

Een beperking van deze studie is de sub-optimaal uitgevoerde classificatie van type-1- en type-2-diabetes. Er is bijvoorbeeld geen poging gedaan om de kleine groep van patiënten met diabetes type 1, maar zonder autoantistoffen (de zogenaamde diabetes mellitus type 1B) adequaat te rubriceren.

Toch kan de conclusie van de auteurs over-eind blijven: het is een misvatting uit het verleden dat ketoacidose kenmerkend is voor type-1-diabetes. Ook op grond van de biochemische afwijkingen bij presentatie kan men geen onderscheid maken tussen type-1- en type-2-diabetes.

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken langer dan 450 woorden komen niet voor plaatsing in aanmerking.)

Systematisch literatuuronderzoek naar de effecten van behandeling bij zuigelingen met 'koppgewrichten-invloed bij storingen in de symmetrie' ('KISS-syndroom')

Met verbazing en teleurstelling namen wij kennis van het systematisch literatuuroverzicht dat Brand et al. (2005:703-7) gaven van de effecten van manuele therapie bij zuigelingen met het 'KISS-syndroom'. Effectiviteitsonderzoek van elke therapie, maar zeker die van alternatieve behandelmethoden als osteopathie, chiropraxie en andere manuele geneeswijzen, is mogelijk – zo meende de Gezondheidsraad in 1993 – zo lang er een welomschreven onderzoeksgroep en een objectieve vaststelling van bereikte resultaten worden gebruikt.¹ Men is dan wel gedwongen geen acht te slaan op het vermeende werkingsmechanisme, dat in de 'black box' moet worden gestopt.

Bij het KISS-syndroom is er geen welomschreven onderzoekspopulatie. Een adequate beschrijving van het zeer vage syndroom is nergens in de literatuur met 'peer review' te vinden, zoals de auteurs ook al bij hun PubMed-zoekactie vaststelden. Dat de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Kinderen en de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie recent consensus bereikten over de aanpak van deze nieuwe ziekte is al erg genoeg, maar betekent dat het syndroom – zoals Brand et al. stelden – nu ook 'de reguliere medische beroepsbeoefenaren heeft bereikt'. Het valt de Duitse uitvinders van het syndroom zeer

aan te rekenen dat zij de informatie over dit ziektebeeld via de lekenpers en het internet zijn gaan verspreiden, voordat zij hun idee in serieuze tijdschriften hadden voorgelegd aan vakgenoten. Een Tielse manueel therapeut verspreidde deze kennis in Nederland en er zijn inmiddels reeds ruim 300 manueel therapeuten die zich in deze ziekte hebben gespecialiseerd. Gevolg is dat zeer veel consultatiebureau-artsen, kinderartsen en orthopeden kostbare tijd en veel energie moeten investeren in gesprekken met ouders die denken dat hun kind iets ergs mankeert.

Dat de her en der gerapporteerde therapeutische successen niets zeggen, zo lang dat niet in goed prospectief onderzoek van een welomschreven populatie is onderzocht, hoeft toch geen betoog? Brand et al. hechten wel waarde aan al die getuigenissen en willen deze verhalen niet als 'kwakzalverij' en 'flauwekul' van de hand wijzen.

En passant beweren zij ook nog dat de waarde van de manuele geneeskunde in goede trials bij rug-, nek- en schouderklachten is vastgesteld. Ook deze bewering gaat ons veel te ver. Een redactioneel commentaar bij het door Brand et al. genoemde artikel van Hoving et al. over manuele therapie bij nekklachten is kritisch,² terwijl de CBO-richtlijn 'Aspecifieke lage rugklachten' spreekt van 'beperkt respectievelijk matig bewijs'. Manuele therapie zou kunnen als deze 'activerend' is: een curieuze contradictie in terminis, welke waarschijnlijk vooral is ingegeven door het feit dat ook chiropractoren en manueel geneeskundigen in de werkgroep zaten die de standaard opstelde.³ Het NHG wijst terecht alle passieve behandelingen af.⁴

Anders dan Brand et al. stelden, bestaat het KISS-syndroom niet en blijft manuele

Literatuur

- 1 Newton CA, Raskin P. Diabetic ketoacidosis in type 1 and type 2 diabetes mellitus. Arch Intern Med 2004;164:1925-31.

M.J.de Graaff

J.B.L.Hoekstra

INGEZONDEN

geneeskunde een therapievorm die nog altijd vruchteloos op zoek is naar een indicatie.

Literatuur

- 1 Commissie Alternatieve Behandelwijzen. Alternatievebehandelwijzenwetenschappelijk onderzoek. Publicatienr 1993/13. Den Haag: Gezondheidsraad; 1993.
- 2 Posner J, Glew C. Neck pain. Ann Intern Med 2002;136:758-9.
- 3 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (CBO). Richtlijn Aspecifieke lage rugklachten. Utrecht: CBO; 2002.
- 4 Mazel JA. CBO-richtlijn 'Aspecifieke lage rugklachten' sterk vergelijkbaar met de standaard 'Lage-rugpijn' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Ned Tijdschr Geneesk 2004;148:304-5.

Hoorn, maart 2005

C.N.M.Renckens

Collega Renckens heeft gelijk dat het KISS-syndroom niet goed omschreven is. Het is dus goed mogelijk, zoals hij stelt, dat het syndroom niet bestaat. Bij ons literatuuronderzoek zijn wij ervan uitgegaan dat het KISS-syndroom zou kunnen bestaan en zijn wij op zoek gegaan naar bewijs voor de effectiviteit van interventies bij zuigelingen met klachten die onder een dergelijk syndroom zouden kunnen worden samengevat. Ons onderzoek toont 'geen bewijs van effect', hetgeen iets anders is dan 'bewijs van geen effect'.¹ Wij staan op dit moment derhalve open voor de mogelijkheid dat er een KISS-syndroom zou kunnen bestaan en dat uit goed ontworpen en uitgevoerd klinisch wetenschappelijk onderzoek bewijs van effect zou kunnen komen. Komt dit bewijs níét naar voren uit dergelijk onderzoek, dan is een van de verklaringen hier-

voor dat het KISS-syndroom in wetenschappelijke zin inderdaad niet echt bestaat.

Renckens heeft de indruk dat wij veel waarde hechten aan therapeutische successen die op internet en in de lekenpers worden gerapporteerd. Dat is onjuist. Wij geven duidelijk aan dat wij deze rapporten niet meenemen in onze systematische literatuurstudie, omdat wij een groot placebo-effect aannemelijk achten.

Wij zijn het met Renckens en met het commentaar in de *Annals of Internal Medicine* eens dat kritiek mogelijk is op de studies waarin de effecten van manuele therapie bij volwassenen met nek- en schouderpijn zijn onderzocht. Deze studies zijn echter adequaat opgezet als gerandomiseerde klinische trials en volgens de 'Consolidation of the standards of reporting trials' (CONSORT)-richtlijnen gepubliceerd. Dat er tussen opzet en publicatie van effectiviteitsstudies het nodige mis kan gaan, is ons bekend.

Het staat Renckens geheel vrij om zeer uitgesproken te zijn in zijn afwijzing van het KISS-syndroom en van manuele geneeskunde als behandelvorm. Wij hebben die afwijzende conclusie niet kunnen trekken op grond van onze vooronderstellingen en ons onderzoek. Uiteindelijk raden wij, gezien het ontbreken van bewijs van effectiviteit en vanwege de potentiële risico's, wervelmanipulatie bij zuigelingen vooral nog af. Wij hebben de indruk dat Renckens het wel met deze aanbeveling eens zou kunnen zijn.

Literatuur

- 1 Altman DG, Bland JM. Absence of evidence is not evidence of absence. *BMJ* 1995;311:485.

Zwolle, april 2005

P.L.P.Brand
R.H.H.Engelbert
P.J.M.Helders
M.Offringa

Het artikel van Brand et al. (2005:703-7) toont de noodzaak aan van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van manuele therapie bij zuigelingen met een hoogcervicale functiestoornis (KISS-syn-

droom). Dit artikel maakt mede duidelijk hoe lastig het is om een dubbelblind effectonderzoek over dit onderwerp op te zetten. Toch is een dergelijk onderzoek ook volgens ons nodig teneinde evidence te verkrijgen over deze functiestoornis en de behandeling ervan in brede medische kring geaccepteerd te krijgen.

Echter, ook in de geneeskunde is er kennelijk een communis opinio over het uitvoeren van behandelingen waarvoor wetenschappelijk bewijs ontbreekt, maar waarbij er geen twijfels zijn over de effectiviteit en de veiligheid. Wij stellen dat behandeling van een dwangstand of voorkeurspositie van het caput vanuit 'opinion-based evidence' geen probleem hoeft te zijn. De in het artikel aangevoerde argumenten tegen deze stelling zijn onzes inziens niet valide en niet van een kwaliteit die wij van een wetenschappelijke benadering van deze probleemstelling zouden mogen verwachten.

In de aangehaalde effectonderzoeken worden de effectparameters 'huilen' en 'koliek' gemeld. Dit zijn echter specifieke parameters, die een directe relevantie met het KISS-syndroom ontberen.¹ Ook hebben de in aangehaalde onderzoeken gemelde interventies weinig gemeen met de manuele therapie bij de zuigeling zoals die in Nederland gebruikelijk is en door ons wordt gedoceerd.

Iedere in Nederland werkzame manueel therapeut dient geregistreerd te zijn in het register van de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT). De European Workgroup for Manual Medicine (EWMM) geeft uitsluitend geregistreeerde manueel therapeuten de mogelijkheid zich aanvullend te scholen in de manuele therapie van het KISS/KIDD-syndroom.

Na publicatie van het proefschrift van Oostendorp in 1988 worden rotatiemanipulaties niet meer gedoceerd in Nederland.² In de door Brand et al. gerefereerde casuïstiek ging het om rotatiemanipulaties die uitgevoerd waren door chiropractoren of door mensen die geen geregistreeerde opleiding manuele therapie gevolgd hadden. In Nederland worden dus geen rotatiemanipulaties meer uitgevoerd bij volwassenen en in de behandeling van het KISS/KIDD-syndroom worden ook géén rotatiemanipula-

ties uitgevoerd dan wel gedoceerd. De bij zuigelingen toegepaste techniek is een mobilisatie en geen manipulatie. Deze wordt uitgevoerd in lateroflexierichting, zonder dat er enige belasting van de A. vertebralis kan optreden.

Door leden van de EWMM zijn tot dusver meer dan 40.000 kinderen behandeld zonder één complicatie.

Voorzichtige extrapolatie van de positieve effecten van manuele therapie op specifieke nek- en rugklachten bij volwassenen die de laatste jaren door diverse onderzoekers zijn gemeld, geeft hoop voor de categorie oudere kinderen met functiestoornissen in de wervelkolom. Het is zinloos deze functiestoornissen bij deze groep kinderen nog langer te ontkennen, terwijl diezelfde functiestoornissen bij volwassenen goed te behandelen zijn met manuele therapie. Door deze ontkenning verandert de kliniek overigens niet.

Er is dus geen valide argument om de hoogcervicale mobilisatie van een zuigeling dan wel ouder kind, door een in het KISS-syndroom geschoolde manueel therapeut te ontraden. Gezien de gebruikte techniek en de zeer geringe amplitude van de impuls spreken wij hier immers bewust van een mobilisatie en niet van een manipulatie.

Ontraden van een manueel-therapeutische interventie wegens een vermeend risico van spinale manipulatie is onjuist. In een recent uitgevoerde meta-analyse bij volwassenen spreekt men van een risico op geringe tot ernstige complicaties van 1:40.000 tot 1:1.000.000. Het reële risico op geringe tot ernstige complicaties bij NSAID-gebruik (1:1000) stuurt deze discussie in het voordeel van de manueel-therapeutische behandeling.³

Tot slot moet over de gerefereerde ziektegeschiedenis met fatale afloop⁴ nog gemeld worden dat de Vojta-methode een neurologische behandelmethode is zonder enige connectie met chiropraxie of manuele therapie. Bij deze methode wordt immers gebruikgemaakt van inhiberende reflexen en niet van manipulaties. Dit aangehaalde geval mist dus elke relevantie voor zowel manuele therapie als Vojta-therapie. De bewuste therapeut had geen manueel-therapeutische of chiropractische scholing. Het

aanhalen van dit onderzoek in het artikel van Brand et al. is derhalve naar ons idee geen gelukkige keuze geweest en zeker geen argument om onze mobiliserende behandeltechniek te ontraden.

Conclusie: er is geen valide argument om manueel-therapeutische behandeling van zuigelingen met een cervicale functiestoornis te ontraden. Sterker nog, de manueel-therapeutische benadering is de enige therapeutische benadering op stoornisniveau van deze categorie zuigelingen en kinderen. Onderbouwing van deze behandelmethodede door middel van nader wetenschappelijk onderzoek is echter gewenst. De EWMM kan in dit streven niet zonder de steun van de medisch-wetenschappelijk discipline.

Naar onze mening hebben Brand et al. de manuele therapie bij kinderen in een verkeerde context geplaatst.

Literatuur

- 1 Biedermann H. *Manual therapy in children*. Londen: Churchill Livingstone; 2004.
- 2 Oostendorp RAB. Functionele vertebro-basilaire insufficiëntie: onderzoek en behandeling in de fysiotherapie [proefschrift]. Nijmegen; Katholieke Universiteit Nijmegen: 1988.
- 3 Verhagen AP. Effectiviteit van manuele therapie; state of the art. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie* 2002;112:86-9.
- 4 Jacobi G, Riepert T, Kieslich M, Bohl J. Über einen Todesfall während der Physiotherapie nach Vojta bei einem 3 Monate alten Säugling. Fallbeschreibung und Bemerkungen zur Manualtherapie bei Kindern. *Klin Pädiatr* 2001;213:76-85.

Ravenstein, april 2005

E.Saedt

B.van der Woude

P.Theunissen,

namens EWMM Nederland

Het verheugt ons dat ook de manueel-therapeutische beroepsgroep van mening is dat gerandomiseerd effectonderzoek nodig zal zijn om de eventuele effecten van manueel-therapeutische behandeling van zuigelingen met verschijnselen van het KISS-syndroom te documenteren. Uit onze systematische literatuurstudie blijkt dat dergelijk onderzoek nu niet voorhanden is.¹ Saedt et al. zijn echter van mening dat wij daarbij onvoldoende wetenschappelijk te werk zijn

gegaan, hetgeen wij bestrijden. Wij hebben immers de internationaal geaccepteerde Cochrane-richtlijnen gevolgd.

Wij hebben uitvoerig gezocht naar studies die het effect van behandeling bij het KISS-syndroom onderzoeken, maar wij hebben deze niet kunnen vinden. Zowel in de folders van de EWMM zelf, als in het door de briefschrijvers aangehaalde boek van Biedermann wordt excessief huilen als presenterende klacht van het KISS-syndroom genoemd. Dit sluit aan bij onze praktijkervaring, die laat zien dat excessief huilende baby's, al dan niet met een asymmetrische lichaamshouding, regelmatig worden behandeld door chiropractoren of manueel therapeuten. Het geeft ook aan dat er blijkbaar geen communis opinio bestaat over de criteria voor de diagnose 'KISS-syndroom', hetgeen elke vorm van wetenschappelijke analyse van behandeling van dit 'syndroom' hindert.

Het is goed mogelijk dat de door de EWMM gedoeerde wervelmanipulaties niet vergelijkbaar zijn met de manipulaties die door chiropractoren worden uitgevoerd en het is eveneens verheugend dat de EWMM-leden geen complicaties van hun behandeling bij zuigelingen hebben gezien, maar dat rechtvaardigt de behandeling als zodanig nog niet. De effectiviteit van de behandeling is immers niet onderzocht, laat staan aangetoond. Ook is geen wetenschappelijk geaccepteerd theoretisch construct bekend dat klachten, beloop en succes van interventie voorspelt.

Zoals Renckens reeds meldde, zijn de studies die een positief effect lieten zien van manuele therapie bij schouder- en nekklachten bij volwassenen van kritische kanttekeningen voorzien. Met name het gebrek aan blinding en het gebrek aan een placebobehandeling zijn zwakke punten aan de gerapporteerde studies. Hoewel het inderdaad lastig is om dergelijk onderzoek placebocontroleerd en dubbelblind op te zetten is het zeker niet onmogelijk.¹

Saedt et al. wijzen er terecht op dat Vojta-therapie een andere vorm van therapie is dan de wervelmanipulaties die door manueel therapeuten bij het KISS-syndroom worden uitgevoerd. Toch zijn ook bij deze laatste vorm van therapie potentieel gevaar-

lijke bijwerkingen, zoals reflectoire apneu, in ongeveer 20% van de gevallen gezien.² Het is opmerkelijk dat deze bijwerking in de 40.000 in Nederland uitgevoerde behandelingen nooit zou zijn gezien: dit wekt de suggestie dat er wellicht niet naar gekeken is.

Wij staan nog steeds achter onze conclusie dat manuele therapie bij zuigelingen met verschijnselen van het KISS-syndroom moet worden ontraden zolang er geen wetenschappelijk bewijs voor effectiviteit en veiligheid van deze therapievorm voorhanden is. Wij hebben niet de indruk dat wij daarmee manuele therapie bij kinderen in een verkeerde context hebben geplaatst, zoals de briefschrijvers suggereren. Wij hebben slechts laten zien dat effectonderzoek ontbreekt en dat risico's van manuele therapie niet denkbeeldig zijn.

Literatuur

- 1 Olafsdottir E, Forshei S, Fluge G, Markestad T. Randomised controlled trial of infantile colic treated with chiropractic spinal manipulation. *Arch Dis Child* 2001;84:138-41.
- 2 Koch LE, Biedermann H, Saternus KS. High cervical stress and apnoea. *Forensic Sci Int* 1998;97:1-9.

Zwolle, april 2005

P.L.P.Brand

R.H.H.Engelbert

P.J.M.Helders

M.Offringa

Agressie tegen kinderartsen en assistent-geneeskundigen in de kindergeneeskunde in Nederland

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het artikel van Pernot et al. (2005:542-4). Het feit dat er angsten, onzekerheid en verminderd werkplezier ontstonden, geeft aan wat agressie kan veroorzaken, ook bij weerbare volwassenen.

Bij het lezen van het artikel miste ik echter de overweging dat de kinderen van deze ouders waarschijnlijk ook te maken zullen hebben met agressie in de huiselijke kring. Deze agressie is thuis misschien nog wel erger, omdat er dan geen vreemden bij zijn die nog enigszins corrigerend kunnen optreden.¹ Zoals bekend is huiselijk