

De effectiviteit van fysiotherapie bij Complex Regionaal Pijnsyndroom type I

A.W.A. Elemans, P.B.A. Smits, R.J.P.M. Scholten, N. Khalid

Deze bijdrage is tot stand gekomen in het kader van de opdracht voor de NSPOH-opleiding Expertmodule: Toepassen van evidence-based medicine (EBM).

Het doel is om verzekeringsartsen en bedrijfsartsen te laten zien hoe EBM in de dagelijkse praktijk gebruikt kan worden.

EBM is een werkwijze die ervan uitgaat dat het zinvol is het medisch handelen zo veel mogelijk te baseren op feiten die uit wetenschappelijk onderzoek zijn verkregen.¹

Volgens de principes van EBM moeten beslissingen in de praktijk bij voorkeur op basis van het best beschikbare bewijs worden genomen. Dit vereist een aantal vaardigheden die vijf stappen omvatten:

Stap 1. Het patiënt-/praktijkprobleem vertalen in een beantwoordbare vraag.

Stap 2. Efficiënt zoeken naar het beste bewijsmateriaal in de literatuur.

Stap 3. Beoordelen van de gevonden 'evidence' op toepasbaarheid en methodologische kwaliteit.

Stap 4. Deze evidence terugvertalen naar de praktijk.

Stap 5. Evalueren van de kwaliteit van dit proces.

Deze stappen zullen worden geïllustreerd aan de hand van een praktijkcasus van een werknemer met complex regionaal pijnsyndroom type I (zie kader 1).

CASUS

Een 46-jarige vrouw bezoekt op verzoek van de re-integratiebegeleider/casemanager het Ziekte-wetspreekuur van de verzekeringsarts zes maanden na haar ziekmelding.

Zij werkte via het uitzendbureau 40 uur per week als cateringmedewerkster in een bedrijfsrestaurant. De reden van haar ziekmelding was topletsel van de rechterwijsvinger door een snij-incident. Na hechting in het ziekenhuis heelde de wond maar bleef de vinger pijnlijk en stijf.

Na enkele maanden stelde een chirurg de diagnose Complex Regionaal Pijnsyndroom type I (CRPS-I) en schreef free radical scavengers,

perifere vasodilatantia en behandeling van triggerspoints voor. Deze behandeling bleef zonder het gewenste resultaat. Betrokkene is rechtshandig.

Betrokkene is het thuiszitten zat en wil zo snel mogelijk weer aan het werk. In een populair gezondheidsmagazine heeft zij gelezen dat fysiotherapeutische oefentherapie goed helpt bij de aandoening die ze heeft. Zij vraagt aan de verzekeringsarts of zij met deze therapie van haar stijve pijnlijke vinger af kan komen.

EBM STAP 1: PRAKTIJKPROBLEEM VERTALEN IN BEANTWOORDBARE VRAAG

Doel

Doel van dit literatuuronderzoek is antwoord te krijgen op de vraag of fysiotherapeutische oefentherapie een gunstig effect heeft op pijnreductie (patiëntvraag: pijnlijke vinger) en de verbetering van *de active range of motion* (patiëntvraag: stijve vinger) bij mensen met CRPS-I.

Methode

Op basis van de uitgangsvraag hebben de onderzoekers met behulp van de zogenoemde PICO-methode meerdere zoekvragen gemaakt (PICO is een acroniem voor patient, intervention, control, outcome).

De vraag van bovengenoemde cliënt is in termen van PICO een therapie/interventievraag. Dit leidt tot de PICO in tabel 1.

De criteria voor inclusie waren:

- Gerandomiseerde onderzoeken.
- Jaar van publicatie: >1990.
- Onderzoeksgroep:
 - leeftijd minimaal 18 jaar,
 - patiënten voldoen aan de criteria voor CRPS-I,
 - duur CRPS < 1jaar.
- Interventie: fysiotherapie / oefentherapie.
- Uitkomstmaten: reductie van pijn en toename van de actieve bewegingsmogelijkheden.

EVIDENCE-BASED
MEDICINE,
FYSIOTHERAPIE,
COMPLEX REGIONAAL
PIJNSYNDROOM
TYPE I

Kader 1

OVER COMPLEX REGIONAAL PIJNSYNDROOM TYPE I

CRPS-I, ook wel bekend onder de naam posttraumatische dystrofie en/of sudeckdystrofie, is een ziektebeeld dat optreedt als complicatie na weefselbeschadiging door trauma of chirurgie.¹ Een fractuur is de meest voorkomende oorzaak.

Ondanks het feit dat het ziektebeeld al meer dan honderd jaar geleden door Sudeck beschreven is, was over de pathofysiologie tot voor kort weinig bekend.²

Naast pijn kunnen er tekenen zijn van een sensibiliteitsstoornis zoals allodynie en hyperalgesie. Er kunnen vasomotorische afwijkingen zijn, zoals verandering van kleur en temperatuur, of sudomotorische afwijkingen, zoals zwelling en transpiratieasymmetrie tussen de aangedane en niet-aangedane extremiteit. Ook motorische veranderingen kunnen optreden, zoals functieverlies door pijn, krachtverlies en/of stijfheid, onwillekeurige bewegingen (tremor, spasme) en coördinatiestoornissen. Tot slot ziet men ook wel trofische stoornissen, zoals veranderingen in de nagel- en haargroei.

Pijn staat op de voorgrond bij dit ziektebeeld. De pijn vergert door activiteit van de aangedane extremiteit en bestaat uit drie vormen: allodynie (niet pijnlijke prikkels worden als pijn ervaren), hyperalgesie (verlaging van de prikkel drempel) en hyperpathie (na overschrijding van de pijndrempel treedt een overmatige, lang aanhoudende pijn op).

Van de epidemiologie van dit ziektebeeld is weinig bekend. Recent is in een retrospectief cohortonderzoek vastgesteld dat er in Nederland ongeveer vierduizend nieuwe patiënten per jaar bijkomen.³

Uit eerder onderzoek kwam naar voren dat er jaarlijks in Nederland naar schatting tussen de 5.000 en 8.000 nieu-

we patiënten met CRPS-I bij komen.⁴ Geschat wordt dat 20% van de patiënten na een doorgemaakte CRPS-I de gebruikelijke (maatschappelijke) rol in het dagelijks leven niet meer kan vervullen⁵ en dat 5% van hen langdurig ernstige klachten houdt.⁶

In de literatuur worden perifeer afferente (inflammatie en neuro-inflammatie die a.h.w. ontspooit), perifeer efferente mechanismen (o.a. vasomotorische en sudomotorische stoornissen) en centrale (neurogene) mechanismen beschreven (functionele, motorische en sensibele veranderingen). Onduidelijkheid over de pathofysiologie maakt het niet makkelijk om de beste behandeling voor een patiënt met CRPS-I samen te stellen. In de praktijk worden verschillende invasieve en niet-invasieve behandelingen ingezet waarvan de effectiviteit niet bewezen is, tegenstrijdig is of nog bewezen moet worden.⁶

LITERATUUR

1. Huygen FJPM, Vlasblom-Bosschieter M. Complex regionaal pijnsyndroom type I. *Bijblijven*; 2006/22/10.
2. Sudeck PHM. Über die akute entzündliche Knochenatrophie. *Archiv Chirurgie* 1900; 62: 147.
3. Mos M de, Bruijn AG de, Huygen FJ, et al. The incidence of complex regional pain syndrome: A population-based study. *Pain* 2007; 129: 12-20.
4. Oerlemans HM, et al. Gunstig effect van adjuvante fysiotherapie (en in mindere mate van ergotherapie) vergeleken met maatschappelijk werk bij posttraumatische dystrofie van een bovenste extremiteit: een gerandomiseerd gecontroleerd klinisch onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002; 146(19): 895-902.
5. Goris RJH, Weel EMJ van. *Handboek Arbeid en Belastbaarheid. Posttraumatische dystrofie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2003.
6. Richtlijn Complex Regionaal Pijnsyndroom type I. Utrecht: CBO, 2006.

EBM STAP 2: EFFICIËNT ZOEKEN NAAR HET BESTE BEWIJSMATERIAAL IN DE LITERATUUR

Als de PICO is opgesteld en de Mesh-termen en de inclusiecriteria zijn geformuleerd is de volgende stap het zoeken naar het beste bewijsmateriaal in de literatuur. In dat kader wordt er eerst gezocht naar geaggregeerde kennis. In de Nederlandstalige richtlijndatabase op www.cbo.nl werd de richtlijn CRPS type I gevonden.⁷ Deze is tot stand gekomen in het programma Evidence-Based Richtlijnontwikkeling (EBRO) van de Orde van Medisch Specialisten.

Omdat deze richtlijn is gebaseerd op artikelen tot juni 2004 werd tot 23-06-2008 verder gezocht in National Guideline Clearinghouse, richtlijn databases en naar systematische reviews (in de databases Medline, Embase, Cinahl en Psycinfo).

De aanvullende literatuurstudie leverde geen nieuwe zoekresultaten op.

▮ In deze bijdrage wordt aan de hand van een praktijkcasus geïllustreerd hoe evidence-based medicine in de dagelijkse praktijk van bedrijfs- en verzekeringsartsen kan worden gebruikt.

▮ Het proces van praktijkvraag naar antwoord op basis van het best beschikbare bewijs omvat vijf stappen: Het praktijkprobleem vertalen in een PICO. Daarna eerst zoeken in geaggregeerde kennis (richtlijnen) en zo nodig verder zoeken. Vervolgens beoordelen of de gevonden informatie toepasbaarheid is op het praktijkprobleem en op methodologische kwaliteit. De informatie terugvertalen naar de praktijk en tot slot de kwaliteit van het doorlopen proces evalueren.

▮ Ten aanzien van de vraag of fysiotherapie effectief is bij complex regionaal pijnsyndroom type I werd in de periode vanaf 1990 één prospectieve controlled single blinded clinical trial gevonden.

▮ De uitkomst van dit onderzoek is dat er beperkt bewijs is dat fysiotherapie effectief is op pijn en de actieve bewegingsmogelijkheden van de aangedane vinger(s). Naar het oordeel van de auteurs betreft het een onderzoek van niveau B.

Tabel 1

PICO uit casus

	PICO	Mesh-term*
P	Patiënt met CRPS-I	Reflex-sympathetic-dystrophy, complex-regional-pain-syndromes, Sudecks atrophy, posttraumatic dystrophy, causalgia
I	Fysiotherapeutische oefentherapie	Physical therapy
C	Geen behandeling	-
O	Pijn, actieve bewegingsmogelijkheden	Pain (Mesh), active range of motion (AROM)

* Mesh-term is een acroniem voor Medical Subject Headings. Dit zijn trefwoorden in de database van Medline.

EBM STAP 3: BEOORDELEN VAN DE GEVONDEN 'EVIDENCE' OP METHODOLOGISCHE KWALITEIT EN TOEPASBAARHEID

De vraag van de gevonden CBO-richtlijn met betrekking tot onderhavig onderwerp was breed en dekde niet helemaal onze onderzoeksvraag. Wel werd een prospective randomized controlled single blinded clinical trial gevonden die in twee artikelen is beschreven.³⁴ De kwaliteit van deze artikelen werd door de werkgroepleden van de CBO-richtlijn beoordeeld als A2.

De kwalificatie A2 staat voor gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblindgecontroleerde onderzoeken) van voldoende omvang en consistentie. De beoordeling van de kwaliteit vond plaats aan de hand van 'evidence-based richtlijnontwikkeling' (EBRO)-beoordelingsformulieren.

In het licht van onze onderzoeksvraag is de publicatie van Oerlemans (2000)⁴ minder relevant omdat hierin het effect van fysiotherapie op stoornis-, beperking- en participatieniveau wordt beschreven.

In de publicatie van Oerlemans (1999)³ wordt het effect van fysiotherapie op de pijn en de *active range of motion* (AROM) beschreven.

Bij dit onderzoek werden de patiënten na de baselinemeting gerandomiseerd en in drie groepen verdeeld. Alle groepen kregen dezelfde basisinterventie van free radical scavengers, perifere vasodilatantia en behandeling van triggerpoints. De patiënten werden een jaar lang na de baseline meting gevolgd.

Groep 1 kreeg tevens fysiotherapie (FT) volgens een vast protocol: oefentherapie, zelfmassage, TENS en veel begeleiding.

Groep 2 kreeg ergotherapie (ET).

Groep 3 was de controlegroep (CT): de patiënten in deze groep kregen steunende gesprekken met maatschappelijk werk als adjuvante therapie.

Inclusiecriteria waren CRPS-I in een bovenste extremiteit, duur van de klachten korter dan een jaar, patiënten moesten de hele behandeling in

Nijmegen of Amsterdam kunnen volgen en 18 jaar of ouder zijn.

Exclusiecriteria waren beperkingen van de contralaterale extremiteit (bijv. door reumatoïde artritis), recidief CRPS-I, zwangerschap, vrouwen die borstvoeding gaven, eerder doorgemaakte sympatectomie van de aangedane extremiteit.

Na inclusie in de studie werden 44 patiënten ingedeeld in de FT-groep, 44 in de ET-groep en 47 in de CT-groep. Tijdens het onderzoek stopten respectievelijk zeven, vier en vier patiënten de therapie en veertien patiënten wijzigden van therapiegroep: negen van CT naar PT, drie van CT naar OT en twee van OT naar PT.

Er werden 40 mannen en 95 vrouwen geïncludeerd. De gemiddelde leeftijd bedroeg 53 jaar.

De intensiteit en de vorm van de behandeling werden aangepast aan de individuele patiënt.

Het aantal behandelingen dat een patiënt kreeg, hing af van de ernst van de CRPS-I en de reactie van de patiënt op de behandeling. FT en ET werden gegeven zo lang vooruitgang werd gezien of tot de therapie kon worden gestopt zonder terugval.

Er werd behandeld op geleide van de pijn en binnen de pijngrens. Tot 30 minuten hanteerbare pijn na een behandeling werd door de onderzoekers op arbitraire gronden als bovengrens geaccepteerd.

Omdat de ernst en het type pijn bij CRPS-I wisselend zijn, werd met verschillende pijnschalen gemeten: VAS-now (de actuele pijn gemeten met de *visual analogue scale*), VAS-effort-min en VAS-effort-max (de minimale respectievelijk maximale pijn aan de aangedane extremiteit na inspanning in de week voorafgaand aan de meting) en MPQ-DLV (McGill Pain Questionnaire, Dutch language version: met dit instrument wordt pijn gemeten aan de hand van een lijst woorden die refereren aan pijn).

De VAS-score herstelde bij de FT-groep sneller dan bij de ET- en de CT-groep. Na een jaar boekte de FT-groep een betere uitkomst bij de MPQ-DLV dan bij de ET- en CT-groep. Tot slot verbeterde de

Tabel 2Cochrane-criteria voor de kwaliteit van onderzoek³

Criterion	Score	Opmerkingen
Randomisatie	+	Dit item is beschreven
Geblindeerde toewijzing van de interventie	?	Dit item is niet beschreven
Blinding van patiënten	-	Bij aanvang wel maar in loop van behandeling niet meer omdat bijv. TENS benodigdheden zichtbaar waren
Blinding behandelaars	-	Bij dit type onderzoek is dat niet goed mogelijk. De aard van de interventie brengt met zich mee dat de behandelaars de patiënten lijfelijk behandelen. Zij weten dus welke behandeling zij geven
Blinding van de effectbeoordelaars	?	Niet expliciet is beschreven of deze waren geblindeerd. Beschreven is dat de metingen werden verricht door onafhankelijke onderzoekers en onderzoeksassistenten
Vergelijkbaarheid van de groepen aan het begin van het onderzoek	+	Volgens de auteurs is hiervan sprake. Beschreven wordt dat de oorzaak die ten grondslag ligt aan de CRPS verschillend was: o.a. trauma, operatieve ingreep, carpaletunnelsyndroom, contusie. Onderzoek werd verricht in twee verschillende behandelcentra. Redenen voor benaderde patiënten om niet mee te doen waren: grote reisafstand naar het ziekenhuis en niet de overstap naar een andere behandelaar willen maken
Volledigheid van follow-up	+	Beschreven is dat er patiënten zijn uitgevallen en van groep hebben gewisseld. Niet beschreven is in welke fase van de behandeling patiënten van de ene naar de andere groep zijn overgestapt of zijn uitgevallen. Met de intention-to-treat-analyse en per protocolanalyse werd gecorrigeerd voor het probleem dat er patiënten tijdens de interventieperiode van groep zijn overgestapt. <i>FT-groep:</i> 44 ptn. startten. 10 ptn. stopten. 9 ptn. stapten over van de controlegroep naar de FT-groep en 2 ptn. van de OT-groep naar de FT-groep. Dus aan het einde van interventie zaten in de FT-groep 34 van de 45 ptn. die vanaf het begin FT als interventie hebben gekregen. Selectieve loss to follow-up = 25% (11 van 44) <i>OT-groep:</i> 44 ptn. startten, 4 ptn. stopten, 3 ptn. stapten over van de CT-groep naar de OT-groep, 2 ptn. stapten over naar de FT-groep. Gestart werd met 44 ptn en geëindigd werd met 41 ptn. waarbij 38 van de 44 ptn. van begin tot het einde de interventie OT kregen. Selectieve loss to follow-up = 13,6% (6 van 44) <i>CT-groep:</i> 47 ptn. startten, 4 ptn. stopten, 12 ptn. stapten over naar de FT- en OT-groep. Bij de eindmeting zaten nog 47-16 = 31 ptn. in de controlegroep. Selectieve loss to follow-up = 34% (16 van 47)
Analyse van de patiënten in de groep waarin zij gerandomiseerd waren	+	Dit is beschreven middels de intention-to-treat- en per protocolanalyse.
Gelijke behandeling van de groepen afgezien van de interventie	+	Co-interventies en contaminatie zijn beschreven. De therapietrouw is niet expliciet beschreven.

gedurende het onderzoeksjaar de AROM bij de FT-groep beter dan bij de CT-groep.

Criteria voor de methodologische kwaliteit van onderzoek

Het artikel van Oerlemans (1999)³ werd vervolgens volgens de Cochrane-criteria beoordeeld op kwaliteit (zie tabel 2).

Een '+' betekent dat het artikel voldoet aan het betreffende criterium. Daar waar in de tabel een '?' staat vermeld, is uit het artikel niet op te

maken of dit voldoet aan het betreffende criterium.

Het artikel wordt op vijf van de negen criteria positief beoordeeld. Twee criteria kunnen niet worden beoordeeld omdat deze niet in het artikel zijn beschreven. De overige twee criteria werden negatief beoordeeld. Een van de laatstgenoemde criteria had betrekking op blinding van de behandelaars. Gelet op de aard van de interventie, fysiotherapie, was het niet mogelijk om de behandelaars te blinderen.

Tabel 3

Toepasbaarheid van de onderzoeksbevindingen op de cliënt van de casus

Criterion	Opmerkingen
Overeenkomst van de patiënten in het onderzoek met de eigen patiënt	Cliënt past in de inclusiecriteria van het onderzoek
Haalbaarheid	<i>Beschikbaarheid behandeling:</i> De behandeling is niet ingewikkeld en kan in principe door iedere fysiotherapeut worden toegepast. Uiteraard dient de FT op de hoogte te zijn van de interventiemethode van het onderzoek <i>Kosten:</i> De meeste verzekeraars vergoeden negen FT-behandelingen per jaar. Niet duidelijk is hoeveel behandelingen werden gegeven in het onderzoek. Daarover moet wel duidelijkheid zijn omdat cliënt een inschatting moet kunnen maken van de kosten. In een andere publicatie over onderhavig onderzoek is een kosteneffectiviteitsstudie verricht. Daaruit komt naar voren dat FT niet duurder is dan de behandeling in de controlegroep (praten met mensen over hun klachten en hoe zij daarmee omgaan) maar duidelijk goedkoper dan de behandeling van de OT-groep. Door direct de interventie therapie aan te bieden is te verwachten dat de kosten voor ziektekostenverzekeraars lager uit zullen vallen ook omdat het dure medisch shoppen voorkomen wordt
Voor- en nadelen van de behandeling voor de patiënt	Hiervoor moeten we de number needed to treat (NNT) ten aanzien van pijn en AROM kennen. Deze kunnen niet worden berekend omdat de effecten van de interventies niet in percentages zijn uitgedrukt <i>N.B.</i> De NNT wordt in de behandelbeslissing afgewogen tegen met name de kosten en de bijwerkingen. Bijwerkingen zijn er overigens niet
Ideeën en voorkeuren van de cliënt	De effecten van de interventie zijn niet gekwantificeerd in NNT

Toepasbaarheid van de onderzoeksbevindingen op de cliënt van de casus

Tevens werd de toepasbaarheid van de onderzoeksbevindingen op de cliënt van de casus beoordeeld (zie tabel 3). De cliënt in onderhavige casus past binnen de inclusiecriteria van de gevonden prospective randomized controlled single blinded clinical trial.

De in het artikel beschreven interventiemethode is beschikbaar mits een fysiotherapeut op de hoogte is van deze methode. Daarnaast vergoeden de meeste verzekeraars negen fysiotherapie behandelingen per jaar.

Omdat de *number needed to treat* (NNT) ten aanzien van pijn en AROM niet kan worden berekend zijn – aan de hand van onderhavig artikel van Oerlemans – de effecten van de interventie niet goed te kwantificeren c.q. inzichtelijk te maken voor patiënten. Patiënten kunnen hierdoor niet hun ideeën en voorkeuren omtrent behandelingen vergelijken met de effecten van de interventie.

Om de patiënt van deze bijdrage toch te kunnen adviseren hebben de auteurs aan de hand van een formule die is beschreven in een artikel van Oerlemans et al. uit 1998³ gepoogd de AROM te kwantificeren. De uitkomsten daarvan zijn in EBM stap 4 beschreven. Aanvullende informatie op grond waarvan de effecten van de interventie op de VAS-score nader kon worden gekwantificeerd is niet gevonden.

Conclusie

Er is beperkt bewijs dat fysiotherapie effectief is op pijn en de actieve bewegingsmogelijkheden. Het betreft slechts een prospective randomized controlled single blinded clinical trial onderzoek van – naar het oordeel van de auteurs – niveau B.

Op grond van het in de CBO-richtlijn genoemde artikel van Oerlemans³ is de toepasbaarheid van de interventie ten aanzien van de uitkomstmaten pijn en actieve bewegingsmogelijkheid van de aangedane vinger, niet goed te beoordelen.

EBM STAP 4: 'EVIDENCE'

TERUGVERTALEN NAAR DE PRAKTIJK

Tegen de achtergrond van de onderzoeksvragen komt de verzekeringsarts tot de volgende conclusies ten aanzien van de uitkomsten van bovengenoemde trial:

De VAS (tijdens of na inspanning) had waarden tussen 1 en 100. De AROM had waarden tussen 1 en 10: 1 punt voor mobiliteit tussen normaal en 95% verbetering en 10 punten voor minder dan 25% verbetering.

Na 12 maanden verbeterde de score van de VAS bij fysiotherapie met 47,9 punten (SD 4,6).

Het verschil in verbetering met de controlegroep (maatschappelijk werk c.q. 'praten') was 6,7 punten (SD 6,9).

Voor de AROM was de verbetering bij fysiotherapie 6,1 punten (SD 0,8). Het verschil in verbete-

ring met de controlegroep (maatschappelijk werk ofwel 'praten') was 1,4 punten (SD 1,2).

De verzekeringsarts nodigt betrokkene uit voor het Ziektewetspreekuur om zijn bevindingen met haar te bespreken. Hij geeft aan dat er in 1998 onderzoek is verricht waarbij fysiotherapie als aanvulling is gegeven op de therapie die betrokkene op dit moment ook heeft.

De uitkomst van dit onderzoek is dat de actieve bewegingsmogelijkheid van de aangedane vinger(s) gemiddeld genomen in beperkte mate toeneemt. De pijn neemt gemiddeld genomen sterk af. Het is niet zeker of en in hoeverre dit het gevolg is van de fysiotherapie.

Bij enkel gesprekken met een maatschappelijk werker nam de pijn namelijk ook sterk af: 6,7 punten minder dan bij fysiotherapie op een schaal van 0 tot 100.

Bij aanvang van de behandeling is niet te zeggen hoeveel behandelingen gevolgd moeten worden om resultaat te bereiken. Voor zover bekend heeft de behandeling geen bijwerkingen.

Omdat betrokkene van de pijn af wil, de behandeling voor zover bekend geen bijwerkingen heeft, de huidige behandeling niet heeft geholpen en haar ziektekostenverzekeraar de eerste 20 fysiotherapiebehandelingen per jaar volledig vergoedt, besluit zij deze therapie te gaan volgen.

EBM STAP 5: EVALUEREN VAN DE KWALITEIT VAN DIT PROCES

Terugkijkend op het gevolgde EBM-proces kan

gesteld worden dat de werkwijze goed is geweest: eerst zoeken in geaggregeerde kennis (richtlijnen) en zo nodig verder zoeken.

LITERATUUR

1. Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJP. Inleiding in de evidence-based medicine; 2e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2003.
2. Richtlijn Complex Regionaal Pijnsyndroom type I. Utrecht: CBO, 2006.
3. Oerlemans HM, Oostendorp RA, Boo T de, Goris RJ. Pain and reduced mobility in complex regional pain syndrome I: outcome of a prospective randomised controlled clinical trial of adjuvant physical therapy versus occupational therapy. *Pain* 1999; 83: 77-83.
4. Oerlemans HM, Oostendorp RA, Boo T de, et al. Adjuvant physical therapy versus occupational therapy in patients with reflex sympathetic dystrophy/complex regional pain syndrome type I. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81: 49-56.
5. Oerlemans HM, Goris RJ, Oostendorp RA. Impairment level sumscore in reflex sympathetic dystrophy of one upper extremity. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79: 979-990.

PERSONALIA

Drs. A.W.A. Elemans is verzekeringsarts, vrij gevestigd.

Dr. P.B.A. Smits is bedrijfsarts en universitair docent, Coronel Instituut AMC.

Dr. R.J.P.M. Scholten is arts-epidemioloog en directeur van het Dutch Cochrane Centre.

Drs. N. Khalid is verzekeringsarts, werkzaam bij UWV Alkmaar.

CORRESPONDENTIEADRES

Dhr. A.W.A. Elemans, verzekeringsarts, Alpen Rondweg 102-X, 1186 EA Amstelveen.

NIEUWS

Fysiotherapie vermindert moeheid na chemo

Fysiotherapie tijdens een chemokuur zorgt ervoor dat kankerpatiënten minder last hebben van vermoeidheid. Dat blijkt uit een proef onder 43 mensen die werden geopereerd voor darm- of borstkanker.

Dat meldt het VU medisch centrum in Amsterdam, dat het programma uitbreidt.

Voor de proef sportten oncologiepatiënten twee keer per week onder leiding van een fysiotherapeut, vanaf de eerste chemokuur tot 3 weken na

de laatste kuur. Het zorgde voor een betere conditie en behoud van kracht. Patiënten kampen na chemotherapie vaak met vermoeidheid en fors verminderde conditie.

De deelnemers aan het gezamenlijke bewegingsprogramma CytoFys, van het VU medisch centrum, het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis en Motion Fysiotherapie, waren minder moe en hadden een betere kwaliteit van leven.

Bron: ANP; 5 januari 2009