

K I N E S I T H E R A P I E B I J D E Z I E K T E V A N P A R K I N S O N

In welke volgorde de bronnen doorzoeken?

A. VAN DEN BRUEL, E. VERMEIRE, F. BUNTINX, B. AERTGEERTS

We hebben een klinische vraag leren omzetten in een PICO en deze laatste leren vertalen in zoektermen. In het vorige artikel namen we de inhoud en het gebruik van de bronnen onder de loep. In dit vierde artikel van de reeks komt de volgorde aan bod waarin deze bronnen het best worden doorzocht.

C a s u s

Frans VL, 67 jaar, komt op de raadpleging. Hij lijdt al twaalf jaar aan de ziekte van Parkinson, waarvoor hij sinds één jaar levodopa neemt. Eén jaar geleden werd een rechtszijdige subthalamische nucleusstimulator geplaatst. Zijn partner is zijn voornaamste verzorgende. Frans vertelt dat hij de laatste weken vaak is gevallen, meestal voorwaarts bij een gangblokkade (ook wel freezing genoemd).

Hij is altijd zeer actief geweest, zet zich in voor heel wat verenigingen in de buurt en is een graag geziene gast in het plaatselijke café. Maar nu is hij bang om de straat op te gaan: "Wat als ik val en iets breek?" Zowel Frans als zijn echtgenote ervaren dit als zeer belastend en vragen zich zelfs af of de situatie thuis nog langer houdbaar is. Een medicamenteuze behandeling van de freezingepisodes is niet succesvol. Frans ondervindt geen verbetering. Het verhogen van levodopa geeft zelfs aanleiding tot meer dyskinesieën. Ik stel voor om de kinesitherapeut in te schakelen; zij kan de patiënt ongetwijfeld helpen. Maar Frans en vooral zijn echtgenote zijn niet onmiddellijk enthousiast: "Weeral iemand die elke dag in huis komt. Moet dat nu echt?"

In welke bronnen eerst zoeken?

We kunnen op verschillende manieren in de literatuur zoeken, maar hier geldt zeker dat niet alle wegen naar Rome leiden. Verschillende personen die op hun eigen manier aan een literatuurzoektocht beginnen, komen stellig tot erg uiteenlopende resultaten. De redenering "in de literatuur staat..." is daarom te nuanceren. Er is meer informatie nodig. Als we verschillende ploegen voor een nachtelijke dropping een andere kaart meegeven, dan zullen ze wellicht niet allen de 'soeptent' vinden. Zoeken in de literatuur heeft met padvinderij en strategie te maken. Lukraak, zomaar, kan niet. Er is een plan nodig. En, ja, soms een compleet ander plan voor een andere vraag.

We kunnen een beroep doen op 'vaste waarden' zoals een handboek, cursus of specialist. Maar we zijn dan niet zeker of we een antwoord vinden op de specifieke vraag die ons bezighoudt. Bovendien weten we niet of die 'vaste waarde' de literatuur op een systematische manier heeft doorzocht en of de verwerkte literatuur werd geüpdatet. 'Up-to-date' lijkt wel een evident criterium, maar hoe vaak bekijken we de versheidatum van wetenschappelijke producten?

Systematisch zoeken geniet de absolute voorkeur. Systematisch betekent hier dat alle voor dit onderwerp relevante bronnen worden geraadpleegd. Elke opbrengst wordt dan het best nog eens beoordeeld op de kwaliteit (zie verder).

Om praktische en didactische redenen maken we een onderscheid tussen origineel onderzoek en syntheseonderzoek. Syntheseonderzoek verzamelt, beoordeelt en vat alle origineel onderzoek – dat een antwoord kan geven op een specifieke vraag – op een systematische manier samen. Het resultaat is een systematische review of meta-analyse. Kritische besprekingen of duidingen vormen een ander soort syntheseonderzoek. Zij beoordelen en duiden kritisch nieuwe onderzoeksresultaten. Voorbeelden hiervan zijn Clinical Evidence en Minerva. Nog een andere vorm van syntheseonderzoek zijn de richtlijnen, standaarden

of guidelines. Zij verzamelen op een systematische manier de evidentie over een bepaald onderwerp. Waar bewijs ontbreekt, worden – in zo mogelijk multidisciplinaire consensus – voorstellen aangereikt voor het klinisch beleid ¹.

Wat doen we als we een antwoord zoeken op een klinische vraag? Opteren we voor origineel onderzoek of syntheseonderzoek? Alles hangt af van het type vraag en de grootte van de opbrengst.

Syntheseonderzoek

RICHTLIJNEN

Stel dat we een vraag hebben over de rol van de huisarts bij diabetes type 2. We willen weten wat het beste beleid is, welke technische onderzoeken we moeten plannen en met welke geneesmiddelen we het best starten. Dergelijke informatie staat per definitie in een richtlijn. De auteurs hebben alle informatie over de vraag al bij mekaar gesprokkeld, op hun kwaliteit beoordeeld en gezamenlijk besproken. Op basis daarvan hebben ze een richtlijn opgesteld met praktische adviezen voor de clinicus. Een 'guideline' stoelt dus op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en op de daarop gebaseerde discussie en aansluitende opinievorming ². Maar jammer genoeg bestaat er niet over elk onderwerp een aanbeveling. Hoe zwaar weegt het verzamelde materiaal en hoe krachtig is het bewijs? Steeds meer richtlijnen geven dit aan met niveaus van bewijskracht. Deze niveaus worden bepaald door de vorm van de evidentie en het design van het onderzoek dat ons het bewijs aanlevert. Dit behandelen we grondiger in één van de volgende artikels.

Een richtlijn mogen we niet zomaar voor waar aannemen. Het is belangrijk om ze kritisch te beoordelen. Komen belangrijke opties en uitkomsten aan bod? Is de procedure voor het verzamelen en beoordelen van het bewijsmateriaal expliciet en adequaat? Is de richtlijn voldoende recent? Werd de richtlijn onderworpen aan een commentaarronde? Werd het effect van de richtlijn geëvalueerd?

Sommige richtlijnen berusten meer op consensus dan op evidentie. Ze lopen daarenboven niet altijd parallel met systematische reviews. En ten slotte worden richtlijnen vaak te weinig geactualiseerd.

KRITISCHE BESPREKINGEN VAN ONDERZOEK

We kunnen eveneens een beroep doen op kritische besprekingen of duidingen. Ook hier worden aanbevelingen geformuleerd voor het dagelijkse handelen. We leren wat werkt, soms werkt, misschien werkt, wat werkt onder bepaalde voorwaarden, wat niet werkt en misschien schadelijk is. Op die manier wordt ons heel wat opzoekwerk bespaard. Elk artikel wordt daarenboven beoordeeld op kwaliteit. De drukbezette clinicus hoeft hieraan dus geen tijd meer te besteden. De resultaten worden op een overzichtelijke manier gepresenteerd. Zo zijn ze makkelijk toegankelijk in de dagelijkse praktijk. Kritische besprekingen of duidingen vinden we terug in tal van tijdschriften, boeken, op cd-rom's en websites. Sommige richten zich tot een specifiek onderwerp ('Evidence-Based Mental Health' of 'Evidence-Based Dermatology'), andere zijn algemeen, zoals Minerva in eigen land (www.minerva-ebm.be) of Bandolier in het Verenigd Koninkrijk (www.jr2.ox.ac.uk/bandolier).

SYSTEMATISCHE REVIEWS

Ten slotte zijn er nog de systematische reviews, waarvan het aantal continu groeit. In een systematische review worden alle klinische studies over een specifieke onderzoeksvraag na kwaliteitscontrole samengebracht. De resultaten worden soms beschreven of gepoold als meta-analyse, wat leidt tot een besluit ^{3,4}. Het gaat hierbij meestal om Randomised Controlled Trials of RCT's. Sommige problemen lenen zich echter niet tot dit soort onderzoeksopzet en kunnen alleen worden onderzocht via epidemiologische studies (bijvoorbeeld case-control of cohortstudie) of kwalitatief onderzoek (bijvoorbeeld interview, focusgroepen). Systematische reviews van dergelijk onderzoek zijn schaars. In het volgende artikel gaan we dieper in op de eigenschappen van een systematische review.

Origineel onderzoek

Pas als we in richtlijnen, kritische besprekingen en systematische reviews nog geen afdoend antwoord hebben gevonden op onze vraag, zoeken we verder in databanken met originele onderzoeksartikels. Omdat dit de meeste inspanning vraagt, gebeurt dit pas in een allerlaatste fase. Om een immense databank als Medline te doorzoeken, hebben we immers een stel vaardigheden nodig en... veel tijd. We moeten niet alleen de kwaliteit van de gevonden artikels evalueren, maar ook zelf bepalen of een studie of reeks studies het bestaande beleid kunnen wijzigen. Opmerkelijk is de vaststelling dat sommige vragen nooit werden onderzocht. In dergelijk geval zit er niets anders op dan een standpunt in te nemen op basis van een consensus van betrokken hulpverleners.

Toepassing

We keren even terug naar onze patiënt. Om het probleem van het vallen op te lossen, willen we aan Frans VL fysiotherapie voorschrijven. De patiënt en zijn echtgenote zijn daar in eerste instantie niet zo voor te vinden. Hebben we voldoende argumenten om onze mening door te drukken?

- P patiënt met de ziekte van Parkinson sinds twaalf jaar, levodopa en subthalamische nucleusstimulator sinds één jaar
- I fysiotherapie
- C geen interventie
- O vallen

Voor de zoektocht nemen we de belangrijkste termen uit de PICO. De *ziekte van Parkinson* lijkt ons cruciaal in het hele verhaal, want de oorzaak van het vallen. Elke behandeling moet gericht zijn op zowel de oorzaak als de beperkingen die de ziekte van Parkinson aan onze patiënt oplegt. De tweede meest belangrijke term is *fysiotherapie*. Daar draait tenslotte de hele discussie tussen ons en de patiënt om.

We beginnen bij de *richtlijnen*, want de ziekte van Parkinson is een complexe pathologie. De Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH), het Nederlands HuisartsenGenootschap (NHG), het Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) en de National Guideline Clearinghouse hebben geen richtlijnen over de ziekte van Parkinson. Wel heeft de WVVH een richtlijn over valpreventie, maar daarin wordt de ziekte van Parkinson slechts terloops vermeld. Hier worden we dus niet veel wijzer van. De *duidingbronnen of kritische besprekingen* dan maar. Enkel Clinical Evidence behandelt het nut van fysiotherapie bij de ziekte van Parkinson. De uitkomst (outcome) die wij hadden vooropgesteld, namelijk vallen, wordt hier niet expliciet vernoemd. Bij gebrek aan bewijs doet Clinical Evidence geen uitspraak over de effectiviteit. Wel maakt het melding van een grote RCT die in 2001 in voorbereiding was.

We moeten dus verder naar de *systematische reviews en meta-analyses*. De door Clinical Evidence geciteerde systematische reviews vinden we hier ook terug, met uiteraard hetzelfde besluit.

Uiteindelijk zit er ons niets anders op dan zelf op zoek te gaan naar *originele onderzoeksartikels*. Misschien vinden we die RCT wel die in 2001 werd voorbereid. Met de MeSH-term "Parkinson Disease" en het vrije tekstwoord "Physiotherapy" vinden we 44 artikels. Na het bekijken van de abstracts houden we er vijf over. Maar niet alle abstracts zijn even informatief. Wat moeten we nu doen? Stellen we ons tevreden met de geselecteerde abstracts of moeten we de artikels ook opvragen? Willen we een degelijk antwoord op de vraag, dan kunnen we niet anders dan de artikels zelf lezen. Het is de enige manier om ze te beoordelen op hun kwaliteit en om de resultaten te kunnen interpreteren. Sommige artikels kunnen we mits betaling online opvragen, andere moeten we bestellen via de bibliotheek van een universiteit.

Het is dus niet voor niets dat we slechts in laatste instantie naar originele artikels zoeken. Het is immers knap lastig om zo'n enorme databank te doorzoeken, want meestal krijgen we enkel de abstracts te zien. De artikels kunnen we wel tegen betaling bestellen, maar dan hebben we ze nog niet onmiddellijk bij de hand. En daarmee houdt het nog niet op: eens in ons bezit, moeten we ze ook nog eens doorlezen en beoordelen. Ook de conclusies moeten we zelf trekken.

P I C O

- P patiënt met de ziekte van Parkinson sinds twaalf jaar, levodopa en subthalamische nucleusstimulator sinds één jaar
- I fysiotherapie
- C geen interventie
- O vallen

B r o n n e n

We zoeken dus een antwoord op de vraag "of fysiotherapie bij patiënten met de ziekte van Parkinson een gunstig effect heeft op vallen?"

Syntheseonderzoek**RICHTLIJNEN**

- 1 WVVH-aanbevelingen voor de goede medische praktijk: geen informatie.
- 2 NHG-standaarden: geen informatie.
- 3 SIGN: geen informatie.
- 4 National Guideline Clearinghouse: geen informatie.

KRITISCHE BESPREKINGEN VAN ORIGINELE ARTIKELS

- 1 Minerva: geen informatie.
- 2 Clinical Evidence, issue 9⁵:
Heeft twee systematische reviews bekeken. Omwille van te kleine patiëntenaantallen, methodologische zwakte, verschillende types van gebruikte therapie, kon geen van beide reviews uitspraken doen over de effectiviteit van kinesitherapie bij gevorderde ziekte van Parkinson.
- 3 ACP Journal Club: geen informatie.

SYSTEMATISCHE REVIEWS

- 1 Cochrane Database of Systematic Reviews:
 - *Physiotherapy versus placebo or no intervention for Parkinson's disease*⁶. Deze systematische review vindt geen evidentie voor of tegen fysiotherapie bij de ziekte van Parkinson.
 - *Physiotherapy for Parkinson's disease*⁷. Deze review vindt evenmin evidentie om één of andere vorm van fysiotherapie bij de ziekte van Parkinson te verkiezen.
- 2 DARE: bekijkt momenteel één review die mogelijk aan de criteria voldoet. Deze bespreking was op het moment van de zoektocht nog niet gepubliceerd. Ook Clinical Evidence citeert deze review.
- 3 Andere systematische reviews of meta-analyses zijn:
 - *Systematic review of paramedical therapies for Parkinson's disease*⁸. Deze review is een synthese van zes Cochrane reviews. Er kon geen enkele evidentie voor fysio-

therapie worden aangetoond. De auteurs benadrukken wel dat het ontbreken van evidentie voor een effect niet betekent dat er geen effect is. Om een uitspraak over effectiviteit te kunnen doen, zijn grote en methodologisch sterke studies nodig.

- *The effects of physical therapy in Parkinson's disease: a research synthesis*⁹. Deze meta-analyse vindt een positief effect van fysiotherapie op de activiteiten van het dagelijkse leven (ADL), de snelheid van het stappen en de paslengte, maar geen effect op neurologische tekenen. We moeten de resultaten voorzichtig bekijken, omdat de review een aantal minder sterke punten heeft. Zo werden niet alle mogelijke studies in aanmerking genomen (taalrestricties, enkel gepubliceerde artikels), terwijl RCT's en quasi RCT's bij elkaar werden gegoooid. De auteurs waren overigens niet geblindeerd voor de auteurs en het tijdschrift waarin het artikel verscheen. Het probleem van vallen werd ook niet apart bekeken. De auteurs wijzen zelf op de slechte kwaliteit van de geïncludeerde studies.

Origineel onderzoek

- *The influence of rotational exercises on freezing in Parkinson disease*¹⁰. Dit is een onderzoek op acht patiënten, zonder controlegroep. De auteurs vinden een gunstig effect van rotationele oefeningen (zoals snel ronddraaien) op freezing. Deze resultaten zijn uiteraard niet te veralgemenen zonder bijkomend onderzoek.
- *Prediction of outcome of physiotherapy in advanced Parkinson's disease*¹¹. De auteurs vinden een groter effect van fysiotherapie in de thuissituatie bij minder vergevorderde dan bij vergevorderde ziekte van Parkinson. Leeftijd van de patiënt, stemming en mentale status hadden geen invloed. De controlegroep bestond uit dezelfde patiënten als de studiegroep, die zes weken vóór het begin van de fysiotherapie werden onderzocht. Het effect werd gemeten aan de hand van een Parkinson activiteitschaal waarin vallen niet voorkwam.
- *The effect of a home physiotherapy program for persons with Parkinson's disease*¹². Dit artikel bespreekt de resultaten van voornoemd onderzoek¹¹.
- *Effects of conventional and sensory-enhanced physiotherapy disability of Parkinson's disease patients*¹³. Dit onderzoek vergeleek twee vormen van fysiotherapie. De patiënten werden niet gerandomiseerd en de beoordelaars van het effect waren niet op de hoogte van de behandeling van de patiënten (blinding). Het blinderen van behandelaar en patiënt was in deze situatie niet mo-

gelijk. Jammer dat patiënten met neurochirurgische ingrepen, zoals onze patiënt, niet in de studie werden opgenomen. Deze studie vindt een effect van fysiotherapie: de verbeterde vorm van fysiotherapie, met het toedienen van sensorische stimuli, heeft een langer effect dan de conventionele vorm. De klinische relevantie van dit effect is voor de huisarts moeilijk in te schatten, aangezien hij niet vertrouwd is met de gebruikte schalen.

- *Controlled trial of physiotherapy and occupational therapy for Parkinson's disease*¹⁴. De auteurs vinden geen effect van ambulante in het ziekenhuis verstrekte fysiotherapie of ergotherapie. Zestien patiënten kregen gedurende vier weken hetzij actieve, hetzij inactieve therapie. Na een rustperiode van drie maanden werden de groepen omgewisseld (cross-over) en kregen ze de andere therapie.

In dit geval kan de zoektocht pas op dit punt worden beëindigd.

R e s u l t a a t

Het schaarse aanbod aan systematische reviews deed ons al vermoeden dat het effect van fysiotherapie op de ziekte van Parkinson nog niet grondig is bestudeerd. Enkele reviews maken ook melding van de zwakke kwaliteit van de gevonden studies, hetgeen we nadien zelf hebben kunnen vaststellen. Misschien leent ons onderwerp zich minder goed tot de klassieke RCT. Nochtans is goed onderzoek nodig om deze behandeling naar waarde te kunnen schatten. Op basis van de gevonden gegevens is het dus niet mogelijk om een uitspraak te doen over de effectiviteit van fysiotherapie bij de ziekte van Parkinson. Evenmin kunnen we het effect op vallen bij patiënten met de ziekte van Parkinson beoordelen.

T e r u g n a a r d e p a t i ë n t

Hoewel ik aanvankelijk vrij overtuigd was van het nut van fysiotherapie bij Frans VL, ben ik nu veel minder geneigd mijn mening door te drukken. Ik moet aan Frans en zijn echtgenote beklagen dat ik geen bewijs heb dat voor of tegen fysiotherapie pleit. Er is gewoon onvoldoende goed onderzoek gebeurd. Deze vaststelling brengt me meer van mijn stuk dan mijn patiënten. Zij vinden het een welkom argument om niet in te gaan op mijn initieel voorstel. "Laat ons de tijd die we daaraan zouden besteden, liever op een andere manier doorbrengen. We krijgen al volk genoeg over de vloer."

AUTEURS

A. Van den Bruel is als huisarts verbonden aan het Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM) en is tevens onderzoeker aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven;

E. Vermeire is als huisarts verbonden aan het Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Antwerpen en tevens stafid van het Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM);

F. Buntinx is professor aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven en aan de Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Maastricht;

B. Aertgeerts is professor aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven en tevens directeur van het Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM).

L i t e r a t u u r

- 1 Buntinx F De tien geboden van de consensusbouwer. Een standaard der standaarden. *Huisarts Nu* 1996;25:13-6.
- 2 Feder G, Eccles M, Grol R, Griffiths C, Grimshaw J. Clinical guidelines. Using clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:728-30.
- 3 Cook DJ, Mulrow CD, Haynes RB. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. *Ann Intern Med* 1997;126:376-80.
- 4 Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DDF Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUORUM statement. *Lancet* 1999;354:1896-900.
- 5 Clarke C, Moore AP. Parkinson's disease. *Clin Evid* 2003;9:1474-89.
- 6 Deane KHO, Jones D, Playford ED, Ben-Shlomo Y, Clarke CE. Physiotherapy versus placebo or no intervention for Parkinson's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1, 2003.
- 7 Deane KHO, Jones D, Ellis-Hill C, Clarke CE, Playford ED, Ben-Shlomo Y. Physiotherapy for Parkinson's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1, 2003.
- 8 Deane KH, Ellis-Hill C, Jones D, Whurr R, Ben-Shlomo Y, Playford ED, Clarke CE. Systematic review of paramedical therapies for Parkinson's disease. *Mov Disord* 2002;17:984-91.
- 9 de Goede CJ, Keus SH, Kwakkel G, Wagenaar RC. The effects of physical therapy in Parkinson's disease: a research synthesis. *Arch Phys Med Rehabil* 2001;82:509-15.
- 10 Van Vaerenbergh J, Vranken R, Baro F The influence of rotational exercises on freezing in Parkinson disease. *Funct Neurol* 2003;18:11-6.
- 11 Nieuwboer A, De Weert W, Dom R, Bogaerts K. Prediction of outcome of physiotherapy in advanced Parkinson's disease. *Clin Rehabil* 2002;16:886-93.
- 12 Nieuwboer A, De Weert W, Dom R, Truyen M, Janssens L, Kamsma Y. The effect of a home physiotherapy program for persons with Parkinson's disease. *J Rehabil Med* 2001;33:266-72.
- 13 Dam M, Tonin P, Casson S, Bracco F, Piron L, Pizzolato G, Battistin L. Effects of conventional and sensory-enhanced physiotherapy disability of Parkinson's disease patients. *Adv Neurol* 1996;69:551-5.
- 14 Gibberd FB, Page NG, Spencer KM, Kinnear E, Hawksworth JB. Controlled trial of physiotherapy and occupational therapy for Parkinson's disease. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1981;282(6271):1196.

Deze reeks is gemaakt in samenwerking met het Belgian Centre for Evidence-Based Medicine (CEBAM): www.cebam.be

