

INLEIDING TOT DE CHIROPRACTIE

Bart Vandendries DC, PT

april 2011

Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
Gegevens over de opleiding.....	4
Gebruik door de Belgen van chiropraxie als geneeswijze.....	6
Verloop van de eerste consultatie en verdere afspraken.....	6
Werkingsdomein en werkingsmechanisme.....	8
Indicatie – Contra-indicaties.....	10
Bijwerkingen van manipulaties.....	13
Besluit.....	14
Bibliografie.....	15
Appendix.....	18

Inleiding

De 'World Federation of Chiropractic' (www.wfc.org) definieert chiropraxie als "a health profession concerned with the diagnosis, treatment and prevention of mechanical disorders of the musculoskeletal system, and the effects of these disorders on the functions of the nervous system and general health. There is an emphasis on manual treatments including spinal adjustment and other joint and soft-tissue manipulation".

Men kan chiropraxie dus omschrijven als een gezondheidsdiscipline die zich voornamelijk richt op de diagnose, behandeling en preventie van pijnsyndromen, functionele stoornissen en de neurofysiologische gevolgen, en waarvan de belangrijkste behandelingsmethode de manipulatie van de wervelkolom en de perifere gewrichten is.

Wervelzuilmanipulatie bestaat reeds heel lang. Het wordt beschreven in Chinese teksten van meer dan 2000 jaar oud, maar ook Hippocrates beschreef 2500 jaar geleden reeds een techniek van wervelzuilmanipulatie. Chiropraxie, zoals we het nu ongeveer kennen, ontstond in 1895 toen D.D. Palmer zijn eerste chiropractische 'adjustment' (manipulatie wordt in de Angelsaksische literatuur adjustment genoemd) uitvoerde. In 1897 werd de eerste school voor chiropraxie opgericht in Davenport, Iowa, USA.

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (www.who.int) is chiropraxie de meest frequent gebruikte vorm van manuele therapie. Het beroep wordt wereldwijd beoefend en wordt bij wet geregeld in 40 nationale jurisdicties. Nog volgens de WHO biedt chiropraxie een conservatieve behandelingsstrategie voor bepaalde gezondheidsproblemen, en alhoewel het specifiek opgeleide personen vereist, is er in het beroep geen nood aan assisterend personeel waardoor de uitbatingkosten laag kunnen worden gehouden. Daardoor kan volgens de WHO één van de voordelen van chiropraxie zijn dat het potentieel een kosteffectief alternatief kan zijn in de behandeling van neuromusculoskeletale klachten (1) (www.who.int/medicines/areas/traditional/Chiro-Guidelines.pdf).

83 jaar geleden, in 1923, vestigde de eerste chiropractor Jules Gillet zich in België. Daarna volgden zijn twee zonen, Henri en Marcel. Henri Gillet werd in 1946 de eerste voorzitter van de Belgische vereniging. De statuten van de Belgische Vereniging van Chiropractors (www.chiropraxie.org) werden 60 jaar geleden in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd.

Vanaf 1925 vestigden zich in België steeds meer chiropractors die allen, destijds aan opleidingscentra in de Verenigde Staten, een voltijdse opleiding hadden gevolgd. Het beroep chiropractor is daardoor altijd onafhankelijk en specifiek geweest; een rugarts naar analogie van de tandarts. Op dit moment zijn er iets meer dan 100 chiropractors in België.

De eerste Belgische chiropractors hebben in 1932 te Londen, samen met Engelse en Zwitserse collega's, de 'European Chiropractors' Union' (www.ecunion.eu) opgericht. Toen al werd de noodzaak ingezien van een sterke organisatie op nationaal en internationaal niveau. Deze uniformiteit en sterke organisatie is ook wereldwijd van toepassing en chiropractors worden overall ter wereld vertegenwoordigd door de 'World Federation of Chiropractic' (www.wfc.org).

De interesse in chiropraxie is in België toegenomen sedert de stemming in het parlement van de "Wet Colla", de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake

de geneeskunde, de artsenijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen, en de publicatie ervan in het Belgisch Staatsblad op 24 juni 1999. Ook recente publicaties in belangrijke medische vakbladen hebben de interesse in niet-conventionele geneeswijzen in het algemeen en chiropraxie in het bijzonder aangewakkerd (2).

Gegevens over de opleiding

Chiropraxie wordt niet aan de Belgische Universiteiten onderwezen. Studenten die voor dit beroep kiezen zijn dus verplicht om de opleiding in het buitenland te volgen. Er bestaan wereldwijd 41 erkende opleidingen tot chiropractor. De meest bekende opleidingen bevinden zich in de Verenigde Staten, Canada, Australië, het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk en Denemarken. In Engeland is chiropraxie wettelijk erkend dankzij de “Chiropractic Act” van 1994 (www.opsi.gov.uk/ACTS/acts1994/Ukpga_19940017_en_1.htm) en is er financiële tussenkomst van de overheid in de studiekosten. Dankzij subsidies van de Engelse Staat en de Europese Gemeenschap zijn de studies voor chiropraxie in dit land veel toegankelijker geworden aangezien het inschrijvingsgeld met 70% is verminderd sinds september 2005. Veruit de meeste Belgische studenten studeren tegenwoordig chiropraxie aan het Anglo-European Chiropractic College (www.aecc.ac.uk) in Bournemouth, een geassocieerd college van de University of Portsmouth.

Er bestaan veel misverstanden rond de duur en de kwaliteit van de opleiding tot chiropractor. Steekproeven onder de Amerikaanse en Canadese bevolking tonen dat veel mensen er van overtuigd zijn dat de opleiding ongeveer twee jaar duurt, van beduidend mindere kwaliteit is dan de opleiding tot arts, en bestaat uit een opleiding van chiropractors door chiropractors in scholen die niet onderworpen zijn aan regels en reglementen. Nochtans is de minimum vereiste en de standaard in Noord-Amerika een opleiding op universitair niveau van 7 jaar, waarbij alle aspecten van de opleiding tegemoet komen aan de officiële accreditatiestandaarden, en waarbij de gepromoveerden moeten slagen in ‘national licensing board examinations’ en afzonderlijke ‘state board examinations’ alvorens ze het beroep mogen uitoefenen in de respectievelijke staten van Amerika. Onafhankelijke overheidsstudies in de Verenigde Staten, Zweden en Nieuw-Zeeland concludeerden dat de opleiding tot chiropractor op gelijke voet staat met de opleiding tot arts wat betreft alle ‘basic sciences’ (3). Aan de Universiteit van Odense in Denemarken, bijvoorbeeld, nemen chiropraxie- en geneeskundestudenten hetzelfde ‘basic sciences’ programma de eerste drie jaar van de opleiding, waarna ze in verschillende entiteiten splitsen voor de verdere specifieke klinische opleiding.

Tot ongeveer de jaren 1990 waren bijna alle opleidingen tot chiropractor gebaseerd op het Noord-Amerikaanse model, waardoor de opleiding gemakkelijk samen te vatten was in een opleiding bestaande uit 2 tot 3 jaar kandidaturen, en 4 academiejaren ‘undergraduate chiropractic college education’, wat leidde tot de graad van ‘Doctor of Chiropractic’. Nu is die positie, ondanks een brede consensus over de internationale opleidingsstandaard, omwille van uiteenlopende redenen veel complexer geworden:

1. Toelatingscriteria kunnen verschillen tonen, overeenkomstig met de individueel verschillende schoolsystemen in de landen. In Engeland en Australië bijvoorbeeld kunnen studenten onmiddellijk na de humaniora aan de opleiding chiropraxie beginnen, terwijl dit in de Verenigde Staten en Canada niet mogelijk is.

2. In een aantal landen maakt de opleiding tot chiropractor deel uit van het officiële onderwijsnet, wat opnieuw tot individuele verschillen kan leiden. In Zuid-Afrika leidt de opleiding tot de 'master's degree' (M Tech Chiro), in Australië krijgen de afgestudeerden de 'M Chiro master's degree'. In Engeland wordt de titel 'MSc (Chiro) degree' uitgereikt. Chiropractors zijn dus niet langer overal ter wereld 'Doctor of Chiropractic'.
3. De internationale chiropraxiegemeenschap, door de goedkeuring van het WFC Tokyo Charter in 1997, heeft erkend dat, wanneer een opleiding tot chiropractor in een bepaald land waar die opleiding nog niet bestond wordt opgestart, die opleiding voor een welbepaalde periode van kortere duur kan zijn.
4. In sommige landen waar er geen wetgeving bestaat over de opleiding en praktijk van chiropraxie, voeren sommige mensen na het volgen van een beperkte techniekopleiding, praktisch als chiropractor. Om tegemoet te komen aan de vraag van sommige actoren binnen de gezondheidszorg zich te kunnen om- of bijscholen tot chiropractor enerzijds, en om anderzijds het niveau van de praktijkvoering van die mensen te brengen tot een niveau dat veilige en effectieve behandeling garandeert heeft de WHO in samenwerking met de beleidsmensen van de WFC en de Foundation for Chiropractic Education and Research (www.fcer.org) deeltijdse opleidingen samengesteld. U kan de details van die opleidingen vinden op de volgende link naar de officiële website van de wereldgezondheidsorganisatie: (www.who.int/medicines/areas/traditional/Chiro-Guidelines.pdf).

Daar waar de opleiding tot chiropractor in Noord-Amerika gevolgd wordt door Nationale en Staatsexamens om het beroep daadwerkelijk te kunnen uitoefenen, wordt de opleiding in Europa gevolgd door een zesde jaar beroepsopleiding (gekend onder de naam GEP: Graduate Education Program) in het land waar het beroep zal uitgeoefend worden, naar analogie van de huisarts in beroepsopleiding. Op het einde van dat jaar volgt er een examen voor een internationale en multidisciplinaire jury. De jury kan op basis van het resultaat van het examen niet beslissen of de kandidaat al dan niet het beroep kan uitoefenen, maar brengt wel advies uit waarop de Belgische Vereniging van Chiropractors zich beroept om de kandidaat al dan niet lid te laten worden van de beroepsvereniging.

De kwaliteit van het onderwijs is wereldwijd uniform vanwege de reciprociteit van de internationaal erkende controleorganisaties: de "Council on Chiropractic Education" - waarvan de European Council on Chiropractic Education (ECCE) (www.cce-europe.com) lid is - en de Council on Chiropractic Education International (www.cceintl.org) garanderen de mondiale equivalentie van de diploma's. De ECCE sinds 2010 volwaardig lid van de 'European Association for Quality Assurance in Higher Education' (ENQA), waar bijvoorbeeld ook de Vlaamse Interuniversitaire Raad (VLIR) lid van is.

De Belgische Vereniging van Chiropractors controleert en garandeert de opleiding, de deontologie en de beroepsethiek van haar leden. Ze staat in voor de organisatie en de implementatie van 'levenslang leren' door middel van bijscholingen en het verspreiden van wetenschappelijke informatie. Deze beroepsvereniging vertegenwoordigt méér dan 98% van de chiropractors in België.

Gebruik door de Belgen van chiropraxie als geneeswijze

Niet-conventionele geneeswijzen winnen aan populariteit in België. De cijfers van de nationale gezondheidsenquête in 1997 gaven aan dat iets meer dan 8% van de bevolking in het jaar voorafgaand aan de bevraging beroep deed op een vorm van niet-conventionele geneeswijzen. Vier jaar later, in 2001, blijkt het contact met niet-conventionele geneeswijzen in het jaar voorafgaand aan het interview te zijn gestegen tot 11%. Deze stijging situeert zich vooral in een toename van het gebruik van homeopathie en het gecombineerde gebruik van osteopathie en chiropraxie.

1,7% van de Belgische bevolking had in 2001 minstens 1 contact met een chiropractor. Alle Belgische chiropractoren hebben, vanuit hun praktijkervaring, de indruk dat dit aantal sedert 2001 is gestegen. Het Federaal Kenniscentrum (KCE) voerde in opdracht van de Minister van Volksgezondheid in 2009 een telefonische enquête uit bij een representatieve steekproef van 1999 volwassenen in België: 2,2 % van de Belgen bezocht in 2009 een chiropractor. **(31)**

Bij beide geslachten ligt de consumptie van niet-conventionele geneeswijzen het hoogst in de leeftijdscategorie van 35-44 jaar. Ook het opleidingsniveau blijkt een rol te spelen: hoe hoger het opleidingsniveau, hoe meer een beroep wordt gedaan op niet-conventionele geneeswijzen.

Er bestaan significante verschillen tussen de gewesten wat betreft het gebruik van chiropraxie en osteopathie. Terwijl 3,4% van de Vlaamse bevolking in de 12 maanden die aan het interview voorafgingen contact had met een beoefenaar van chiropraxie, was dit percentage beduidend lager in het Brussels (0,6%) en het Waals (0,5%) gewest. Het gebruik van osteopathie ligt dan weer lager in het Vlaams Gewest (3,4%) dan in het Brussels (6%) en het Waals Gewest (5%). **(4) (5)** (www.iph.fgov.be/epidemiologie)

Het gebruik van niet-conventionele geneeswijzen verschilt sterk van land tot land. Zo beschrijft Shekelle dat ongeveer 10% van de Amerikanen jaarlijks een chiropractor consulteren voor de behandeling van neuromusculoskeletale klachten. **(6)**

Verloop van de eerste consultatie en verdere consultaties

Chiropraxie is in de praktijk voor heel veel mensen die een chiropractor voor het eerst consulteren vaak verrassend niet-alternatief. Patiënten komen bij de chiropractor op verwijzing van de huisarts of geneesheerspecialist of op eigen initiatief. De rechtstreekse toegang van de patiënt(e) tot de diensten van de chiropractor zijn wereldwijd een evidentie. Dit zal ook voor de Belgische Vereniging van Chiropractoren een belangrijk strijdpunt zijn wanneer de onderhandelingen worden opgestart in het kader van de uitvoeringsbesluiten over de modaliteiten van 'de wet Colla' van 29 april 1999. Uit onderzoek van Ailliet et al. (2010) blijkt dat 21% van de patiënten die voor de eerste maal een chiropractor consulteren dit doen op doorverwijzing van huisarts of specialist. **(32)**

Tijdens de eerste consultatie wordt de anamnese van de patiënt(e) overlopen en besproken, wordt er ruime aandacht besteed aan het klinisch onderzoek, worden de bevindingen besproken met de patiënt(e), worden de therapeutische opties besproken, wordt de patiënt(e) behandeld. Het klinisch onderzoek bestaat uit een grondig neurologisch en orthopedisch onderzoek, een specifiek chiropractisch onderzoek, en indien nodig ook een vasculair en/of

abdominaal onderzoek. Het specifiek chiropractisch onderscheidt de eerste consultatie bij een chiropractor van een eerste consultatie bij de huisarts of geneesheer/specialist met een gelijkaardige klacht: bij de chiropractor wordt specifieke aandacht besteed aan de inspectie en evaluatie van de statiek, een specifiek onderzoek van de segmentale mobiliteit van de gewrichten van de wervelzuil en de perifere gewrichten, en een evaluatie van het musculair evenwicht en bewegingspatronen.

Bij de bespreking van de bevindingen en bij de bespreking van de therapeutische opties en alternatieven in de behandeling van de presenterende klacht, is het voor de chiropractor van groot belang de therapeutische grenzen of de 'scope of practice' te respecteren. Dit kan de geloofwaardigheid van het beroep enkel ten goede komen. In dat kader moeten ook de recente inspanningen gezien worden om de behandeling te koppelen aan een verbaal of geschreven 'informed consent' van de patiënt vooraleer de behandeling wordt aangevat.

Chiropraxie is geen monotherapie. De 'high velocity, low amplitude' manipulatie, tot nader order de belangrijkste therapeutische optie van de chiropractor, kan enkel worden voorgesteld indien dit nodig en veilig wordt geacht. De manipulatieve benadering wordt vaak aangevuld met specifieke oefenprogramma's, posturale educatie met houdingsadvies en specifieke stretching, advies met betrekking tot niet-medicamenteuze pijncontrole en advies met betrekking tot werk- en of sporthervatting.

Het verdere verloop van de behandeling is voor iedere patiënt verschillend en wordt afhankelijk van de specifieke klacht aangepast.

Vanuit de patiënt, maar ook vanuit de klassiek medische wereld, rijst vaak de vraag of een manipulatieve behandeling bij een chiropractor niet moet worden voorafgegaan door een radiografie van de wervelzuil. Nochtans bestaan er voldoende wetenschappelijke argumenten om de eerste 4 weken van een behandeling van ongecompliceerde LBP geen RX voor te schrijven, behalve bij de aanwezigheid van één of meerdere van onderstaande criteria. (7).

Criteria voor beeldvorming bij LBP (1/2)

1. Man ouder dan 55, vrouw ouder dan 50
2. Geschiedenis van trauma
3. Geschiedenis van kanker
4. Gekende osteoporose
5. Onverklaarbaar gewichtsverlies

Criteria voor beeldvorming bij LBP (2/2)

6. Onverklaarbare koorts
7. Langdurig cortisone gebruik
8. Ernstige, niet-aflatende nachtelijke pijn
9. Pijn die erger wordt als de patiënt gaat liggen
10. tekens van cauda equina syndroom

Immers, als er bij de anamnese of het klinisch onderzoek geen ‘red flags’ gevonden worden, is de kans dat er via beeldvorming ernstige pathologie gevonden wordt 1 op 2500. Literatuur toont trouwens aan dat wanneer in de eerstelijnggezondheidszorg een behandeling van LBP wordt gekoppeld aan een voorafgaande radiografie, dit op korte termijn wel leidt tot een verhoogde tevredenheid van de patiënt maar evenzeer tot meer lokale pijn. Andere klinische uitkomstmetingen verbeteren evenmin waardoor de auteurs pleiten tegen een begeleidende RX bij de behandeling van niet-gecompliceerde LBP. (8)

Werkingsdomein en werkingsmechanisme

Een manipulatie is een kleine, snelle, korte, veilige en beheerste beweging die gewoonlijk pijnloos verloopt. Die wordt uitgevoerd door de chiropractor op een specifiek uitgezocht niveau van de wervelkolom of ter hoogte van een perifere gewricht. Dit vergt niet veel kracht maar wel motorische en sensorische coördinatie en een specifieke handvaardigheid. Gerichte bewegingen worden opeenvolgend toegepast met het oog op het bereiken van een specifiek klinisch doel of objectief. Begrijpen hoe deze procedures toe te passen op een competente manier vereist een grondig inzicht in de biomechanica, niet alleen van de procedure of manipulatie zelf, maar evenzeer van het letsel dat wordt behandeld en van de omliggende structurele en functionele integriteit. Een effectieve benadering van een casus via manipulatie is meer dan het gewoon herhalen van manuele handelingen; het vereist een integratie van sensorische feedback van de reactie van de patiënt op de aanraking en positionering, samen met het cognitieve gebruik van diagnostische informatie over weefselkarakteristieken en lokale pathologie in de poging om het klinisch probleem op te lossen.

Patiënten worden minder actief als ze pijn hebben, en deze tendens tot inactiviteit resulteert in ‘deconditioning’. Deze deconditioning maakt de patiënten meer kwetsbaar voor typische houdings- of beroepsgebonden repetitieve stress. Een chronische cyclus van recidiverende pijn doemt, tenzij functie wordt hersteld. Indien pijnverlichting het enige doel uitmaakt van de behandeling en functieherstel wordt genegeerd, dan zijn snelle recidieven onvermijdelijk.

Een belangrijk aspect van de chiropractische benadering is dat ze zich richt op herstel van functie. Dit kan opgesplitst worden in een articulaire component - onder de vorm van herstel van gewrichtsfunctie - en een musculaire component. Immers, de actieve component van het bewegingsapparaat - de spieren - wordt dikwijls aangesproken, hetzij bewust hetzij via reflex actie, om ander weefsel onder stress te beschermen. Compensatoire adaptatie, faciliterend of inhiberend, volgt typisch op een weefselstress, ongeacht of dit pijnlijk was. Wat dus kan beginnen als een segmentale musculaire reflexaanpassing aan pijn, kan geprogrammeerd worden als een nieuw bewegingspatroon en zo worden opgeslagen in het centraal zenuwstelsel. Weefselchade, inflammatie, nociceptieve activiteit ter hoogte van de gewrichten, sensitivatie van dorsale hoorn neuronen, of pijnperceptie kunnen allen spierreacties uitlokken: deze aanpassingen zijn een essentieel deel van het ‘deconditioning’ syndroom. Vroege identificatie van risicopatiënten en vroege interventie via chiropractische manipulatie en musculaire reëducatie zou het ontstaan van chronische pijn kunnen voorkomen.

In het kader van de musculaire revalidatie begrijpt de chiropractor eveneens het fenomeen van ‘postural’ en ‘phasic’ spieren (volgens Janda) en Sherrington’s wet van reciproke inhibitie, namelijk dat als er een posturale spier zoals de m. iliopsoas verkort is door ‘overuse’, de spier niet alleen mechanisch de bewegingsvrijheid van zijn antagonist (de gluteus maximus) zal

beperken, maar ook neurologisch zijn actie inhiberen. Het resultaat is veranderingen in de gewrichtsbiomechanica en ongelijke verdeling van druk in de gewrichten, beperkte bewegingsvrijheid en compensatoire hypermobiliteit, veranderingen in proprioceptieve input, afwijkende reciproke inhibitie, en veranderde programmering van bewegingspatronen.

De meest voorkomende pijngenerators zijn meest waarschijnlijk die structuren die de meeste nociceptoren huizen. Onafhankelijk van wat de exacte pijngenerator is, het volledige motorische systeem zal reageren en compenseren. Lang nadat weke delen overbelast zijn geweest blijven adaptieve patronen persisteren. Doordat de chiropractor de relatie begrijpt tussen specifieke spieren, gewrichten en de relatie met het zenuwstelsel, kan hij therapeutische 'short cuts' voorstellen. Door de kettingreactie tussen spieronevenwichten, veranderde bewegingspatronen en specifieke gewrichtsdisfunctie te ontrafelen kan de chiropractor de belangrijke factoren in de ontwikkeling van functionele pathologie isoleren en aldus het therapeutisch programma katalyseren.

De articulaire component van de chiropractische benadering, via 'high velocity, low amplitude' manipulatie, heeft de optimalisatie van de bewegingsfuncties van de gewrichten als doel. Het werkingsmechanisme focust op de eigenschappen van relatieve stijfheid van de weefsels door het belasten van die weefsels met hoge snelheid en 'impulsive loading'. De beoogde biomechanische effecten zijn de herverdeling van lokale stress op het gewricht en optimaliseren van de mobiliteit. Zoals bij andere manuele methodes gebeurt er bij een chiropractische manipulatie ook stimulatie van huid- en gewrichtsreceptoren. In het licht van de relatieve korte duur van het contact lijkt het logisch dat de mechanische en reflexmechanismen meer dominant zijn dan de psychologische effecten, niettegenstaande psychologische reacties kunnen worden verwacht.

De mechanische effecten van wervelzuilmanipulatie hebben waarschijnlijk een direct effect op mechanoreceptoren. Het therapeutische effect van een manipulatie kan ontstaan, tenminste deels, uit zijn capaciteit om de instroom van sensorische informatie te activeren, opnieuw mogelijk te maken en/of het zwijgen op te leggen of te inhiberen. Het verminderen van mechanische irritatie of het herverdelen van stress in paravertebrale structuren door manipulatie kan subacute inflammatie verminderen en/of de bloedtoevoer en afvoer van metaboliëten veranderen en daardoor symptomen verminderen.

De chiropractische subluxatie, het 'subluxation complex', omvat biomechanische veranderingen zoals visco-elastische stijfheid bovenop de neurofysiologische gemedieerde sensitatisatie van de dorsale hoorn en de segmentaire en supra-segmentaire neurologische implicaties die er het gevolg kunnen van zijn. Die sensitatisatie heeft een neuro-anatomische basis en verloopt via de primaire afferenten die voornamelijk statische en dynamische informatie doorgeven met betrekking tot het bewegingsstelsel (proprioceptie en kinesthesie) en die een segmentair en een supra-segmentair fysiologisch effect hebben op het centrale zenuwstelsel.

Een manipulatie uitgevoerd door chiropractors exciteert somatische afferente vezels in de musculoskeletale structuren van de wervelzuil. Die afferente excitaties kunnen op hun beurt reflex responsen uitlokken die musculaire, autonome, hormonale en immunologische functies kunnen beïnvloeden, dit niet enkel op het ogenblik van de manipulatie, gezien de beoogde biomechanische veranderingen die er uit kunnen resulteren. Er wordt verondersteld dat wervelzuilmanipulaties een significante kortdurende uitstoot van proprioceptieve transmissie produceren in de gemyelineerde α -afferente vezels die vertrekken uit de gewrichtskapsels en

ligamenten en uit de spierspoeltjes van de lokale paraspinale musculatuur. Deze ‘large-fiber’ signalen zouden de interneuronale ‘pool’ moduleren via het ‘dorsal root ganglion’ en de substantia gelatinosa en zouden de pijntransmissie aldus beïnvloeden (Gait theory van Melzack en Wall).

Indicaties - Contra-indicaties

Over de **contra-indicaties** van een high velocity, low amplitude manipulatie, typerend voor de chiropractische manipulatie, is de literatuur vrij eensluidend.

Contra-indicaties

1. Breuken, gewrichtsinfecties, acute inflammatoire aandoeningen, tumoren, instabiliteit (bv. traumatische spondylolisthese)
2. Vergevoerde osteoporose
3. Acute whiplash (binnen de eerste 48 uur)
4. Zenuwwortelcompressie met progressieve neurologische uitval en/of cauda equina syndroom
5. Significante degeneratieve veranderingen met osteofytose in het IVF
6. Vertebrobasilaire arterie-insufficiëntie

Wat betreft de **indicaties** voor de ‘high velocity, low amplitude’ manipulatie in het bijzonder en voor een chiropractische benadering in het algemeen, is er de laatste jaren, mede en vooral onder invloed van degelijke wetenschappelijke studies en de publicatie ervan in toonaangevende wetenschappelijke tijdschriften, een bredere consensus ontstaan.

De overtuiging dat 90% van de patiënten die de huisarts consulteren met lage rugpijn (LRP) binnen de maand volledig pijnvrij zijn heeft zeer lang stand gehouden. Dat deze assumptie niet klopt werd door Croft echter reeds in 1998 bewezen **(9)**; Croft’s argumenten worden dan ook door de chiropractor aangewend om LBP zo vroeg mogelijk op een efficiënte manier te behandelen. De auteur had immers gemerkt dat 90% van de patiënten inderdaad binnen de drie maanden stopt met het consulteren van de huisarts met zijn klachten van LRP, ook al had het merendeel van die patiënten nog altijd substantiële klachten. Slechts 25% van de patiënten bleek na 1 jaar klachtenvrij. Croft et al concluderen dat, aangezien de meeste patiënten ook op lange termijn (12 maanden) blijven klagen over LRP en functionele stoornissen, effectieve vroegtijdige behandelingsvormen de last van die klachten en de sociale, economische en medische implicaties kunnen reduceren.

Andere steun voor chiropraxie als optie in de behandeling van welbepaalde neuromusculoskeletale klachten komt van omvangrijke kosteffectiviteitsstudies. In het kader van de rationalisering van de middelen binnen de gezondheidszorg worden, niet alleen in België, kosteffectiviteitsstudies immers een steeds groter belang toebedeeld. Het ‘UK BEAM trial team’ (United Kingdom back pain exercise and manipulation) toont dat manipulatie als therapievorm bij lage rugpijn effectiever is dan ‘standard care’ of de combinatie van manipulatie en oefeningen. **(10)** Een vergelijkend onderzoek in de Verenigde Staten van 700000 verzekerde patiënten met extra polis voor chiropraxie en 1000000 verzekerde patiënten zonder polis voor chiropraxie toont duidelijk dat de systematische terugbetaling van chiropraxie leidt tot een vermindering van de totale kosten in de gezondheidszorg: de kost van

de behandeling van rugpijn daalt met 28%, hospitalisaties verminderen met 41%, er zijn 32% minder rugoperaties en de kost van medische beeldvorming daalt met 37%. (11)

Indicaties

1. Lage rugpijn (LBP)
 - a. Acute LBP
 - i. Lumbago
 - ii. Bij zwangerschap
 - b. Chronische LBP
 - c. Uitstralingspijn (sclerotomale pijn)
 - i. Vanuit de sacro-iliacale gewrichten
 - ii. Facetgerefereerde pijn
 - d. Radiculaire pijn bij hernia's (HNP)
 - e. Aspecifieke rugpijn – flankpijn
 - f. Houdingsgebonden rugpijn

De evidentie in het voordeel van manipulatie in de behandeling van lage rugpijn kan niet meer worden genegeerd. De argumenten worden vanuit verschillende onderzoekscentra geleverd. In september 2006 bracht de Europese Commissie het Cost B13 rapport uit waarin wordt geduïd dat manipulatie van de wervelzuil moet overwogen worden als behandelingsvorm, zowel bij acute als bij chronische lage rugpijn. (COST Action B13 Low Back Pain: Guidelines for its management: <http://www.backpaineurope.org>). Deze bevindingen worden teruggevonden in de Clinical Review van Koes en Van Tulder. (12) De British Medical Journal (BMJ) geeft tweemaal per jaar het toonaangevend tijdschrift voor “Evidence Based Medicine” uit, Clinical Evidence genoemd (www.clinicalevidence.com). Daarin wordt de meest recente kennis samengevat voor de preventie en behandeling van een brede waaier van aandoeningen, gebaseerd op de striktste wetenschappelijke onderzoeksmethodes. Manipulatie van de wervelkolom, de therapie waarin chiropractors dé specialisten zijn, krijgt in de meest recente editie (december 2006) de hoogste (beneficial) of tweede hoogste score (likely to be beneficial) voor wat betreft lumbale discushernias, acute en chronische lage rugpijn, nekpijn, en schouderpijn. Uit onderzoek van Rubinstein et al. (2011) blijkt dat spinale manipulatieve therapie even effectief is als andere vaak toegepaste therapieën zoals oefentherapie en ‘standard care’. Ook uit het rapport van het Federaal Kenniscentrum (2011) blijkt dat de werkzaamheid van chiropraxie bewezen is voor aspecifieke nek-en rugpijn. (31)

2. Nekpijn
 - a. Acute nekpijn
 - i. torticollis
 - b. Chronische niet-specifieke nekpijn
 - i. Chronische facetproblematiek bij whiplash patiënten
 - ii. Trapeziussyndroom
 - c. Uitstralingspijn
 - i. Facetgerefereerde pijn
 - ii. Myofasciale pijn
 - iii. Thoracic outlet syndroom

- d. Radiculaire pijn
- e. Houdingsgebonden nekpijn

Zoals supra al werd aangegeven krijgt manipulatie ook bij nekpijn in de laatste editie van Clinical Evidence (december 2006) het label 'likely to be beneficial' mee. Het onderzoek van Hoving et al. toonde bovendien aan dat voor nekpijn een behandelingsstrategie die voornamelijk bestaat uit mobilisatie door een manueel therapeut beter is dan kinesitherapie voornamelijk bestaande uit oefeningen, en dan de behandeling door de huisarts. Het effect was het grootst bij de patiënten met de ergste nekpijn bij het begin van de studie. **(13)** De behandeling door de manueel therapeut was daarenboven het meest kosteffectief van de drie onderzochte behandelingsvormen. **(14)** Hoving besluit daaruit dat het in zijn opinie niet voldoende is en zelfs irrelevant om aan te tonen dat een nieuwe behandelingsvorm van nekpijn effectiever is dan placebo, niet-behandelen, of de standaard behandeling van de huisarts. Hoving vindt het onethisch om patiënten met nekpijn te behandelen met therapievormen waarvan men weet dat ze sub-optimaal zijn.

- 3. Pijnsyndromen ter hoogte van de dorsale wervelzuil.
 - a. Thorakale facetgewrichtspijn **(15)**
 - b. Costovertebrale gewrichtspijn – intercostale neuralgieën **(16)**
 - c. Thorakale discopathieën

De anatomische en pathologische studie van musculoskeletale pijngenerators in de thorax heeft nooit dezelfde aandacht gekregen als die in de lumbale of cervikale wervelzuil. Recente studies tonen echter de nociceptieve capaciteiten van het gewrichtskapsel van de thorakale facetgewrichten en van de costovertebrale en costotransverse gewrichten. Patiënten met thorakale gewrichtspijn blijken goed te reageren op een gerichte en specifieke manipulatieve benadering.

- 4. Bepaalde vormen van hoofdpijn
 - a. Cervicogene hoofdpijn (International Headache Society 11.2.1 of ook gecodeerd als 2.1.1. Infrequent, 2.2.1. Frequent, en 2.3.1. Chronic episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness) International Headache Society 2003/International Classification of Headache Disorders 2nd Edition **(17)**
 - b. Spanningshoofdpijn **(18)**
 - c. Pseudomigraineuze hoofdpijn **(19)**
- 5. Bepaalde perifere gewrichts- en pijnklachten
 - a. Kapsulaire pijn en disfunctie van de schouder **(20)**
 - b. Kapsulaire pijn en disfunctie in de heup
 - c. Epicondylitis radialis
- 6. Bepaalde neurofysiologische stoornissen
 - a. Evenwichtsstoornissen (na volledig en negatief NKO-onderzoek)
 - b. Pseudoviscerale pijn vanuit de costovertebrale gewrichten **(21)**

Recent worden ook de resultaten van eerder experimentele onderzoeken gepubliceerd. Zo verschenen er in volume 29, januari 2006, van het Journal of the Physiological and Manipulative Therapeutics (www.mosby.com/jmpt) twee artikels (22, 23) over de potentiële mediërende effecten van 'activator'-geassisteerde manipulatie (ASMT) op pijn en hyperalgesie bij acute inflammatie ter hoogte van het intervertebraal foramen (IVF). De eerste van de twee studies toont aan dat ASMT een significante vermindering geeft in de ernst en de duur van de pijn en de hyperalgesie veroorzaakt door inflammatie van het IVF bij ratten. De auteurs besluiten dat manipulatie van een specifiek wervelzuilsegment mogelijks een belangrijke rol kan spelen in de bespoediging van het herstel bij letsels waarbij er inflammatie is in het IVF.

De tweede studie toont dat personen die gemanipuleerd werden een tijdsafhankelijke vermindering hebben van lipopolysaccharide-geïnduceerde productie van de cytokines die met inflammatie geassocieerd worden, onafhankelijk van de systemische waarden van substantie-P. Dit suggereert volgens de auteurs een manipulatie-gerelateerde vermindering van inflammatie-achtige reacties via een voorlopig ongekend centraal mechanisme.

Bijwerkingen van manipulatie

Niettegenstaande ernstige bijwerkingen van 'high velocity, low amplitude' manipulatie bijzonder zeldzaam zijn (24) blijken lichte en goedaardige reacties veel vaker voor te komen (25). De bijwerkingen van manipulatie kunnen worden onderverdeeld in twee categorieën: de musculoskeletale complicaties en de neurologische complicaties. In het artikel van Senstad, een studie in 1997 van 1058 patiënten bij 102 Noorse chiropractors, zijn de meest voorkomende bijwerkingen: meer lokale pijn (53%), hoofdpijn (12%), vermoeidheid (11%), en uitstralingspijn (10%). Minder vaak voorkomende bijwerkingen zijn duizeligheid (5%) en nausea (4%). In die studie van Senstad werd geen enkele majeure bijwerking gemeld. 74% van de bovenvermelde bijwerkingen verdwenen opnieuw binnen de 24 uur en stelden weinig tot geen problemen voor het verdere verloop van de behandeling. Toch worden, zij het uiterst zelden, ook ernstiger musculoskeletale complicaties zoals ribfracturen, indeukingsfracturen en toegenomen discusschade vermeld in de literatuur. Verslechtering van reeds bestaande discusletsels en fracturen (ribfracturen, indeukingsfracturen) na manipulatie blijken uit statistieken van verzekeringsmaatschappijen in de Verenigde Staten de meest voorkomende reden te zijn voor 'malpractice claims'.

Veruit de belangrijkste bijwerking van wervelzuilmanipulatie is de dissectie van een arterie in het vertebrobasilair complex. De incidentie van ernstige cerebrovasculaire syndromen ten gevolge van een high velocity, low amplitude manipulatie van de nek wordt geschat op 1 op 400000 tot 1 op 5,8 miljoen. (26,27) Potentiële risicofactoren geassocieerd met dissectie zijn afwijkingen in de arteria vertebralis, fibromusculaire dysplasie, bindweefselafwijkingen, genetische stoornissen in collageen, erfelijke factoren, hyperhomocysteinaemie, bovenste luchtwegeninfecties en trauma. Men heeft echter ook aangetoond dat 68 activiteiten uit het dagelijkse leven de bloedcirculatie in de hersenen kunnen onderbreken, waarvan er 18 (zoals yoga, het hoofd draaien bij het autorijden, interventies door de anaesthesist of chirurg bij operaties, het behandelen van een banale bloedneus, zwemmen, een bezoek aan de schoonheidsspecialiste, ...) daadwerkelijk geassocieerd zijn met een vertebrobasilaire 'stroke'. De frequentie van spontane arteria vertebralis dissectie wordt geraamd op 1 a 1,5 per 100000. (28) Een multidisciplinaire studie van de 'The Neck Pain Task Force' (2008) aan dat

een bezoek aan de chiropractor voor nekpijn geen verhoogd risico op een ernstige complicatie geeft in vergelijking met een bezoek aan de huisarts. (34)

Niettegenstaande het met de huidige kennis onmogelijk is om vooraf patiënten te selecteren die een verhoogd risico zouden kunnen lopen op een cerebrovasculair lijden na manipulatie van de nek, doen de beroepsverenigingen van de chiropractors belangrijke inspanningen om hun leden te informeren over de te volgen procedures bij 'high velocity, low amplitude manipulatie' van de cervikale wervelzuil. Voor manipulatie van de cervikale wervelzuil vormen het syndroom van Down (omwille van de afwezigheid of onvolledige vorming van de dens van C2) en reumatoïde artritis een absolute contra-indicatie. Alertheid bij de evaluatie van de anamnese van de patiënt kan essentieel blijken om andere contra-indicaties bij patiënten te ontdekken: tekens en symptomen van arteria vertebralis ischemie, die kunnen waarschuwen voor een mogelijke imminente vertebrobasilaire 'stroke', zijn duizeligheid, drop attacks, diplopia of andere visuele problemen, dysarthria, dysphagia, ataxie nausea, nystagmus en zones van ongevoeligheid, terwijl tekens en symptomen van arteria carotis ischemie eerder hemianesthesie, hemiparese of monoparese, dysphagie, stoornissen in het gezichtsveld en verwardheid zijn. Het spreekt vanzelf dat patiënten die deze tekens of symptomen vertonen niet in aanmerking komen voor eender welke chiropractische interventie, maar onmiddellijk verwezen dienen te worden voor verdere klassiek medische work-up.

Besluit

Chiropraxie staat in België, zoals Meeker en Haldeman in 2002 reeds stelden, op het kruispunt van 'mainstream' en alternatieve geneeskunde. Het is essentieel dat het beroep een duidelijke identiteit ontwikkelt dat door het grote publiek wordt herkend. (29)

In de voorbije jaren is chiropraxie geëvolueerd van een alternatieve en marginale status naar een zekere legitimiteit binnen de 'mainstream' gezondheidszorg. In een aantal landen, waaronder de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en Denemarken, is dat proces reeds ver gevorderd en zijn de opleidingscentra voor chiropraxie geaffilieerd met Universitaire centra, worden de diensten van chiropractors terugbetaald door verzekeringsinstanties of de nationale gezondheidsdiensten, blijkt er een consensus te bestaan over de identiteit van het beroep van chiropractor, en wordt hun expertise met betrekking tot neuromusculoskeletale problemen en rugproblemen in het bijzonder niet langer ter discussie gesteld. In andere landen blijft chiropraxie marginaal en alternatief.

Een chiropractor ziet zichzelf, onder andere door zijn uitgebreide praktijkopleiding van 1800 uur naast de fundamenteel wetenschappelijke en universitaire opleiding, als de persoon binnen de gezondheidszorg met de grootste expertise met betrekking tot de wervelkolom (een rugarts, naar analogie met de tandarts). Hij kan de werking van spieren en gewrichten, vooral ter hoogte van de wervelkolom, op de juiste plaatsen en op een zeer nauwkeurige manier voelbaar verbeteren. Dat heeft een gunstige invloed op de zenuwen, de gezondheid en de levenskwaliteit van de patiënt. De voornaamste drijfveer tot consultatie bij de chiropractor is pijn, maar mensen presenteren ook met functionele stoornissen of afwijkingen in de normale biomechanische verhoudingen van de bestaande kinetische ketens.

De chiropractor verricht een gespecialiseerd onderzoek, stelt een diagnose en past een specifieke behandeling toe. De nadruk ligt op de relatie tussen de beweeglijkheid van de

wervelkolom en het zenuwstelsel. Tot nader order kunnen patiënten in België rechtstreeks, dus zonder verwijzing van een klassiek geschoolde arts, bij een chiropractor terecht voor de behandeling van hun klachten. Dit is één van de fundamentele punten waarin de Belgische Vereniging van Chiropractors bij de toekomstige onderhandelingen over de modaliteiten van hun beroep in het kader van de ‘wet Colla’ van 1999 weinig ruimte kunnen laten voor compromis.

Een chiropractor staat open voor samenwerking met andere geneeskundige disciplines (multidisciplinair) voor een patiëntgeoriënteerde behandeling van de biologische, psychische en sociale (multifactoriële) oorzaken van de problemen van de wervelkolom die hij behandelt. Over de contra-indicaties voor de ‘high velocity, low amplitude’ manipulatie, kenmerkend voor de chiropraxie, is de literatuur eensluidend. De indicaties voor chiropraxie worden steeds nadrukkelijker wetenschappelijk onderbouwd. Over de plaats van manipulatie in de behandeling van lage rugpijn bijvoorbeeld wordt niet meer gediscussieerd. Toch wordt de chiropraxie geconfronteerd met een grote uitdaging: de plaats van chiropraxie binnen de gezondheidszorg in de toekomst zal - terecht - afhangen van de wetenschappelijke vooruitgang die wordt geboekt op het gebied van de manuele geneeskunde en chiropraxie in het bijzonder. In de Verenigde Staten werd in 2006 een eerste evaluatie voorgesteld van de ‘white papers’ van 1996 over de stand van zaken in het wetenschappelijk onderzoek. (30) Wetenschappers uit de chiropraxie hebben de afgelopen tien jaar hard gewerkt om aandacht te geven aan de aanbevelingen uit de eerste uitgave van de ‘white papers’. Nieuwe actieplannen en aanbevelingen zullen het beroep vooruit helpen in de toekomst. Ondanks significante vooruitgang in kennis en wetenschappelijke mogelijkheden wordt chiropraxie als beroepsgroep nog altijd geconfronteerd met een groot aantal wetenschappelijke uitdagingen.

Bibliografie

1. M.L. Baldwin et al Cost-effectiveness studies of medical and chiropractic care for occupational low back pain: a critical review of the literature. *Spine* 1 (2) 2001, 138-147.
2. D.K. Owen, G. Lewith, C.R. Stephens, H. Bryden Can doctors respond to patients’ increasing interest in complementary and alternative medicine? *BMJ* 322 (2001), 154-158.
3. S. Bigos, O.R. Boyer, G.R. Braen, K. Brown, et al. Acute low back problems in adults. Rockville, MD: AHCPR, 1997 feb. AHCPR Publication No. 97-N012.
4. K. Bayingana, S. Demarest, L. Gisle, E. Hesse, P.J. Miermans, J. Tafforeau en J. Van der Heyden Gezondheidsenquête door middel van Interview, België, 2006 IPH/EPI REPORTS N° 2006 – 035
5. J. Buziarsist, S. Demarest, J. Tafforeau. L. Gisle, et al. Wetenschappelijk instituut Volksgezondheid. Gezondheidsenquête door middel van interview 2001. Deel 5: Medische Consumptie. 2083-2147.
6. P.G. Shekelle, R.H. Brook A community-based study of the use of chiropractic services. *Am J Public Health* 81 (1991) 439-442.
7. F.A. Goodyear-Smith, B. Arroll Recommendations for GP’s regarding imaging with respect to Low Back Pain NZFP 29 (April 2002) 97-101
8. L. Kendrick et al. In primary care patients with LBP of 6 weeks duration, does radiography of the lumbar spine help to improve clinical outcomes or satisfaction with care? *BMJ* 322 (Feb 17 2001) 400-405.
9. P. Croft et al. Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. *BMJ* 316 (2 May 1998) 1356-1359.

10. United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: cost effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. *BMJ* 329 (11 December 2004) 1377-1381.
11. A. Legoretta et al. Comparative Analysis of Individuals With and Without Chiropractic Coverage: Patient Characteristics, Utilization, and Costs. *Archives of Internal medicine* 164 (Oct 2004) 1985-1992
12. B.W. Koes. M. Van Tulder. Clinical review. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ* 332 (17 June 2006) 1430-1434.
13. J.L. Hoving et al. Manual therapy, physical therapy, or continued care by a general practitioner for patients with neck pain. A randomised, controlled trial. *Annals of Internal Medicine* 136 (21 May 2002) 713-722.
14. I.B.C. Korthals-de Bos, J.L. Hoving, M. Van Tulder et al. Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy, and general practitioner care for neck pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ*
15. L. Schiller Effectiveness of spinal manipulative therapy in the treatment of mechanical thoracic spine pain: a pilot randomised clinical trial. *JMPT* 24 (6) (2001) 394-401.
16. J.J. Triano, M. Erwin, D.T. Hansen Costovertebral and costotransverse joint pain: a commonly overlooked pain generator. *Top Clin Chiropr* 6 (1999) 79-92.
17. O. Sjaastad, T.A. Fredriksen, V. Pfaffenrath. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. The Cervicogenic Headache International Study Group. *Headache* 38 (6) (1998) 442-445.
18. P.D. Boline, K. Kassak, G. Bronfort et al. Spinal manipulation vs amitriptyline for the treatment of chronic tension-type headaches: a randomized clinical trial. *JMPT* 280 (18) (1998) 1576-1579.
19. P.J. Tuchin, H. Pollard, R. Bouello. A randomised controlled clinical trial of chiropractic spinal manipulative therapy for migraine headache. *JMPT* 23 (2) (2000) 91-95.
20. G.J.D. Bergman et al. Manipulative therapy in addition to usual medical care for patients with shoulder dysfunction and pain: a randomised controlled trial. *Ann. Int. Med.* Volume 141, issue 6, 21 September 2004, pp. 4322-439.
21. H.W. Christensen et al Manual therapy for patients with stable angina pectoris. A nonrandomized open prospective trial. *JMPT* 2005 (28) 654-661
22. J.A. Teodorczyk-Injeyan et al. Spinal manipulative therapy reduces inflammatory cytokines but not substance-P production in normal subjects. *JMPT*. Vol 29, issue 1, Jan 2006, pp. 14-21.
23. S. Xue-Jun et al. Spinal manipulation reduces pain and hyperalgesia after lumbar intervertebral inflammation in the rat. *JMPT*. Vol 29, issue 1, jan 2006, pp. 5-13.
24. O. Senstad, C. Leboeuf-Yde, C. Borchgrevink, Frequency and characteristics of side effects of spinal manipulative therapy. *Spine* 22 (1997) 435-441.
25. B. Cagnie, E. Vinck, A. Beernaert, D. Cambier How common are side effects of spinal manipulation and can these side effects be predicted? *Manual Therapy* 9 (2004) 151-156.
26. S. Haldeman, P. Carey, M. Townsend, C. Papadopoulos Arterial dissections following cervical manipulation: the chiropractic experience. *CMAH* 165 (2001) 905-906.
27. D.M. Rothwell, S.J. Bondy, J.I. Williams Chiropractic manipulation and stroke. A population-based case-control study. *Stroke* 32 (2001) 1054-1060.
28. W.I. Schievink Spontaneous dissection of the carotid and vertebral arteries. *New England J of Medicine* 344, 12 (2001) 898-906.

29. W. Meeker, S. Haldeman Chiropractic: a profession at the crossroads of mainstream and alternative medicine. *Ann Intern Med* 136 (2002) 216-227.
30. D.J. Lawrence, M.C. Meeker Commentary: The National Workshop to develop the Chiropractic Research agenda: 10 years on, a new set of white papers. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*. November 2006; Vol. 29, Iss. 9, pp. 690-694.
31. Stand van zaken voor de osteopathie en de chiropraxie in België
http://kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5260&CREF=18760
32. Luc Ailliet, Sidney M. Rubinstein en Henrica C.W. de Vet Characteristics of chiropractors and their patients in Belgium, *JMPT* 2010;33:618-625.
33. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 2. Art. No.: CD008112. DOI: 10.1002/14651858.CD008112.pub2.
34. Cassidy et al The Task force on neck pain and associated disorders. *Spine*, 2008 February 15th Suppl 4.

Appendix

Publicatie van KCE rapport (2011): Stand van zaken voor de osteopathie en de chiropraxie in België

In het kader van de verdere uitvoering van de wet Colla vroeg de minister van Volksgezondheid het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een stand van zaken op te maken van chiropraxie en osteopathie. Dit zorgde voor een Belgische primeur: in dit rapport bestudeerde het KCE osteopathie en chiropraxie tegelijkertijd vanuit een wetenschappelijke, sociologische, juridische en organisatorische invalshoek. Het volledige rapport is te lezen op: http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5260&CREF=18760.

Reactie Belgisch Syndicaat van Chiropraxie op het KCE rapport:

Het Belgisch Syndicaat van Chiropraxie (BSC) verheugt zich over het feit dat het KCE op basis van zijn onderzoek de werkzaamheid van chiropraxie tegen nek- en rugpijn erkent en vooropstelt dat ‘matig wetenschappelijk bewijs’ aangeeft dat manuele interventies voor nek- en rugpijn beter zijn dan de klassieke aanpak van de huisarts. Het BSC betreurt dan ook de aanbeveling van het KCE om de chiropractische behandeling voor nek- en rugpijn niet door de verplichte ziekteverzekering te laten terugbetalen.

Werkzaamheid chiropraxie en tevredenheid van patiënten

Het BSC is bijzonder opgetogen te mogen vaststellen dat uit het onderzoek van het KCE blijkt dat 90% van de patiënten die een chiropractor consulteren, tevreden is over de verstrekte zorgen. Bovendien toont gerelateerd onderzoek aan dat 85% van de patiënten die een chiropractor raadplegen dit doet omwille van nek- en/of rugpijn. (1)

De erkenning door het KCE van de werkzaamheid van chiropraxie tegen nek- en rugpijn is dan ook een belangrijke stap voorwaarts in de valorisatie van het beroep.

In Europa wordt jaarlijks door verschillende nationale chiropractische beroepsverenigingen en de overkoepelende Europese Unie van Chiropractors (ECU) samen voor meer dan 2 miljoen euro geïnvesteerd in onderzoek naar de effectiviteit en de nevenwerkingen van chiropraxie. Ook in Amerika en Australië wordt reeds jaren intensief aan onderzoek gedaan. Het is dan ook niet te verwonderen dat de studies waarop het KCE zich baseert in haar onderzoek vooral van chiropractische oorsprong zijn.

Risico's van een chiropractische behandeling

Het KCE onderzoek stelt terecht dat na een chiropractische behandeling zich vaak milde neveneffecten zoals hoofdpijn of een tijdelijke verergering van het klachtenpatroon kunnen optreden. Het is echter even belangrijk te vermelden dat dit geheel ongevaarlijke nevenwerkingen zijn en dat ze voorafgaan aan een significante verbetering van het klachtenpatroon. (2,3)

De kans op een ernstige complicatie ten gevolge van een chiropractische behandeling van de nek is bijzonder klein. In tegenstelling tot wat de onderzoekers van het KCE beweren, zijn er wel degelijk cijfers beschikbaar: wetenschappelijk onderzoek heeft duidelijk aangetoond dat de kans op een ernstige complicatie bij manipulatie van de nek kan geschat worden op 1 op 1,3 miljoen. (4) Ter vergelijking: een behandeling in de conventionele geneeskunde met een risico op ernstige complicatie dat vele malen hoger ligt, wordt bestempeld als volkomen

aanvaardbaar. Meer nog: er is geen enkel medicijn beschikbaar voor de behandeling van nek- en rugpijn dat zo'n laag risico op ernstige complicaties kan voorleggen. Wanneer men dus praat over risico's van een behandeling is het essentieel deze in de juiste wetenschappelijke context te plaatsen en is er niemand gebaat bij het nodeloos bang maken van patiënten.

Bovendien toont een recente multidisciplinaire studie van de "The Neck Pain Task Force" aan dat een bezoek aan de chiropractor voor nekpijn geen hoger risico op een ernstige complicatie geeft in vergelijking met een bezoek aan de huisarts. (5)

Er mag dus, op basis van gefundeerd wetenschappelijk onderzoek, zonder aarzelen beweerd worden dat chiropraxie een zeer veilige therapie is.

Het BSC is verwonderd dat het KCE op basis van de voor iedereen beschikbare wetenschappelijke literatuur in haar synthese en persbericht niet tot diezelfde vaststelling komt.

Opleiding chiropraxie

Bij gebrek aan overheidscontrole over de praktijk van de chiropractors in België, heeft het beroep zichzelf reeds sinds 1946 een autocontrole opgelegd. Het BSC garandeert en controleert reeds meer dan 60 jaar de opleiding, de nascholing, de ethische beoefening van het beroep en garandeert op deze wijze een maximale kwaliteit van zorgverlening en veiligheid aan de patiënt. De opleiding chiropraxie, waar ook ter wereld, omvat altijd een 5-jarige, universitaire, voltijdse studie.

Alle door het BSC erkende opleidingen in de chiropraxie moeten geaccrediteerd zijn door de "European Council on Chiropractic Education" (ECCE), dat op zijn beurt volwaardig lid is van ENQA ("European Association for Quality Assurance in Higher Education") (www.enqa.eu) zoals de Vlaamse Interuniversitaire Raad (VLIR). Het is bijzonder jammer dat deze uitermate strenge Europese controle op de opleiding chiropraxie niet werd vermeld in de synthese van het onderzoek van het KCE. Het is naar onze mening een essentieel element in de beoordeling van chiropraxie in zijn geheel.

Om deze kwaliteitsgarantie nog te verbeteren hebben de chiropractors in Europa (ECU) besloten een Europese norm voor chiropractische zorgverlening vast te leggen. Deze norm is in haar laatste fase van afwerking en moet normaal gezien begin 2012 in voege treden in 30 Europese landen, leden van het "European committee on standardisation". (ECS)

Aanbevelingen KCE

Alhoewel aanvankelijk bij het onderzoek door het KCE chiropraxie en osteopathie duidelijk afzonderlijk werden beschouwd worden deze therapieën in de aanbevelingen uiteindelijk over één kam geschoren. Chiropraxie is een geneeskundige benadering op zich. Het is absoluut niet te reduceren tot een techniek die door eender welke arts of kinesist kan toegepast worden.

In Denemarken, Frankrijk, IJsland, Italië, Noorwegen, Verenigd Koninkrijk, Zweden, en Zwitserland, is chiropraxie reeds erkend als eerstelijnsgezondheidszorg. (6) Chiropractors worden er beschouwd als "rugartsen" naar analogie met de tandartsen en voeren er zelfstandig praktijk zonder voorschrift van de huisarts.

Het KCE beveelt de terugbetaling van chiropraxie door de ziekteverzekering niet aan. Al het voorgaande in acht genomen, is deze aanbeveling onbegrijpelijk en niet verdedigbaar. Immers in het KCE onderzoek staat verder nog te lezen dat er matig wetenschappelijk bewijs (matig bewijs is nog altijd een bewijs) bestaat dat manuele interventies voor nek- en rugpijn beter zijn dan de klassieke aanpak van de huisarts. Als een chiropractische behandeling beter is dan een "conventionele" behandeling die wel wordt terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering, waar is dan de argumentatie om chiropraxie niét terug te betalen?

Op basis van onderzoek naar de kosteffectiviteit van chiropraxie in de VS en manuele therapie in Nederland is het zeer duidelijk dat de opname van chiropraxie voor de behandeling

van nek- en rugpijn in de verplichte ziekteverzekering een significante kostenbesparing zou teweeg brengen. (7,8,9)

Het BSC is van mening dat ook in België een wettelijke regeling van het beroep ten goede zou komen aan de grote groep van nek-en rugpatiënten en zij is bereid hieraan constructief mee te werken.

In naam van de beheerraad van het BSC,

Thyl Duhaméeuw, DC, FEAC

Vicevoorzitter

Bart Vandendries, DC, MEAC

Woordvoerder

Referenties

1. Ailliet L, Rubinstein SM, de Vet HCW Characteristics of chiropractors and their patients in Belgium J. Manip Physiol Ther 2010 Vol 33, Nr 8, pp 618-625
2. Rubinstein SM, Knol DL, Leboeuf-Yde C, van Tulder MW. Benign adverse events following chiropractic care for neck pain are associated with worse short-term outcomes but not worse outcomes at three months Spine (Phila Pa 1976). 2008 Dec 1;33(25):E950-6.
3. Rubinstein SM, Leboeuf-Yde C, Knol DL, de Koekoek TE, Pfeifle CE, van Tulder MW The benefits outweigh the risks for patients undergoing chiropractic care for neck pain: a prospective, multicenter, cohort study.
4. Coulter ID, Hurwitz EL, Adams AH, et al. The appropriateness of manipulation and mobilization of the cervical spine. Santa Monica, CA: RAND Corporation 1996: xiv. (RAND Home page: <http://www.rand.org>).
5. Cassidy et al The Task force on neck pain and associated disorders. Spine, 2008 February 15th Suppl 4
6. Humphries BK, Peterson CK, Muehleman D, Haueter P Are Swiss chiropractors different than other chiropractors? Results of the job analysis survey 2009. J. Manip. Physiol. Ther. 2010 Vol 33, Nr 7, pp519-535.
7. Korthals-de Bos IB, Hoving JL, van Tulder MW, Rutten-van Mölken MP, Adèr HJ, de Vet HC, Koes BW, Vondeling H, Bouter LM. Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy and general practice care for neck pain: an economic evaluation alongside a randomised controlled trial BMJ. 2003 Apr 26;326(7395):911.
8. Legorreta AP, Metz RD, Nelson CF, Ray S, Chernicoff HO, DiNubile NA. Comparative Analysis of Individuals With and Without Chiropractic Coverage: Patient Characteristics, Utilization, and Costs. Arch Intern Med. 2004; 164 (18): 1985-1992.
9. Liliedahl RL, Finch MD, Axene DV, Carts CM. Cost of care from common back pain conditions initiated with Chiropractic doctors versus Medical doctors/Osteopathic doctors as first physician: experience of one Tennessee-base general health insurance. J. Manip. Physiol. Ther. 2010 Vol 33, Nr 9, pp640-643.

