandeling bestaat, richtte Bergman zich. Al eerder was (in Nederlands onderzoek) aangetoond dat manuele therapie helpt bij rug- en nek- en heupklachten, maar of manuele therapie ook goed is voor de schouder was niet bekend.

Mensen met last van schouder én nek hebben het aan hun *schoudergordel*. Voor manueel therapeuten is het een geheel begrip. Fysiotherapeuten kennen hem

MANUELE THERAPIE GENEEST PIJN IN SCHOUDERGORDEL

Kraken helpt

meestal ook, maar voor veel huisartsen zijn schouder en nek afzonderlijke onderdelen van het bewegingsapparaat. Van der Heijden steekt zijn arm op: "Bij deze beweging ontstaat er via spieraanhechtingen aan ribben, borstbeen en ruggenwervel een ribbeweging en een zijdelingse kromming in je ruggengraat. Door de beweging van een paar wervels, ribben, sleutelbeen en het schouderblad kan de opgeheven arm tot naast het oor of zelfs achter het hoofd worden bewogen. Bij een bewegingsbeperking in de ruggengraat, bijvoorbeeld door verkrampte spieren, beweeg je minder soepel. Daardoor ga je de schouder en arm anders bewegen en voel je na verloop tijd pijn in je schouder. Maar ook de stijve ruggengraat kan een uitstralende pijn naar de schouder veroorzaken." Zowel beweging als pijn zitten dus binnen de schoudergordel.

De les is: kijk bij schouderklachten ook naar de nek

Bergman richtte zich op de groep met schoudergordelklachten. Van der Heijden: "Het samengaan is belangrijk voor de uitkomst. Mensen met gecombineerde klachten hebben een slechtere herstelkans." De onderzoeksgroep van Bergman bestond uit mensen die met hun klachten naar de huisarts gingen. De klachten waren niet het gevolg van reuma, een ongeluk, of andere bekende oorzaak.

Van der Heijden: "Een huisarts krijgt wekelijks zeker twee patiënten met schouderklachten op zijn spreekuur. Patiënten met schouder- én nekklachten kan hij er makkelijk uitpikken. Behalve pijn in de schouder is er dan een functiebeperking in de nek. Dat kan een huisarts eenvoudig testen door de patiënt zijn hoofd zo ver mogelijk naar links en rechts te laten draaien, door hem zijn oren naar links en rechts 'op de schou-

der' te laten leggen en door hem zijn hoofd voor- en achterwaarts te laten knikken. De functiebeperking is er als iemand zijn hoofd bijvoorbeeld verder naar rechts dan naar links kan draaien, of als deze bewegingen pijn doen." Die patiënten konden de 50 deelnemende Groningse huisartsen doorsturen voor deelname aan het onderzoek.

Bergmans vergeleek de 'normale behandeling' die een door het lot bepaalde controlegroep kreeg, met de normale behandeling plus manuele therapie. De normale behandeling is beschreven in een richtlijn voor alle huisartsen, de standaard 'schouderklachten' van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

De huisartsenstandaard adviseert voorlichting (uw klacht kan lang duren), om actief te blijven, om eventueel pijnstillers te nemen en na twee weken terug te komen als het niet over is. Als dat iets helpt, kan nog eens twee weken een pijnstiller worden aanbevolen. Als het niet helpt kan de arts ontstekingsremmende corticosteroïde-injecties in de schouder geven. Eventueel nog een keer herhaald. Na zes weken aanhoudende klachten kan de arts naar een fysiotherapeut verwijzen, vooral voor oefentherapie, eventueel aangevuld met massage of 'apparatherapie', met warmte, ultrageluid of elektriciteit. Van der Heijden, ooit als fysiotherapeut opgeleid: "Het effect van apparatherapie voor schouderklachten is nooit aangetoond." In Bergmans onderzoek verwees de huisarts een kwart van de patiënten uiteindelijk naar de fysiotherapeut.

De extra manuele therapie begon twee à drie weken na het eerste huisartsbezoek en omvatte maximaal zes behandelingen. Aan het begin van de behandeling, tijdens de manuele therapie (na 6 weken), kort na afloop (12 weken) en na 6 en 12 maanden keken onderzoekers hoe de patiënten zich voelden. Het verschil was groot tussen mensen die wel (43 procent beter) en niet (21 procent beter) waren gekraakt. Gert Bergman: "Het verschil van 22 procent na drie maanden was na een jaar nog steeds 17 procent. Mensen die baat hadden bij manuele therapie hadden dat hele jaar minder pijn en bewegingsbeperkingen. Het effect van extra manuele therapie blijkt dus. En dat zie je niet vaak bij dit soort onderzoek." Manueel therapeuten zijn fysiotherapeuten met een driejarige vervolgoplei-

● *Jeanette Schotkamp, een van de manueel-therapeuten die de deelnemers aan het onderzoek naar het effect van manuele therapie voor schouder- en nekklachten behandelde, zet de wervels van een patiënt in het gareel.*

FOTO SAKELZINGA

ding van twee lesdagen per week en praktijkonderwijs. De krakerswereld bestaat behalve uit manueel therapeuten ook uit osteopaten en chiropractoren. Van der Heijden: "Er is een grote overlap in hun therapeutisch instrumentarium. Vooral bij de behandeling van klachten rond de wervelkolom zijn de overeenkomsten groter dan de verschillen. De indicaties en diagnostische technieken verschillen. Chiropractoren maken bijvoorbeeld röntgenfoto's van de botten. Osteopaten en chiropractoren behandelen soms ook aandoeningen die niet met direct met aandoeningen van het bewegingsapparaat zijn geassocieerd, zoals chronische buikpijn."

Manueel therapeuten bewegen de botten van hun patiënten ten opzichte van elkaar. Dat kan snel gebeuren, of langzaam oscillerend, met grote of kleine uitslag, afhankelijk van de stoornis die een patiënt heeft. In Bergmans onderzoek stond in een protocol beschreven welke manipulaties en mobilisaties waren toegestaan.

De manuele therapie in Nederland heeft zijn oorsprong in Australië en Nieuw-Zeeland. Van der Heijden: "Het verhaal gaat dat Frits Philips in de jaren vijftig in Australië was en vreselijke last van zijn rug kreeg. Zijn gastheer bracht hem naar zijn kraker, waarna Philips opmerkelijk snel herstelde. Philips heeft toen in 1967 in Eindhoven het opleidingsinstituut voor manueel therapeuten gesticht."

De les uit het onderzoek is om bij schouderklachten ook aan nekklachten te denken en die te onderzoeken. Het heeft dus kennelijk zin om die klachten niet los van elkaar te zien, maar als schoudergordelaandoening. Van der Heijden: "Per slot van rekening heeft de helft van de schouderpatiënten die geen reuma of trauma hebben, ook nekklachten." Een belangrijke conclusie is ook dat manuele therapie een vaste plaats moet krijgen in de behandeling van schouderklachten, net zoals bij veel andere klachten van het bewegingsapparaat.