

De nabehandeling van restklachten na een lumbale herniaoperatie

Promotie van R.W.J.G. Ostelo

Samenvatting

Op 19 juni 2002 promoveerde Drs. R.W.J.G. Ostelo op het promotieonderzoek getiteld 'Rehabilitation following lumbar disc surgery' aan de Universiteit Maastricht onder begeleiding van de promotoren Prof. Dr. Ir. P.A. van den Brandt en Prof. Dr. Ir. H.C.W. de Vet, Vrije Universiteit Amsterdam, en copromotoren Dr. M.W. Berfelo, Academisch Ziekenhuis Maastricht, en Dr. I.W.S. Vlaeyen. Hieronder volgt een samenvatting van de voornaamste bevindingen en conclusies uit zijn onderzoek.

(*Tijdschr Neurol Neurochir* 2003;104(2):119-121)

Inleiding

In Nederland worden per jaar 10.000 patiënten geopereerd vanwege een lumbale discushernia. Postoperatief rapporteren tussen de 22 en 45% van deze patiënten restklachten in het been en 30 tot 70% rugklachten. Ondanks veel plausibele verklaringen aangaande de effectiviteit van verschillende vormen van nabehandeling voor deze restklachten ontbreekt het aan overtuigend bewijs. De keuze voor een bepaalde nabehandeling is voornamelijk gebaseerd op persoonlijke en klinische ervaring van de hulpverlener of op methodologisch zwakke studies. Actieve behandelingen tijdens de revalidatiefase zouden de onafhankelijkheid van de patiënt, ten opzicht van het medische circuit, op lange termijn vergroten. Recentelijk is ook aandacht voor een biopsychosociaal perspectief binnen het revalideren na een lumbale herniaoperatie. Een hypothese, gebaseerd op de literatuur, luidt dat intensieve oefenprogramma's de patiënt confronteren met zijn angsten en onzekerheden ten aanzien van bewegen en dat patiënten moeten leren dat symptomen, die samenhangen met het oefenen, niet noodzakelijkerwijs gevaarlijk zijn.

Een systematisch literatuuronderzoek

Door middel van een systematisch literatuuronder-

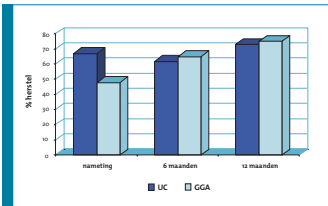
zoek zijn de (inter)nationale gepubliceerde resultaten, van gerandomiseerde onderzoeken (RCTs) naar de effecten van nabehandeling na een lumbale herniaoperatie, samengevat.¹ Om de relevante literatuur te identificeren zijn alle relevante bibliografische databestanden tot en met april 2000 doorzocht. De gehanteerde methodiek volgde de richtlijnen van de Cochrane Back Review Group.² In het onderzoek werden dertien studies ingesloten, waarvan zes studies methodologisch als hoogkwalitatief werden beoordeeld. Bij weinig studies startte de behandeling onmiddellijk postoperatief. Hierdoor ontbreekt bewijs voor deze interventies. Wel is sterk bewijs gevonden dat intensieve oefenprogramma's die 4 tot 6 weken postoperatief starten op korte termijn effectiever zijn dan mild intensieve oefenprogramma's, ten aanzien van functionele status en werkhervatting. Echter, op de effectmaat 'algemeen ervaren herstel' is op de lange termijn (na 6 maanden) geen verschil meer te zien. Voor de overige uitkomstmaten, onder andere 'pijn', is er tegenstrijdig bewijs met betrekking tot de effectiviteit. Verder is er geen overtuigend bewijs voor de effectiviteit van oefenen onder supervisie van een fysiotherapeut vergeleken met thuis oefenen. Evenmin is er overtuigend bewijs voor een multidisciplinaire benadering vergeleken met de standaardzorg. Er is beperkt bewijs dat een interventie specifiek gericht op werkhervatting bij werknemers na een lumbale herniaoperatie, effectiever is dan de standaardzorg door bedrijfsartsen. Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat de onderzochte interventies schadelijke gevolgen hadden in de zin van klachten ten gevolge van een nieuwe lumbale hernia, of de noodzaak tot een hernieuwde lumbale herniaoperatie.

Een gerandomiseerd onderzoek

Ontwerp

In een RCT ($n = 105$) is de effectiviteit onderzocht van een 'gedragsgoedrienteerde graded activity programma' (GGA) in vergelijking met de standaardbehandeling door de fysiotherapeut (UC), bij patiënten na een lumbale herniaoperatie.

Het GGA programma is gebaseerd op operante behandelprincipes, hetgeen wil zeggen dat het



Figuur 1. Percentage patiënten dat zichzelf als hersteld categoriseerde tijdens de nameting en de 6 en 12 maanden vervolgmeting. UC = de groep van de standaardbehandeling door de fysiotherapeut (n = 53) en GGA = de groep van het 'gedragsgeoriënteerde graded activity programma' (n = 52).

pijngedrag het aangrijpingspunt is en de behandeling gericht is op toename van gezond gedrag.' Als eerste wordt aan de hand van een aantal beginmetingen de basislijn bepaald. Dit gebeurt op basis van pijncontingente principes, dat wil zeggen dat de patiënt mag stoppen vanwege pijn. Daarna wordt vastgesteld wat het einddoel is van de patiënt. Uitgaande van de basislijn en het einddoel kunnen nu quota worden vastgesteld. De opbouw is niet afhankelijk van de pijn, maar wordt stapsgewijs opgebouwd in de tijd, dat wil zeggen volgens tijdcontingente principes. Bijvoorbeeld: stel dat lopen voor de patiënt een probleem is, dan wordt aan de patiënt gevraagd om iedere dag zoveel minuten te lopen totdat hij moet stoppen van de pijn. Na 1 week kan dan de basislijn worden bepaald. Stel dat de patiënt dan gemiddeld genomen 10 minuten kan lopen, maar dat het einddoel van de patiënt 60 minuten lopen is. Als de therapie dan 5 weken duurt, moet er vanaf nu 10 minuten per week worden opgebouwd, onafhankelijk van de pijn. Dit wordt een tijdcontingente opbouw genoemd.

De invulling van de standaardbehandeling is gebaseerd op een tweetal consensusbijeenkomsten met

de deelnemende fysiotherapeuten. Inclusiecriteria waren leeftijd tussen de 18 en 65 jaar, geen eerdere lumbale herniaoperatie en beperkingen in het algemene dagelijkse leven (ADL). Exclusiecriteria waren complicaties tijdens de operatie of bij bevestigde en relevante co-morbiditeiten. De effectmetingen vonden plaats na de behandeling (3 maanden na randomisatie) en tijdens de 6 en 12 maanden vervolgmeting.

Klinische effecten

Onmiddellijk na de behandelperiode bleek dat 67% van de patiënten uit de UC-groep hersteld was in vergelijking met 48% in de GGA-groep. Dit verschil van 19% was statistisch significant. Tijdens de 6 maanden vervolgmeting waren 62% van de patiënten in de UC-groep en 65% van de patiënten in de GGA-groep hersteld. Na 12 maanden was 73% van de patiënten in de UC-groep hersteld, versus 75% van de patiënten in de GGA-groep. De verschillen tussen beide groepen op 6 maanden (3%) en op 12 maanden (2%) waren statistisch niet-significant (Figuur 1).

Ook op de overige uitkomstmaten waren geen sta-

tistisch significante, noch klinisch relevante verschillen te ontdekken. De 'catastroferende' ideeën, die patiënten kunnen hebben ten aanzien van hun pijn en de angst om te bewegen, vertoonde geen relevante veranderingen tijdens de effectmetingen. Tijdens de meting in het eerste jaar waren er 4 mensen in de GGA-groep en 2 in de UC-groep, die een hernieuwde lumbale herniaoperatie moesten ondergaan.

Kosteneffectiviteit

Voor de kosteneffectiviteitsanalyse zijn zowel directe als indirecte kosten in kaart gebracht. De kosten voor de behandeling zelf waren voor beide groepen gelijk. De directe kosten in de gezondheidszorg waren, hoewel statistisch niet-significant verschillend, € 264 (95% betrouwbaarheidsinterval (BI) -3 - 525) hoger per patiëntjaar in de GGA-groep. Dit verschil werd vooral veroorzaakt door meer fysiotherapieconsulten, gedurende de vervolpperiode in de GGA-groep. De directe kosten buiten de gezondheidszorg waren € 388 (95% BI: -217 - 992) hoger in de GGA-groep. Dit statistisch niet-significante verschil werd vooral veroorzaakt door de meerkosten van de informele zorg. Dit had tot gevolg dat de totale directe kosten, hoewel ook statistisch niet-significant, € 638 (95% BI: -91 - 1368) hoger waren in de GGA-groep. Voor de indirecte kosten was er wel een statistisch significant verschil ten nadele van de GGA-groep. Sensitiviteitsanalyses toonden de robuustheid van de resultaten aan.

Discussie

Een mogelijke verklaring voor deze resultaten is dat de theoretieën, die gebaseerd zijn op de behandeling van patiënten met chronische specifieke lage rugklachten niet zonder meer kunnen worden toegepast bij patiënten na een lumbale herniaoperatie. Een verklaring ten aanzien van het verschil in kosten zou kunnen liggen in het feit dat patiënten een ander verwachtingsbeeld hadden met betrekking tot het GGA-programma. Hierdoor zijn de fysiotherapeuten er mogelijk niet in geslaagd de angsten en onzekerheden bij de patiënten te reduceren, waardoor de patiënten geneigd waren om tijdens het vervolgjaar vaker een fysiotherapeut te raadplegen.

Conclusie

Deze studie toont aan dat er na één jaar geen verschillen waren in klinische uitkomsten tussen de beide groepen, maar dat in de GGA-groep wel meer kosten werden gemaakt. Daarom is er op basis van deze RCT geen reden om een GGA-programma te implementeren als standaardbehandeling voor de revalidatie van patiënten na een lumbale herniaoperatie. Voor deze groep patiënten wordt, indien een behandeling is geïndiceerd, de standaardbehandeling door de fysiotherapeut aanbevolen.

Referenties

1. Ostelo RW, de Vet HC, Waddell G, Kerkhoffs MR, Leffers P, van Tulder MW. Rehabilitation after lumbar disc surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;CD003007 en *Spine* 2003;28:2059-18.
2. van Tulder MW, Aerssens WJ, Kan BK, Bouter LM. *Method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration. Back review group for spinal disorders. Spine* 1997;22:2323-30.
3. Vlaeyen JWS, Heus PHTG. *Godsguyverisverende behandelingsstrategie bij rugpijn. Houten/Diogen: Bohn Stafleu Van Logdijk; 2000.*

Correspondentie-adres auteur:

Dr. R.W.J.G. Ostelo, onderzoeker

VU medisch centrum
EMGO Instituut
Van der Boechorststraat 7
1081 BT Amsterdam
Tel: 020-4448149
E-mail: R.Ostelo.emgo@med.vu.nl

Belangenconflict: geen gemeld.
Financiële ondersteuning: Profileringsfonds
Academisch Ziekenhuis Maastricht (PF-57 B96.1.996).