

# Osteopathie bij huilbaby's: de wetenschappelijke onderbouw ontbreekt

## Inleiding

Het persartikel van Finoulst et al. betreffende het gebrek aan wetenschappelijke onderbouw voor osteopathische zorg bij huilbaby's tot zelfs de waarschuwing voor zware complicaties is misleidend en op heel wat punten foutief (1). Bij de beschrijving van de osteopathie worden heel wat zaken door elkaar gehaald, waardoor het artikel zijn doel mist om de lezer correct te informeren over het beroep. Enkele van deze punten worden hieronder voorgesteld.

## Osteopathie is niet hetzelfde als

### craniosacrale therapie en omgekeerd

Craniosacrale therapie (CST) is een therapie die op zichzelf staat en een craniosacraal therapeut is geen osteopaat. Osteopaten wenden hun technische vaardigheden aan op alle lichaamsstructuren, ook ter hoogte van het cranium en het sacrum. Er bestaat, binnen de osteopathische terminologie, wel een "craniosacraal mechanisme". Dit is een term die refereert naar de anatomische verbinding tussen het occiput en het sacrum via de dura mater en die verwijst naar een klinisch model binnen de osteopathie. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat het craniosacrale systeem als model zoals het oorspronkelijk werd bedacht niet langer houdbaar is. Daarom worden klinische modellen binnen de osteopathie op regelmatige basis in vraag gesteld, aangepast of zelfs verworpen (2, 3).

Samengevat maakt de osteopaat gebruik van verschillende technieken, zoals "high-velocity low-amplitude"- (HVLA, het "manipuleren" strictu sensu), "muscle energy"-, zachtweefsel- en mobilisatietechnieken, enz. (4). Deze worden aangewend in het kader van een specifieke klinische redenering en met bepaalde klinische modellen in het achterhoofd.

CST ontleent, sinds de tweede helft van de vorige eeuw, modellen en technieken uit de osteopathie die in de loop der jaren hun eigen leven zijn gaan leiden, maar die men eigenlijk onmogelijk los kan zien van de totaliteit van lichaamsstructuren, zoals de osteopathie vooropstelt. De term "craniosacrale therapie" wordt om die reden dan ook niet gebruikt door osteopaten, tenzij bijvoorbeeld op websites van osteopaten die slordig omspringen met de bestaande of zelfs niet langer aangewende terminologie (4-6).

De bewering dat osteopaten met CST het huilgedrag trachten te beïnvloeden door manipulatie van de schedel en de nek, is op veel vlakken niet correct. Zoals hierboven reeds uiteengezet, is een osteopaat geen craniosacraal therapeut. Hij kan eventueel wel technieken aanwenden ter hoogte van het cranium en hiervoor een bepaald klinisch model voor ogen houden dat hij in zijn klinische redenering en zijn communicatie naar de ouders toe gebruikt. Deze technieken zullen echter geen "manipulaties van de schedel en de nek" zijn. Bij baby's zijn deze structuren nog in volle ontwikkeling, waardoor osteopaten een manipulatie (HVLA) als een tegenaanwijzing

beschouwen. Daarenboven is osteopathie een complexe interventiegeneswijze georiënteerd op de persoon. Na een uitvoerige anamnese en een grondig klinisch onderzoek, specifiek voor elke baby, beslist de osteopaat om al dan niet te behandelen. Het is diens verantwoordelijkheid om differentiaaldiagnostisch vast te stellen wat precies de oorzaak zou kunnen zijn van het overmatige huilen. Het is mogelijk dat de osteopaat helemaal niet ter hoogte van het hoofd of de nek hoeft te behandelen. Dit alles maakt dat een osteopaat niet functioneert met een simpele oorzaak-effectketen, gericht op het inwerken op een symptoomgedrag (in dit voorbeeld overmatig huilen trachten te beïnvloeden door een manipulatie van de schedel of de nek).

## **De “craniosacraal therapeut” die in**

### **Nederland verantwoordelijk was voor het**

#### **overlijden van de baby, was geen osteopaat**

Dit maakt de insinuatie van Finoulst et al. dat osteopathie gevaarlijk is verkeerd en onaanvaardbaar (1).

Het is bijzonder laakbaar dat de auteurs een treurig voorval van een overleden kindje uit 2007 uit de kast halen, wetende dat de “behandeling” werd uitgevoerd door een Nederlandse kinesitherapeut. De auteurs schrijven dat het overlijden een gevolg was van een geforceerde rotatie van het hoofd van het patiëntje, terwijl het in werkelijkheid om een aangehouden hyperflexie van het hoofd ging (7). De techniek die dit overlijden mogelijk heeft veroorzaakt, is overigens geen techniek eigen aan en gebruikt binnen de osteopathie.

Er is voldoende literatuur voorhanden om zich een reëel beeld te kunnen verschaffen over de veiligheid van osteopathische zorg en daaruit te concluderen dat osteopathie een zeer veilige

geneswijze is. Studies vermelden sporadisch zeer milde neveneffecten, zoals wat spierpijn en/of vermoeidheid (8-11).

## **Ontbreekt het aan wetenschappelijke**

### **onderbouw voor osteopathie voor de**

#### **pediatrische populatie en voor huilbaby’s**

#### **in het bijzonder?**

De auteurs baseren zich hiervoor op enkele overzichtsstudies van 2012, 2013 en 2016, maar zagen hierbij de zeer uitgebreide overzichtsstudie van 2019 over het hoofd (12). Deze vermeldt achttien gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken (RCT’s) met osteopathie als interventie, waarvan veertien een significante verbetering aantonen met betrekking tot onder andere prematuriteit, houdingsasymmetrie, astma, darmproblemen, ADHD, “cerebral palsy”, oorontsteking, obstructieve apneu, suboptimale borstvoeding bij kinderen en “infantile colic”. Van deze achttien studies waren er elf van een hoge, vijf van een middelmatige en twee van een lage kwaliteit.

Met betrekking tot huilbaby’s (“infantile colic”; “unsettled, distressed and excessively crying infants”) bestaan er naast de studie van Castejón-Castejón et al. nog vier andere die allemaal aantonen dat de baby’s uit de osteopathiegroep significant langer sliepen en minder huilden (11, 13-16).

Het is duidelijk dat de mogelijke oorzaken van de symptomen bij deze “huilbaby’s” niet eenduidig zijn, wat de behandeling niet eenvoudig maakt (17). Precies daarom zoeken vertwijfelde ouders osteopaten op ter ondersteuning en die doen dat lang niet zo slecht. Ze bieden in de meeste gevallen wel degelijk soelaas. Dat er nog meer en beter onderzoek nodig is, staat buiten kijf, maar wat de osteopathie nu reeds kan voorleggen, kan men niet ontkennen.

De wetenschappelijke evidentie voor osteopathische zorg is in elk geval robuuster dan wat “kinderkinesitherapeuten” of artsen kunnen aanbieden. De auteurs vermelden in hun inleiding geen enkele referentie van evidentie over de klinische doeltreffendheid hiervan, noch over de vreemde achterliggende verklaringsmodellen.

De wetenschappelijke evidentie voor osteopathische zorg is ook robuuster dan tips zoals “leg de baby op een veilige plek en ga even in een andere kamer zitten”, waarmee Kind en Gezin, bij gebrek aan een alternatief, ongeruste ouders probeert te troosten. Met betrekking tot trainingsprogramma's voor ouders is meer onderzoek nodig vanwege de beperkte evidentie van werkzaamheid en veiligheid van zulke programma's (18). Het staat vast dat de impact op de ouders niet te onderschatten valt en dat ze adequate hulp moeten krijgen. Drama's zoals we die zien bij het “shaken baby syndrome”, moeten te allen tijde vermeden worden (19).

Osteopathische zorg is een veilige en doeltreffende mogelijkheid in de behandeling van huilbaby's. De reden waarom Kind en Gezin huilbaby's niet doorverwijst naar een osteopaat, kan niet gestaafd worden door wetenschappelijke argumenten. Wij zijn bereid tot een open gesprek met alle stakeholders.

P.L.S. van Dun

Osteopaat en wetenschappelijk adviseur van de Belgische beroepsvereniging van osteopaten (Osteopathie.be, vzw, erkende beroepsvereniging)

Commission for Osteopathic Research, Practice and Promotion (CORPP vzw)

Belgium National Centre, Foundation COME Collaboration

## Literatuur

1. FINOULST M, VANKRUNKELSVEN P, VEKEMAN V, VAN OVERMEIRE B. Osteopathie bij huilbaby's: de wetenschappelijke onderbouw ontbreekt. *Tijdschr Geneesk* 2020; 76: 1151-1153.
2. ESTEVES JE, ZEGARRA-PARODI R, VAN DUN P, CERRITELLI F, VAUCHER P. Models and theoretical frameworks for osteopathic care - a critical view and call for updates and research. *Int J Osteopath Med* 2020; 35: 1-4.
3. GABUTTI M, DRAPER-RODI J. Osteopathic decapitation: why do we consider the head differently from the rest of the body? New perspectives for an evidence-informed osteopathic approach to the head. *Int J Osteopath Med* 2014; 17: 256e62.
4. AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGES OF OSTEOPATHIC MEDICINE. Glossary of osteopathic terminology, third edition, 2017.
5. VAN DUN PLS. Correcte communicatie over osteopathie. Een pijnpunt? *About Osteopathy* 2013; 6: 7-11.
6. VAN DUN P, WAGNER C. Richtige Kommunikation in unserem Beruf: ein internationales Anliegen. *Deutsche Zeitschrift für Osteopathie* 2020; 18: 40-43.
7. HOLLA M, IJLAND M, VAN DER VLIET T, ET AL. Overleden zuigeling na “craniosacrale” manipulatie van hals en wervelkolom. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009; 153: A2902.
8. CARNES D, MARS T, MULLINGER B, FROUD R, UNDERWOOD M. Adverse events and manual therapy: a systematic review. *Man Ther* 2010; 15: 355-363.
9. MORICHETTI J, MESLÉ R. Risques liés aux manipulations du rachis cervical: revue de littérature. *ApoStill* 2009; 20: 13-29.
10. VOGEL S. Adverse events and treatment reactions in osteopathy. *Int J Osteopath Med* 2010; 13: 83-84.
11. CARNES D, PLUNKETT A, ELLWOOD J, MILES C. Manual therapy for unsettled, distressed and excessively crying infants: a systematic review and meta-analyses. *BMJ Open* 2018; 8: e019040.
12. PARNELL PREVOST C, GLEBERZON B, CARLEO B, ANDERSON K, CARK M, POHLMAN KA. Manual therapy for the pediatric population: a systematic review. *BMC Complement Altern Med* 2019; 19: 60.
13. CASTEJÓN-CASTEJÓN M, MURCIA-GONZÁLEZ MA, MARTÍNEZ GIL JL, ET AL. Effectiveness of craniosacral therapy in the treatment of infantile colic. A randomized controlled trial. *Complement Ther Med* 2019; 47: 102164.
14. HAYDEN C, MULLINGER B. A preliminary assessment of the impact of cranial osteopathy for the relief of infantile colic. *Complement Ther Clin Pract* 2006; 12: 83-90.
15. HEBER A, SENGEL U. Die osteopathische Behandlung bei 3-Monatskolik im Vergleich zur konventionellen Therapie. Unpublished D.O. thesis, 2003.
16. SCHWERLA F, DAAKE B, MOECKEL E, RESCH KL. Osteopathic manipulative therapy of infants in their first year of life: a prospective multicenter observational study. Publication in progress, 2020.

17. PERRY R, LEACH V, PENFOLD C, DAVIES P. An overview of systematic reviews of complementary and alternative therapies for infantile colic. *Syst Rev* 2019; 8: 271.
18. GORDON M, GOHIL J, BANKS SS. Parent training programmes for managing infantile colic. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 12: CD012459.

19. STROUSE PJ. Shaken baby syndrome is real. *Pediatr Radiol* 2018; 48: 1043-1047.

Geachte redactie,

Wij bedanken P.L.S. van Dun voor de gewaardeerde reactie. In deel één (“Osteopathie is niet hetzelfde als craniosacrale therapie en omgekeerd”) wordt gesteld dat osteopaten geen CST uitvoeren, maar eventueel wel handelingen verrichten in die regio’s. Wij willen ons niet mengen in deze moeilijk uitlegbare verschillen (zie ook verder). De bedoeling van ons artikel is dat we geforceerde manipulaties bij pasgeborenen en zuigelingen afraden, we willen echter geen specifieke beroepsgroepen viseren. We kunnen wel vaststellen dat bij een eenvoudige rondgang langs websites van osteopaten gediplomeerd aan Vlaamse instituten net de term “craniosacrale therapie” wordt gebruikt, al dan niet aangevuld met beeldmateriaal (fig. 1) (1).

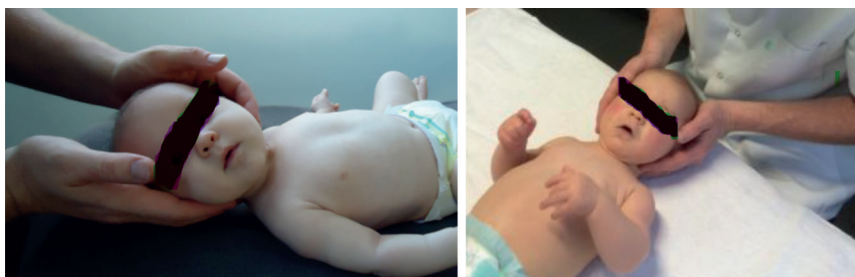


Fig. 1 | Craniosacrale therapie bij pasgeborenen (1).

In deel twee (“De “craniosacraal therapeut” die in Nederland verantwoordelijk was voor het overlijden van de baby, was geen osteopaat”) wordt tegengeworpen dat er bij de behandeling van zuigelingen door een gespecialiseerde osteopaat nooit sprake is van manipulaties die vergelijkbaar zijn met degene die aanleiding gaven tot het overlijden van het kind. Wij verwijzen in deze naar de foto’s op websites van Belgische osteopaten. Uit twee prospectief gecontroleerde studies bij honderden kinderen is gebleken dat er bij de meerderheid reeds bij geringe manipulaties van de cervicale wervelkolom apneus, bradycardieën en andere vegetatieve reacties optreden (2, 3).

In deel drie (“Ontbreekt het aan wetenschappelijke onderbouw voor osteopathie voor de pediatrie populatie en voor huilbaby’s in het bijzonder?”) wordt er naar meerdere studies verwezen en met aandrang naar een recente systematische review die wij over het hoofd gezien zouden hebben (sic) (4). We willen deze fout rechtzetten. Deze RCT beschrijft 50 papers die allerhande manuele therapieën toepassen bij kinderen. In deze sleutelpublicatie wordt 63 (drieënzestig) keer verwezen naar CST. Met betrekking tot huilbaby’s (“infantile colic”) is de conclusie dat de beschikbare studies niet toelaten om de doeltreffendheid van osteopatische manipulatieve therapie (OMT) of CST aan te tonen. Het minste dat men kan zeggen, is dat deze voor osteopaten belangrijke publicatie OMT en CST op één hoop gooit en de collusie tussen beide net accentueert. Daarenboven worden ze samen als niet bewezen werkzaam beoordeeld (4).

Meer in het algemeen zijn wij van oordeel dat osteopaten die ouders ernstig nemen, uitgebreid luisteren en geruststellen terwijl ze kinderen ongevaarlijk “osteopatisch” bejegenen mogelijk nuttig werk doen. Wij vonden echter geen studies die dit soort interventie geloofwaardig vergeleken met behandelaars die ook ouders ernstig nemen, uitgebreid luisteren en geruststellen terwijl ze kinderen gewoon ongevaarlijk aanraken.

Patrik Vankrunkelsven, Marleen Finoulst

CEBAM

## Literatuur

---

1. Verscheidene websites van Belgische osteopaten.
2. KOCH LE, BIEDERMANN H, SATERNUS KS. High cervical stress and apnoea. *Forensic Sci Int* 1998; 97: 1-9.
3. KOCH LE, KOCH H, GRAUMANN-BRUNNT S, STOLLE D, RAMIREZ JM, SATERNUS KS. Heart rate changes in response to mild mechanical irritation of the high cervical spinal cord region. *Forensic Sci Int* 2002; 128: 168-176.
4. PARNELL PREVOST C, GLEBERZON B, CARLEO B, ANDERSON K, CARK M, POHLMAN KA. Manual therapy for the pediatric population: a systematic review. *BMC Complement Altern Med* 2019; 19: 60.