

7. Behandeling tot verbetering handvaardigheid

7.1. Oefentherapie voor handvaardigheidsniveau CP

7.1.4. Meerwaarde van functionele therapie/BIMT/CIMT CP



Uitgangsvraag

Wat is de meerwaarde van functionele therapie / taakgericht oefenen / BIMT en CIMT op vaardigheidsniveau van de hand?

Aanbeveling

Pas ter verbetering van het vaardigheidsniveau van de hand (capability en performance) bij kinderen met een unilaterale spastische CP in de leeftijd van 2 tot 18 jaar de criteria van functionele therapie toe en baseer de keuze tussen BIMT of mCIMT/CIMT op deze criteria.

De criteria voor functionele therapie zijn (zie voor een toelichting, de module effect van functionele therapie op het lopen en verplaatsen):

- doelgericht;
- gericht op activiteiten/participatie van de ICF-CY;
- taakspecifiek;
- actieve rol van kind en ouders in het leren/ontdekken/vinden van oplossingen;
- gericht op functionaliteit in plaats van normaliteit;
- context specifiek.

Overwegingen

Uit de systematische literatuuranalyse kan worden geconcludeerd dat de BIMT en CIMT een vergelijkbaar positief effect laten zien op handvaardigheden met betrekking tot capacity, capability en individuele doelen.

Intensiteit en duur van therapie

De vergelijking van mCIMT/CIMT en BIMT met een lagere intensiteit standaard therapie (usual care; unequal dose) bleek niet tot andere conclusies te leiden dan vergelijking met een alternatieve therapie van gelijke intensiteit (equal dose; Saksewski 2013). Ten aanzien van de intensiteit van therapie is er dus in deze herziening van de richtlijn geen nieuwe evidence.

Het werken aan individuele doelen binnen de mCIMT/CIMT en BIMT leidt in principe tot afgebakende oefenperiodes waarin specifiek gewerkt wordt aan een of meerdere individuele doelen. Er zijn aanwijzingen

dat de positieve behandel-effecten van mCIMT/BIMT langer aanhouden (tot drie maanden) als de duur van de interventieperiode verlengd wordt (van 60 uur naar 90 uur; Gordon 2011; Wang 2013).

Organisatie van therapie

Het aanbieden van mCIMT/CIMT en BIMT of een combinatie van beiden in groepen vraagt een grote voorbereiding en een uitgebreide organisatie en is alleen haalbaar door de zorg voor veel kinderen met dezelfde pathologie (unilaterale CP) te bundelen en te laten uitvoeren door een groot (multidisciplinair) team. Hierdoor zijn de revalidatiecentra zeer geschikt om mCIMT en BIMT vorm te geven (Green 2013; Deppe; Klingels; Aarts 2012).

Om deze intensieve behandelvormen te realiseren wordt gekozen om in te spelen op de beleving van de kinderen door attractieve speelse vormen te kiezen zoals Piraten groep (Aarts 2010, 2012) en Magic camp (Green 2013). Vooral het contact met de lotgenoten en het samen werken aan doelen zijn zeer stimulerend (bij kinderen vanaf twee tot tweeëneenhalf jaar).

In het rapport over consensus en toekomstige richtlijnen over CIMT (Eliasson 2013) komt met name naar voren dat er een grote variatie bestaat in CIMT/mCIMT en combinaties van CIMT en BIMT (hybrid CIMT) tussen de individuele studies (wel of geen shaping, wel of geen functionele activiteiten, wel of geen transferpackage). Ook is er sprake van een grote variatie in de intensiteit van behandeling. Hierdoor is een eenduidige vergelijking tussen behandelmethodes nauwelijks mogelijk. Deze grote klinische heterogeniteit is er mogelijk de oorzaak van dat in de systematische literatuuranalyse (zie samenvatting literatuur) een eventueel verschil in behandel-effecten tussen CIMT en BIMT niet kon worden aangetoond.

Ook in een recente systematische review (Novak et al., 2013) wordt geconcludeerd dat mCIMT/CIMT en BIMT behandelingen zijn met een vergelijkbare effectiviteit. Aan deze conclusie kent Novak echter een hoge bewijskracht toe. Conclusie en bewijskracht zijn grotendeels gebaseerd op dezelfde studies als in Sakzewski en de huidige systematische literatuuranalyse. De gradering van de bewijskracht in Novak is echter niet transparant en derhalve blijft onduidelijk hoe de gegradeerde conclusies en aanbevelingen tot stand zijn gekomen.

Therapeutische subgroepen

Op basis van de geïncludeerde studies is momenteel niets te concluderen over effectiviteit van CIMT en BIMT bij verschillende subgroepen, bijvoorbeeld op basis van leeftijd of MACS-niveau. De studie van Geerdink (2013) maakt aannemelijk dat met betrekking tot motorische vaardigheden (gemeten met de box en block test), kinderen jonger dan vijf jaar een effectievere (snellere en langere) leercurve hebben dan kinderen ouder dan vijf jaar. Deze resultaten suggereren dat het op jonge leeftijd starten met mCIMT of BIMT mogelijk de voorkeur heeft boven starten op latere leeftijd.

Samenvattend

Op basis van de systematische literatuuranalyse kan worden geconcludeerd dat CIMT en BIMT gelijkwaardige positieve effecten laten zien op arm hand vaardigheid, maar uit de literatuuranalyse blijkt weinig tot geen meerwaarde van CIMT of BIMT ten opzichte van controle therapie. De meerwaarde van CIMT en BIMT is mogelijk niet aan te tonen door de grote klinische heterogeniteit die bestaat tussen de huidige studies.