

# Dry needling in de KNGF-richtlijn Nekpijn

Tekst: Carel Bron

Reactie op 'Duidelijke aanbevelingen bij nekpijn, Nieuwe KNGF-richtlijn Nekpijn', FysioPraxis 2-2017 (februari), pag. 14-15

Richtlijnen zijn gebaseerd op beschikbare wetenschappelijke evidentie. Bij het gebruik van de richtlijn in de dagelijkse praktijk is het nadrukkelijk de bedoeling de omstandigheden van de patiënt en de (on)mogelijkheden van de behandelaar mee te laten wegen. Met dit gegeven in het achterhoofd wordt de richtlijn steeds meer gezien als een update van de bestaande kennis,<sup>1</sup> maar tegelijkertijd geeft deze ook aan waar nog onvoldoende kennis over bestaat en wat om nader onderzoek vraagt. De moderne richtlijn fungeert daarom steeds meer als een middel om zicht te krijgen en te houden op de onvermijdelijke kennislacunes in de dagelijkse fysiotherapeutische praktijk.

Richtlijnen vormen het uitgangspunt voor de beste zorg voor patiënten voor de laagste prijs. Wanneer de beroepsgroep (of in het geval van een multidisciplinaire richtlijn meerdere beroepsgroepen) de richtlijn heeft geaccordeerd, hebben derden een instrument in handen voor externe toetsing, verantwoording en legitimering van het handelen bij probleemsituaties. De patiënten, de zorgverzekeraars en de overheid verwachten van de individuele behandelaars dat zij handelen volgens de richtlijn of dat zij daar in uitzonderlijke gevallen gemotiveerd vanaf zullen wijken. Ook voor de tuchtrechter hebben deze richtlijnen betekenis en de invloed reikt zelfs verder dan de primaire beroepsgroep.\*

## Richtlijn Nekpijn

De fysiotherapiegemeenschap heeft een knappe prestatie geleverd met de inmiddels grote hoeveelheid geproduceerde richtlijnen en statements. Dat is een positieve ontwikkeling. Om tot een richtlijn te komen, wordt vaak gedurende een aantal jaren door een groot aantal mensen hard gewerkt om alle wetenschappelijke literatuur te verzamelen en te analyseren om tot conclusies te komen en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen voor de praktijk. Voorwaar geen eenvoudige opgave, en het is dan ook op zijn plaats om de leden van de werkgroep, die de KNGF-richtlijn Nekpijn hebben vervaardigd, daarmee te complimenteren.

Het is niet ongebruikelijk dat bij het verschijnen van een richtlijn er enige weerstand wordt ondervonden vanuit de beroepsgroep, omdat men hier en daar toch geconfronteerd wordt met aanbevelingen die haaks staan op wat men gewend was dagelijks te doen. Er zijn dan twee mogelijkheden:

1. Het dagelijks handelen wordt toch aangepast en men werkt volgens de richtlijn;
2. Men zoekt naar argumenten om af te wijken van de richtlijn.

Het is echter belangrijk te beseffen dat er kennislacunes zullen zijn ('absence of evidence is not evidence of absence', aldus Altman en Bland<sup>2</sup>) en deze als zodanig ook te benoemen in de richtlijn. In FysioPraxis (februari 2017) verscheen een artikel over de nieuwe KNGF-richtlijn Nekpijn, waarin twee leden van de werkgroep aan het woord kwamen. Daarin werd aangegeven dat de richtlijn een aantal interventies aanraadt (gebruikelijk) en een aantal interventies afraadt (ongebruikelijker). Of zoals collega Bier het samenvat: "Blijf mobilisaties en manipulaties toepassen in combinatie met oefentherapie, maar stop met dry needling en shockwave (...), interventies waarvoor we heel weinig of tegenstrijdige onderbouwing hebben gevonden." Dr. Verhagen stelde het eerder in een interview in *Fysioactueel* (2016) zelfs nog scherper, door te zeggen "dat er gewoon wetenschappelijk bewijs is dat wijst op gebrek aan effectiviteit (hier wordt bedoeld op dry needling, CB)". Hoewel het verleidelijk is om de gehele richtlijn van commentaar te voorzien, wil ik me beperken tot een van de af te raden interventies, namelijk dry needling.

## Verantwoording richtlijn

In de verantwoording en toelichting bij de definitieve richtlijn wordt het aldus verwoord: "De werkgroep concludeert dat dry needling afgeraden wordt bij patiënten met nekpijn." In een eerdere versie van de conceptrichtlijn (juli 2015) stond het nog anders beschreven: "TENS (bij patiënten met traumagerelateerde nekpijn), dry needling, kinesiotape, warmtetherapie en massage kunnen overwogen worden bij patiënten met een verhoogde spiertonus. De fysiotherapeut moet echter de toepassing van deze passieve behandelvormen beperkt houden, omdat een verbetering in het functioneren en zelfmanagement van de patiënt het doel van de behandeling en begeleiding zou moeten zijn." De discussie over wat spiertonus eigenlijk is en hoe dit in de praktijk wordt vastgesteld, valt buiten het bestek van deze reactie, maar het gebruik van oppervlakte-electromyografie (EMG) bij het onderzoek en als feedbackmoge-

14 FYSIOWIJZER

### Nieuwe KNGF-richtlijn Nekpijn

## Duidelijke aanbevelingen

Er is een nieuwe richtlijn bij nekpijn. Daarin staat welke niet-structurele aandoeningen in de nek. Ook raden de auteurs van de richtlijn aan om dry needling en shockwave te vermijden. De richtlijn is bedoeld voor patiënten. Het KNGF-gat die opdracht tot het ontwikkelen van de richtlijn.

Tekst: Lidewien van Loon

Eigenlijk veranderd er niet veel. Toch biedt de nieuwe richtlijn meer handvatten voor de praktijk dan de oude richtlijn. De nieuwe KNGF-richtlijn Nekpijn omvat namelijk meer aanbevelingen dan alleen de whiplash. Aldus Annette Verhagen, de voormalige voorzitter van de werkgroep, begeleidde de procedure en het onderzoeksteam. "We hebben de oude richtlijn opgenomen in de nieuwe richtlijn voor nekpijn. Whiplash is namelijk in onze ogen een vorm van nekpijn en we noemen het traumagerelateerde nekpijn. In de nieuwe richtlijn gaat het om alle vormen van nekpijn."

**Experts**

In een richtlijn geven experts antwoord op concrete onderzoeksvragen. Meestal zijn dit vragen over de prognose van een aandoening en over prognostische factoren die preventie en de beste behandeling. Aan de hand van deze vragen wordt er in de literatuur naar bewijs gezocht. In begrijpelijke taal wordt samengevat. Jeroen van't Hof is auteur en als secretaris van de werkgroep onderzoek, grotendeels lid. "In de eerste bijeenkomst van de werkgroep hebben we bepaald welke interventies wilden meemaken in ons literatuuronderzoek. We hebben ons daarbij niet beperkt tot oefentherapie, mobilisaties en manipulaties, maar hebben alle interventies in het fysiotherapeutisch domein onderzocht. We wilden namelijk een zo breed mogelijk overzicht creëren voor zowel fysiotherapeuten als manueel therapeuten. Daarop ben ik de literatuur geselecteerd en heb ik de conceptrichtlijn geschreven, uitgesplitst in vier patiëntprofielen. Verderga hebben we met de werkgroep de interventies besproken."

**Tabel 1. Welke interventies**

Aangeraden interventies	Vermeden
• Oefentherapie	• Shockwave
• Mobilisatie en/of manipulatie in combinatie met oefentherapie	• Dry needling
	• Warmtetherapie
	• Massage
	• TENS
	• Kinesiotape
	• Manueel therapie
	• Whiplash
	• Cervicale manipulatie
	• Cervicale tractie

FysioPraxis | februari 2017

\*kngm.nl/advies-richtlijnen/dossiers/gedragsregels-van-artsen.htm

>> lijkheid (myofeedback) in de behandeling worden in deze richtlijn niet genoemd en dat valt te betreuren.<sup>3-5</sup> Verderop in de conceptrichtlijn wordt nogmaals aangegeven dat de fysiotherapeut kan overwegen om dry needling toe te passen. De lezer zou kunnen veronderstellen dat er in de periode tussen juli 2015 en september 2015 literatuur verschenen is die aanleiding heeft gegeven om de oorspronkelijke aanbeveling te veranderen in de definitieve. In de verantwoording en toelichting wordt de werkwijze van de werkgroep beschreven. Deze bestond uit het inventariseren van literatuur tot 1 februari 2015 verkregen uit de Neck Pain Task Force, International Consensus on Neck, recent gepubliceerde richtlijnen en Cochrane-reviews. Deze artikelen werden aangevuld met de resultaten van de zoekopdrachten in de Cochrane-database en de Pubmed-database, waarbij de zoektermen 'neck' en 'cervical' werden gebruikt.

### Dry needling

Voor wat betreft dry needling – en daar wil ik me in deze reactie toe beperken – wordt aangegeven dat de aanbeveling is gedaan op basis van twee systematische reviews<sup>6,7</sup> en één gerandomiseerde gecontroleerde trial.<sup>8</sup> Hieruit blijkt het volgende:

- Er is tegenstrijdig bewijs voor de effectiviteit van dry needling ten opzichte van lidocaine-injecties voor pijnreductie (4 studies, 241 patiënten);<sup>7</sup>
- Er is bewijs van lage tot matige kwaliteit dat dry needling en lidocaine-injecties even effectief zijn ter vermindering van nekpijn die zich voornamelijk in de trapezius bevindt (4 studies, 216 patiënten);<sup>9</sup>
- Er is bewijs van goede kwaliteit dat dry needling even effectief is als lidocaine-injecties of acupunctuur voor het vergroten van de range of motion (ROM) (5 studies, 321 patiënten);<sup>7</sup>
- Er is bewijs van matige kwaliteit dat dry needling even effectief is als placebo (laser) ter vermindering van pijn op de korte termijn bij chronische nekpijn (1 studie, 60 patiënten);<sup>9</sup>
- Er is bewijs van matige kwaliteit dat dry needling effectiever is in vergelijking met een wachtlijst ter vermindering van pijn en verbetering van de ROM op de korte termijn bij acute nekpijn (1 studie, 32 patiënten);<sup>8</sup>
- Er worden geen neveneffecten gerapporteerd en er zijn voor zover bekend geen kosteneffectiviteitsanalyses gepubliceerd. Uit lers onderzoek blijkt dat de kans op nadelige effecten echter bijzonder klein is.<sup>10</sup>

De werkgroep formuleert vervolgens dat er over het geheel genomen bewijs is voor de ineffectiviteit van dry needling. Na het lezen van deze richtlijn (inclusief verantwoording) kan men zich het volgende afvragen:

1. Is dit alle literatuur over myofasciale triggerpoints, dry needling en nekpijn, verschenen vóór februari 2015?
2. Is er na februari 2015 (het is immers inmiddels februari 2016) nog andere literatuur verschenen die een ander licht op de zaak werpt?
3. Is er literatuur voorhanden die weliswaar niet speci-

fiek over nekpijn gaat, maar wel aanleiding geeft om te veronderstellen dat wat geldt voor schouderpijn, cervicale hoofdpijn, rugpijn of kniepijn, mogelijk ook zou kunnen gelden voor nekpijn?

### Literatuur tot februari 2014

In ieder geval lijkt het belangrijk om patiënten met nekpijn te onderzoeken op de aanwezigheid van triggerpoints ("The presence of myofascial trigger points can clearly distinguish between people with and without neck pain", Gerber et al.<sup>11</sup>). Daarin lijken patiënten met nekpijn zich niet anders te gedragen dan patiënten met schouderklachten<sup>12</sup> of hoofdpijn.<sup>13</sup> De KNGF-richtlijn Nekpijn dient gevolgd te worden bij patiënten bij wie nekpijn de primaire klacht is. Nekpijn is gedefinieerd als "een onaangename sensorische en emotionele ervaring die geassocieerd wordt met daadwerkelijke of potentiële weefselschade" in de nekregio (van de linea nuchae superior tot aan de spina scapulae), met eventueel bijkomende hoofd-, schouder- en/of armpijn.

In 1980 beschreef Frost<sup>14</sup> al dat een injectie met alleen fysiologisch zout effectiever was dan de injectie met een lokaal anestheticum. Het effect werd volgens de auteurs mogelijk veroorzaakt door het inbrengen van de naald. Een idee dat ook al eerder geopperd werd door o.a. Lewit<sup>15</sup> en Steinbröcker,<sup>16</sup> waarmee het idee van dry needling als logische voortzetting van injectietherapie was geboren.

In september 2013 verscheen er in *JOSPT* een systematische review en meta-analyse over de effectiviteit van dry needling in het bovenste lichaamskwadrant.<sup>17</sup> Hoewel er voldoende is aan te merken op de methodologische kwaliteit van een aantal geïncludeerde studies, lijkt het niet juist om deze systematische review in het geheel niet te noemen. In ieder geval is het de moeite waard om de aanbeveling van de auteurs te noemen en waar nodig van commentaar te voorzien, namelijk "we recommend (grade A) dry needling, compared to sham or placebo treatment, for immediate reduction of pain in patients with upper quarter MPS (myofascial pain syndrome), based on the results of 3 individual randomized controlled trials".<sup>18-20</sup>

In het onderzoek van Ay werden statisch significante verbeteringen gevonden in zowel de groep die met een lokaal anestheticum werd behandeld als de groep die met dry needling werd behandeld.<sup>21</sup> Er was geen onderling verschil; beide interventies waren even effectief of niet effectief. Lidocaine-injecties mogen niet gegeven worden door fysiotherapeuten, dus blijft een even effectieve interventie over die wél gegeven mag worden.

Het onderzoek van Tekin heeft vergeleken met een placebo (sham-)needling en vond een positief effect in het voordeel van de interventie.<sup>19</sup>

Een onderzoek waarbij de patiënt onder narcose was tijdens de interventie, dus niet wist of hij de behandeling of de placebobehandeling had ondergaan en ook de behandelaar niet zelf gezien of gesproken heeft, is gedaan bij patiënten die een knieprothese kregen.<sup>22</sup> De placebo-groep deed het niet beter dan de controlegroep, maar de experimentele groep verbeterde significant sneller dan de

andere twee groepen. Een dergelijk onderzoek zal bij patiënten met nekpijn (zonder operatie-indicatie) echter niet mogelijk zijn. Je zou dus kunnen stellen dat dry needling even effectief is als lidocaïne-injecties en dat het effect waarschijnlijk niet alleen op basis van placebo kan worden verklaard.

### Literatuur na februari 2014

In een systematische review uit 2015<sup>23</sup> concluderen de auteurs dat dry needling kan worden aanbevolen om pijnverlichting te verkrijgen bij patiënten met nek- en schouderpijn voor de korte en middellange termijn, maar dat triggerpoint-injecties met een lokaal anestheticum effectiever waren op de middellange termijn, maar niet op de korte en lange termijn. Overigens kan dry needling op tal van manieren worden toegepast en blinken de diverse onderzoeken uit door de grote diversiteit van de beschreven interventies. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen welke techniek, welke dosering, welke frequentie het meest effectief zal zijn.<sup>24</sup> Zo wordt in het onderzoek van Mejuto-Vasquez<sup>9</sup> slechts één sessie met dry needling van slechts één triggerpoint in alleen de m. trapezius descendens toegepast. Een behandeling die mijns inziens ver afstaat van de dagelijkse werkelijkheid, waarin dry needling als onderdeel van de behandeling gegeven wordt en zelden beperkt is tot het dry needlen van slechts één punt in één spier. Bij patiënten met nek- en schouderklachten worden vaak meerdere myofasciale triggerpoints in meerdere spieren gevonden.<sup>25-28</sup> Recent onderzoek waarbij de interventie effectief (b)lijkt te zijn,<sup>29-31</sup> geeft zowel op korte als op lange termijn klinisch relevante positieve resultaten.

In een recent verschenen systematische review (het aantal reviews overstijgt langzamerhand het aantal RCTs) in *JOSPT* concluderen de auteurs: "Very low-quality to moderate-quality evidence suggests that dry needling performed by physical therapists is more effective than no treatment, sham dry needling, and other treatments for reducing pain and improving pressure pain threshold in patients presenting with musculoskeletal pain in the immediate to 12-week follow-up period."<sup>32</sup>

### Ten slotte

Een richtlijn kan zich slechts baseren op onderzoek uit het verleden. Bij de verschijning ervan is een aantal conclusies en aanbevelingen mogelijk al achterhaald. Dat geeft aan dat richtlijnen gekenmerkt worden door een dynamisch karakter en met zeer grote regelmaat moeten worden herzien. Verhagen en Bier benadrukken dat de nieuwe richtlijn geen statisch document is: "Verder onderzoek naar de interventies die nu ter overweging zijn, moet uitwijzen of deze interventies tot de aan te raden dan wel af te raden interventies gaan behoren." Zoals uit bovenstaande mag blijken, is er alle reden om nu al enige nuance aan te brengen in de stelligheid waarmee triggerpoint-dry needling wordt afgeraden. Daarnaast valt te overwegen om in toekomstig te publiceren richtlijnen duidelijk aan te geven waar kennislacunes zijn, en niet op basis van het

ontbreken van goed onderzoek naar de effectiviteit van interventies te concluderen, dat er evidentie is voor de afwezigheid van effectiviteit van de interventie.

In het belang van collega's en patiënten heb ik gemeend nu al een reactie te moeten geven op de huidige richtlijn, om zo het uiteindelijke doel van de richtlijn, namelijk het verbeteren van de kwaliteit van zorg, te helpen na te streven. Richtlijncommissies doen er goed aan om reacties uit het werkveld serieus te nemen bij het vervaardigen van de richtlijn (dry needling is momenteel een hot topic in Nederland en daarbuiten). Daarnaast is het goed om bij het zoeken naar de relevante literatuur over de grenzen heen te kijken. Voor musculoskeletale klachten is het goed om niet alleen te kijken naar nekpijn, schouderpijn of lage rugpijn, tenzij het gaat om specifieke structuren die elders niet voorkomen (te denken valt aan het facetgewricht of een subacromiale ruimte). Maar voor spieren, pezen, zenuwen en andere relevante anatomische structuren geldt dat zij in alle lichaamsregio's voorkomen. Daarom kan een placebo-gecontroleerd onderzoek,<sup>22</sup> uitgevoerd bij patiënten met kniepijn, wel eens relevant zijn voor patiënten met bijvoorbeeld schouder-, elleboog- of liespijn. Een dergelijke aanbeveling stemt volledig overeen met een van de conclusies uit de systematische review van Boyles.<sup>33</sup> Ook zou de werkgroep de mogelijkheden van oppervlakte-EMG als onderdeel van het lichamelijke onderzoek en myofeedback als onderdeel van de behandeling ter aanvulling kunnen opnemen in de richtlijn.

&gt;&gt;

Ik dank mijn collegae Betty Beersma, Matthijs Luitjes, dr. Jan Dommerholt en dr. Wim Hullegie voor hun bijdrage aan de totstandkoming van deze reactie.

Carel Bron, fysiotherapeut en manueel therapeut, Praktijk voor nek-, schouder- en armlachten, Groningen.

## Verkorte referenties

- Sackett DL et al. *BMJ* 1996;312(7023):71-72.
- Altman DG et al. *BMJ* 1995;311:485.
- Neblett R et al. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2003;28(2):147-160.
- Westgaard RH. *Cephalalgia* 1999;19 Suppl 25:1-8.
- Mork PJ et al. *J Appl Physiol* 2006;100(4):1142-1149.
- Ong J et al. *Journal of bodywork and movement therapies* 2014;18(3):390-398.
- Cagnie B et al. *Am J Phys Med Rehabil* 2015;94(7):573-583.
- Mejuto-Vasquez MJ et al. *J Orthop Sports Phys Ther* 2014;44(4):252-260.
- Ong J et al. *J Bodyw Mov Ther* 2014;18(3):390-398.
- Brady S et al. *J Man Manip Ther* 2014;22(3):134-140.
- Gerber LH et al. *PM R* 2013;5(11):931-938.
- Bron C et al. *BMC Musculoskelet Disord* 2011;12:139.
- Couppé C et al. *Clin J Pain* 2007;23(1):23-27.
- Frost FA et al. *Lancet* 1980;1(8167):499-500.
- Lewit K. *Pain* 1979;6(1):83-90.
- Steinbröcker O. *JAMA* 1944;125(6):4.
- Kietrys DM et al. *J Orthop Sports Phys Ther* 2013;43(9):620-634.
- Hsieh YL et al. *Am J Phys Med Rehabil* 2007;86(5):397-403.
- Tekin L et al. *Clin Rheumatol* 2013;32(3):309-315.
- Tsai CT et al. *Am J Phys Med Rehabil* 2010;89(2):133-140.
- Ay S et al. *Clin Rheumatol* 2010;29(1):19-23.
- Mayoral O et al. *Evid Based Complement Alternat Med* 2013:694941.
- Liu L et al. *Arch Phys Med Rehabil* 2015;96(5):944-955.
- Llamas-Ramos R et al. *Orthop Sports Phys Ther* 2014;44(11):852-861.
- Alonso-Blanco C et al. *Pain medicine* 2011;12(10):1453-1463.
- Bron C et al. *BMC Musculoskelet Disord* 2011;12:139.
- Andersen LL et al. *BMC Musculoskelet Disord* 2011;12:169.
- Fernandez-de-las-Penas C et al. *Clin J Pain* 2012;28(6):511-518.
- Cerezo-Tellez E et al. *Pain* 2016;157(9):1905-1917.
- Gerber LH et al. *PM R* 2017;9(2):105-112.
- Gerber LH et al. *PM R* 2015;7(7):711-718.
- Gattie E et al. *JOSPT* 2017;47(3):16.
- Boyles R et al. *J Man Manip Ther* 2015;23(5):276-293.



De volledige literatuur bij dit artikel staat op [www.kngf.nl/fysiopraxis](http://www.kngf.nl/fysiopraxis).

&gt;&gt;

Reactie op het ingezonden artikel van Carel Bron naar aanleiding van het artikel 'Duidelijke aanbevelingen bij nekpijn, Nieuwe KNGF-richtlijn Nekpijn', FysioPraxis 2-2017, pag. 14-15

## Beste Carel,

Ondanks je vriendelijke verzoek om de richtlijn aan te passen wat betreft ons standpunt over dry needling, hebben we besloten dat niet te doen. Bij deze wil ik je graag een toelichting geven op onze keuzes.

### Groepering aanbevelingen

Als een van de eerste richtlijnen hebben we ervoor gekozen om de aanbevelingen wat betreft de interventies te groeperen in:

- a. aan te raden behandelingen (systematische reviews laten duidelijk effectiviteit van de interventie zien);
- b. te overwegen behandelingen (er is weinig tot geen wetenschappelijk bewijs voor of tegen de interventie);
- c. af te raden behandelingen (er is wetenschappelijk bewijs dat redelijk consistent geen meerwaarde van de interventie laat zien).

Het leek ons verstandig om aan de beroepsgroep in onze aanbevelingen duidelijk te zijn en niet alleen een opsomming van de resultaten uit wetenschappelijk onderzoek te geven (zie ook [www.kwaliteitskoepel.nl/verstandig-kiezen](http://www.kwaliteitskoepel.nl/verstandig-kiezen)).

In deze richtlijn vallen voorlichting, oefentherapie en oefentherapie in combinatie met mobilisaties/manipulaties onder de aan te raden behandelingen, en elektro-therapie/TENS, dry needling, ultrageluid/shockwave, laser en de halskraag (behalve bij nekpijn graad III) onder de af te raden interventies. Naast de kwaliteit van bewijs (zie hierboven) heeft de werkgroep bij deze indeling ook gekeken naar de balans tussen voor- en nadelen van de interventie, waarde en voor-

keuren van de patiënt en professionals, kosten, aanvaardbaarheid en haalbaarheid.

### Reviews

Bij de zoekactie naar literatuur zijn we uitgegaan van de meest recente reviews voor een bepaalde interventie, en voor wat betreft de aanbevelingen voor de diagnostiek, prognose en niet erg courante behandelingen zijn nog aanvullende searches gedaan. Voor alle af te raden behandelingen zijn systematische reviews gevonden. Weliswaar moest hierin worden gezocht naar de relevante studies, omdat de meeste systematische review meer interventies of patiëntengroepen includeerden dan die waar wij naar op zoek waren. Dat was ook het geval wat dry needling betreft. Van de vier reviews die we hebben gevonden, hebben we de twee meest recente opgenomen in onze verantwoording en toelichting: Ong 2014<sup>1</sup> en Cagnie 2015,<sup>2</sup> maar die van Lui<sup>3</sup> en Kietrys<sup>4</sup> hebben we ook gezien en gelezen.

De vier reviews hadden ongeveer dezelfde studies geïncludeerd, met wat kleine verschillen. Wel bleek dat de conclusies in de abstracts van de reviews naar onze mening niet helemaal overeenkwamen met de meer genuanceerde tekst in de resultatensecties. Uit deze reviews hebben we alleen de studies geselecteerd die

- a. gaan over patiënten met nekpijn (dus niet schouderpijn, hoofdpijn of algemene triggerpoints);
- b. gaan over dry needling (dus niet acupunctuur, wat toch erg vaak het geval bleek);
- c. patiënt-gerapporteerde pijn of ROM als uitkomstmaat rapporteerden (dus niet 'muscle stress' of 'trigger-point pain').

We vonden in de reviews 2 kleine studies die dry needling met sham vergeleken (Ilbuldu<sup>5</sup> en Irnich,<sup>6</sup> samen 127 patiënten) en beide vonden geen verschil in effectiviteit. We vonden in de reviews in totaal 7 kleine studies wat betreft pijn (Ay,<sup>7</sup> Eroglu,<sup>8</sup> Ga,<sup>9-11</sup> Hong,<sup>12</sup> Ma,<sup>13</sup> Myburgh,<sup>14</sup> Kamanli,<sup>15</sup>) en 5 studies wat betreft ROM (Ay,<sup>7</sup> Eroglu,<sup>8</sup> Ga,<sup>9-11</sup>, Hong,<sup>12</sup>, Ma,<sup>13</sup>) naar de effectiviteit van dry needling versus lidocaïne-injecties. Het blijkt dat lidocaïne-injecties en dry needling even effectief zijn, maar de tendens was richting het voordeel van lidocaïne-injecties. Kortom, deze studies waren voor ons de reden om dry needling voorlopig af te raden van-

**Ook patiënten willen dat de behandelaar de meest effectieve interventie gebruikt voor de behandeling van zijn of haar klachten**

wege (lage tot erg lage kwaliteit) bewijs van ineffectiviteit. Vergelijkbare onderbouwing was ook de reden om de andere interventies af te raden.

Wat opvalt is dat de studies in de reviews lang niet altijd een tussen-de-groepen-analyse hebben gepresenteerd, maar dat er alleen wordt gemeld dat er een voor/na-analyse is, waarbij de interventiegroep prettig (soms zelfs statistisch significant) vooruitging (veelal ging de controlegroep ook vooruit). De enig relevante analyse van een gerandomiseerde trial is het verschil tussen groepen. De meeste studies in jouw literatuurlijst gaan niet over patiënten met nekpijn, of zijn geen systematische reviews of RCTs, ook niet die van Gerber 2015<sup>16</sup> en Gerber 2017;<sup>17</sup> dat is namelijk een kleine prospectieve cohortstudie waarin alle deelnemers dry needling krijgen (geen controlegroep dus).

### Proces

Daarnaast is er je punt van het proces. Als lid van het werkveld heb jij commentaar gegeven op een eerste conceptversie. Op basis van het commentaar uit het werkveld hebben we de richtlijn aangepast en een update van de literatuur gedaan (tweede conceptversie). Als gevolg van deze update is de conclusie wat betreft dry needling iets veranderd, namelijk van 'te overwegen' naar 'af te raden'. Voor de update hebben we gezocht tot en met 31 december 2015, wat betekent dat bijv. de studie met Deborah Falla<sup>18</sup> te recent is en om die reden niet is meegenomen. In de tweede conceptversie stonden helaas ook sommige aanbevelingen nog wat onhandig geformuleerd, wat hopelijk in de eindversie is verholpen.

### Complicatie

Wat voor dry needling een extra complicatie is, is dat triggerpoints niet betrouwbaar kunnen worden vastgesteld. Dit geldt trouwens ook voor het lichamenlijk onderzoek, dat we beslist niet afraden, maar ook niet aanraden, vanwege de voor de diagnostiek beperkte validiteit en betrouwbaarheid en de beperkte meerwaarde van het lichamenlijk onderzoek voor het opstellen van een adequaat behandelplan.

### Patiënt

Tot slot wordt een richtlijn niet alleen voor fysiotherapeuten, maar vooral ook voor patiënten gemaakt. Het is ook van belang voor patiënten om te weten dat de behandelaar de meest effectieve interventie gebruikt bij de behandeling van zijn of haar klachten. Het aanbieden van interventies waarvan de effectiviteit onduidelijk is of waarvan aanwijzingen zijn dat het niet effectief is, is niet in het belang van de patiënten.

Ik begrijp echt dat je graag een andere conclusie had gezien, maar als er in de toekomst nieuw bewijs beschikbaar is, kan dit besluit zeker worden aangepast.

Ariane Verhagen

Mede namens alle leden van de richtlijncommissie

### Verkorte referenties

1. Ong J et al. *J Bodyw Mov Ther* 2014 Jul;18(3):390-398.
2. Cagnie B et al. *Am J Phys Med Rehabil* 2015;94(7):573-583.
3. Liu L et al. *Arch Phys Med Rehabil* 2015;96(5):944-955.
4. Kietrys DM et al. *J Orthop Sports Phys Ther* 2013;43(9):620-634.
5. Ilbuldu E et al. *Photomed Laser Surg* 2004;22(4):306-311.
6. Irrich D et al. *Pain* 2002;99(1-2):83-89.
7. Ay S et al. *Clin Rheumatol* 2010;29(1):19-23.
8. Eroglu P et al. *Turk J Rheumatol* 2013;28:38-46.
9. Ga H et al. *Acupunct Med* 2007;25(4):130-136.
10. Ga H et al. *J Rehabil Med* 2007; 39(5):374-378.
11. Ga H et al. *J Altern Complement Med* 2007;13(6):617-624.
12. Hong CZ. *Am J Phys Med Rehabil* 1994;73(4):256-263.
13. Ma C et al. *Clin J Pain* 2010;26(3):251-257.
14. Myburgh C et al. *Chiropr Man Therap* 2012;20:36.
15. Kamanli A et al. *Rheumatol Int* 2005;25(8):604-611.
16. Gerber LH et al. *PM R* 2015;7(7):711-718.
17. Gerber LH et al. *PM R* 2017;9(2):105-112.
18. Cerezo-Téllez E et al. *Pain* 2016;157(9):1905-1917.



De volledige literatuur bij dit artikel staat op [www.kngf.nl/fysiopraxis](http://www.kngf.nl/fysiopraxis).