

Formulier 'EBP in action'

Oefentherapie en passieve mobilisatie na operatie ventrale zijde halsgebied.

Naam auteur : Eelco Sengers

Naam reviewers : Yara van der Vlies en Roderik Scholten



Klinische vraag:

“Is het zinvol om, na een operatie aan de ventrale zijde van het halsgebied, de cervicale wervelkolom en de schoudergordel, naast actieve oefentherapie, te behandelen met passieve mobilisaties?”

Een larynxcarcinoom is de meest voorkomende tumor in het hoofd-halsgebied.¹ De behandeling bestaat uit een operatieve ingreep (verwijdering tumor en halsklierdissectie) gecombineerd met radiotherapie en chemomedicatie.¹ Een patiënt heeft na de ingreep aan de ventrale zijde van het halsgebied een fors operatielitteken en tracheostoma/spraakknopje. Het litteken is, tezamen met de fibrosering van de huid (neveneffect radiotherapie), verantwoordelijk voor een rotatie- en extensiebeperking van de cervicale wervelkolom (CWK) en extensie van de thoracale wervelkolom (TWK).¹ Bovendien komt bij 20-60% van de patiënten met een halsklierdissectie (HKD) een (tijdelijke) leasie voor van de n. accessorius (verantwoordelijk voor de innervatie van de m.trapezius pars descendens).^{1,2,3} Deze leasie is verantwoordelijk voor een verminderde actieve stabiliteit scapula-thoracaal en kantelt de cavitas glenoidales naar caudaal, resulterend in een beperking van de actieve anteflexie en abductie in de schouder^{1,2,3}. Dit geeft een verhoogd risico op klachten van de CWK, TWK en het acromioclaviculair-, sternoclaviculair- en glenohumeraal gewricht^{1,2,3}. Onlangs verscheen een dergelijke patiënt in de praktijk. In het kader van EBP en de afweging wel/niet passief bewegen bracht dit mij tot de zoekvraag.



Zoekvraag:

“Is er bewijs voor het effect van passieve mobilisatie, naast oefentherapie, op de functies van CWK, TWK en de schoudergordel na een operatie aan de ventrale zijde van het halsgebied?”



Internetzoektocht:

De gebruikte databanken zijn PubMed en Google. De zoektermen: “physiotherapy and physical therapy”; “neck dissection”; “Accessory nerve”; “ventral cervical spine surgery”. Artical type : “Randomized Controlled Trial”. De combinatie van de zoektermen met “and” geven bij pubmed als resultaat 7 artikelen waarvan 2 bruikbaar. Het gebruik van Google met zoekterm “richtlijn” en “fysiotherapie halsklierdissectie” geeft 18 resultaten met oa. de (concept) CBO richtlijn.



Samenvatting van bevindingen:

De zoekvraag is specifiek. Na een uitgebreide zoektocht werden er twee relevante artikelen gevonden. In de artikelen worden een Cohortonderzoek² (n=60) en een RCT³ (n=52) beschreven. In de CBO (concept)richtlijn Larynxcarcinoom¹ staat de “richtlijn fysiotherapie bij halsklierdissectie” beschreven.

Salerno et al.² verrichtten in een Cohortstudie (n=60) onderzoek naar de incidentie van schouderklachten (pijn, ROM en QofL) na HKD en het effect van actieve en passieve oefentherapie op deze klachten onder 2 groepen: A (n=30) mét nabehandeling en B (n=30) zonder nabehandeling (selectie op basis afstand kliniek-woonplaats >200 km). De nabehandeling bestond uit een actief oefenprogramma voor thuis en 3xpw een individuele sessie, gedurende gemiddeld 97 dagen [range 30-180], met passieve mobilisaties anteflexie GH, lat rotatie scapula, exo en endo GH. Evaluatie na 1 en 6 maand(en): ROM, Constant Modified Questionnaire (pijn 1-15 en werk/recreatie 1-20) en EMG van de scapulohumerale spieren. Resultaat: na 6 maanden vertoonde Groep A ten opzichte van B een grotere toename ROM zowel passief als actief (P=0), minder pijn (P<0.001) en Constant QoL (P=0). Er bleek geen correlatie tussen EMG resultaten en de Constant score.

McNeely et al.³ verrichtten, in een RCT, onderzoek naar de effecten van oa. progressieve weerstandstraining bij patiënten met HKD (PeDro score 8/10). Twee groepen werden met elkaar vergeleken: een therapeutic exercise group (TP) en een Progressive Resistance Exercise Training (PRET) groep. De TP groep (n=25) kreeg een standaardprogramma van 12 weken gericht op CWK en schoudergordel, met actieve en passieve mobilisaties, houdings- en bewegingsoefeningen en krachttraining met gewichten (max 1-5 kg) en theraband. De passieve mobilisaties worden in het artikel niet beschreven. De PRET groep (n=27) kreeg eenzelfde basisprogramma, maar de krachtopbouw werd individueel afgestemd. Weerstandsoefeningen (3 series, 5-8 oefeningen, 10-15 hh) maximaal opgebouwd, maar begrensd door een Borg (Borg max 13-15 op 20). De effectmeting door: SPADI, FACT-An, NDII, goniometer en max Fs. Van de PRET en TP groep volbrachten respectievelijk 95% en 87% het programma. Pijnklachten, ROM (exo schouder), vermoeidheid en QofL bleken significant verbeterd. De SPADI score daalde bij de PRET met -14.1 P en de TP met - 4.8 (-9.6; 95%CI [-16.4 -4.5] P=.001). Ook werd er een toename van kracht in de schoudergordel gemeten (+10.8kg; 95% CI, [5.4-16.2kg] p<.001).

Een richtlijn is hét hulpmiddel in de vertaalslag van onderzoeksresultaten en nieuwe inzichten naar de klinische praktijk. In de concept CBO richtlijn "Fysiotherapie bij Halsklierdissectie"³ staan onderzoek en de behandeling in pre- en postoperatieve fase beschreven, inclusief de bijbehorende klinimetrie. Met betrekking tot de mobiliteit van de CWK staat in de richtlijn: "gedoseerde herhaalde rekkingoefeningen binnen de pijngrens lijkt het meest geïndiceerd".



Conclusie:

Beide onderzoeken tonen het nut van zowel actieve als passieve oefentherapie aan. Actieve oefentherapie na een operatie aan de ventrale zijde van het halsgebied is significant bewezen^{2,3} effectief. De toegevoegde waarde van passieve mobilisaties is bewezen^{2,3} voor het schoudergewricht, voor de CWK en TWK niet. De richtlijn "fysiotherapie bij HKD"¹ geeft geen antwoord op de klinische vraag. De veronderstelling "gedoseerde herhaalde rekkingoefeningen binnen de pijngrens lijkt het meest geïndiceerd"¹ is zwak. In beide artikelen en in de richtlijn wordt het belang van de bewegingsfunctie van CWK benoemd, maar de behandeling wordt niet helder beschreven en geëvalueerd. Voor Progressive Resistance Exercise Training is significant bewijs³ en moet dus overwogen worden bij de revalidatie van de patiëntengroep. Daarnaast is er bewijs² dat niet alleen de uitval van de n.accessorius verantwoordelijk is voor de beperking van de functie van de schoudergordel, maar ook de combinatie van operatielitteken en immobilisatie. Verminderde spierkracht en functiebeperking zijn dan het logische gevolg. Reden te meer om snel te starten met therapie!



Referenties:

1. CBO concept richtlijn Larynxcarcinoom 2009
Nederlandse Werkgroep Hoofd-Hals tumoren (NWHHT)
2. Salerno G, Cavaliere M, Foglia A, Pellicoro DP, Mottola G, Nardone M, Galli V.
The 11th nerve syndrome in functional neck dissection.
Laryngoscope 2002 Jul, 112(7 Pt 1):1299-307.
3. McNeely ML, Parliament MB, Seikaly H, Jha N, Magee DJ, Haykowsky MJ, Courneya KS.
Effect of Exercise on Upper Extremity Pain and Dysfunction in Head and Neck Cancer
Survivors.
CANCER July 1, 2008 / Volume 113 / Number 1.