



Factsheet Manuele therapie en diagnostische 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 de betrouwbaarheid en validiteit van diagnostisch manueel therapeutisch onderzoek bij kinderen. Dit leidt tot vraagstellingen ten aanzien van de diagnoses. Er is een grote behoefte om de wetenschappelijke evidentie betreffende manueel therapeutische diagnostiek 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.

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



Klinisch beeld

Rugklachten: kinderen tussen de 11 en 14 jaar hebben bij rugklachten vooral problemen met het dragen van de rugtas, zitten tijdens school en sporten. Een derde van hen heeft uitstraling naar het been. Kinderen tussen de 10 en 16 jaar met lage rugklachten hebben een verstoorde balans wanneer zij op één been moeten staan met gesloten ogen.

Hoofdpijn: duizeligheid en concentratieproblemen zijn de meest voorkomende signalen van hoofdpijn bij kinderen. Spanningshoofdpijn heeft vaak een dof of drukkend karakter, geeft een bandgevoel om het hoofd en in meer dan de helft van de gevallen houdt de pijn korter dan één uur aan. Lichamelijke activiteit verergert de klachten niet. Migraine bij kinderen uit zich in misselijkheid, overgeven, overgevoeligheid voor licht en geluid en toename bij lichamelijke inspanning. Klachten duren langer dan één uur en de pijn heeft vaak een bonzend karakter. Kinderen met spanningshoofdpijn of migraine hebben vaker last van nekpijn, pijn in het gezicht, de kaken, ledematen en/of de borst en slaapproblemen. Ook hebben deze kinderen vaker een laag cervicale bewegingsbeperking.

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 kinderen zijn geldend.
- Voor kinderen met rugklachten en kinderen met hoofdpijn gelden extra specifieke rode vlaggen.
- Voor kinderen gelden ook speciale rode vlaggen met betrekking tot kindermishandeling of -verwaarlozing.

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 het kind en de ouders, het ontstaan en beloop van de klachten, duizeligheid, concentratieproblemen, misselijkheid, slaappatroon, lichamelijke activiteit en medicatiegebruik.
- In de literatuur zijn geen specifieke vragenlijsten voor kinderen 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, contouren van de wervelkolom en het actief bewegen van de gehele wervelkolom.
- Vanuit een consensusrapport wordt aanbevolen de harten ademhalingsfrequentie, bloeddruk, lengte en gewicht te inspecteren.

Palpatie

- Er is geen wetenschappelijke evidentie met de aanbeveling tot palperend onderzoek.

Neurologische screening

- In de literatuur is één studie met lage methodologische kwaliteit gevonden die de neurologische screening beschrijft: aanbevolen wordt afwijkingen in pathologische tonusreflexen uit te sluiten en een gangen balansanalyse uit te voeren om neurologisch lijden uit te sluiten. Bij afwijkingen wordt aanbevolen door te verwijzen naar de huisarts.



Functieonderzoek

- Over het functieonderzoek bij kinderen bestaat geen wetenschappelijke evidentie. Hierover kunnen dan ook geen aanbevelingen worden gedaan. Aanbevelingen ten behoeve van het functieonderzoek zijn beschreven op basis van klinische expertise.

Veiligheid

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

Conclusie

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