

HET ENIGMA SOMATISCHE DISFUNCTIE

PATRICK VAN DUN

De somatische disfunctie, het centrale concept voor de theorie en praktijk van osteopathie wordt in vraag gesteld vanwege haar onzekere pathofysiologie en bedroevende diagnostische betrouwbaarheid. Alhoewel haar gebruik als diagnostisch etiket in de osteopathische praktijk best wordt verlaten, kan het als concept misschien wel de palpatoire klinische tekens weten te interpreteren en het klinisch redeneren van osteopaten ondersteunen.

De term somatische disfunctie, en haar voorganger “osteopathic lesion”, als centraal concept van de theorie en praktijk van osteopathie, wordt reeds vele jaren sterk in vraag gesteld. Dit gebeurt zowel in verschillende publicaties als op internationale congressen en werkgroepen. De discussies laaien soms hoog op tussen de voor- en tegenstanders. Zij die het beschouwen als een klinische entiteit, exclusief aan de hand van palpatie gediagnosticeerd door osteopaten, uitwerking hebbende op pijn, functie en gezondheid in het algemeen en op gepaste wijze behandeld door het aanwenden van manuele technieken, en diegenen die het beschouwen als een verouderd, anachronistisch concept dat het geloof sterkt in een esoterische structurele oorzaak van pijn.

Hoe komt het toch dat, met betrekking tot zulk een centraal concept binnen ons vak, de meningen zo sterk verdeeld zijn? Wat zegt dit over de communicatie tussen collega's met betrekking tot de kern van ons beroep, namelijk diagnose en behandeling? Hoe trekken we ons dan uit de slag in de communicatie met niet-osteopathische zorgverleners, en vooral wat vertellen we onze patiënten over datgene wat we bij hen vinden en ons voorstellen te beïnvloeden?

Communicatieve vaardigheden zijn steeds belangrijker geworden in het curriculum van een medicus, en ze behoren ook steevast tot de vereiste competenties van osteopaten.¹ Ondanks het feit dat de osteopathie zich in de USA ontwikkelde als een onafhankelijk zorgsysteem ten opzichte van de allopathie, kunnen we ons de vraag stellen of het beroep, mede door haar

vroege medicalisering, wel een eigen terminologie ontwikkelde. De oudere terminologie waarbij medische termen werden voorafgegaan door het bijvoeglijk naamwoord “osteopathisch”, zoals in: osteopathische laesie, osteopathische pathologie, osteopathische diagnose en behandeling, vragen uiteraard wat verklaring en begeleiding voor diegenen die niet gewoon zijn om “osteopathisch” te denken.²

Terminologie waarbij medische termen werden voorafgegaan door het bijvoeglijk naamwoord “osteopathisch”, vragen wat verklaring en begeleiding voor diegenen die niet gewoon zijn om “osteopathisch” te denken.

Om het eufemistisch te stellen kunnen we samenvattend zeggen dat de osteopathie niet erg standvastig en efficiënt blijkt te zijn in haar communicatie betreffende haar gevoerde terminologie in het algemeen en meer specifiek nog met betrekking tot het concept van somatische disfunctie. Naast de veelheid aan definities doorheen de geschiedenis is er blijkbaar ook nog de gelaagdheid van het concept en de verschillende invulling ervan door vele collega's.

In de tijd dat men de somatische disfunctie nog osteopathische laesie noemde, werden de Amerikaanse DO's reeds geconfronteerd met de inconsistentie van de diagnose van osteopathische laesies. Zo vond de ene osteopaat bij bijvoorbeeld een patiënt met asthma, laesies ter hoogte van de cervicale wervelzuil, een andere thoracaal en nog een andere lumbaal; en allen bleken ze goede resultaten te hebben na manipulatie van de laesies die respectievelijk door hen werden gepalpeerd. Deze diagnostische zwakte en de kritieken van MDs die deze osteopathische laesies als inbeelding afdeden, noopten de American Osteopathic Association in 1906 ertoe, om via wetenschappelijk onderzoek het bestaan van de osteopathische laesie te bewijzen. Het duurde 7 jaar van fondsenwerving om het eerste laboratorium in te richten dat er naarstig naar op zoek kon gaan. Het toenmalige A.T. Still Research Institute te Chicago onder leiding van John Deason, voerde ijverig dierenexperimenten uit om de histopathologische effecten na te gaan van kunstmatig toegebrachte "beenderige laesies".³ De zoektocht naar een wetenschappelijke basis voor de osteopathie zorgde er wel voor dat de klemtoon verlegd werd naar de structurele oorzaak van ziekte. De focus lag nu op het effect van deze laesies op lokale en meer afgelegen weefselstructuren en de gehele patiënt verdween op die manier wat uit het beeld. Men ging er hypothetisch van uit dat door omkering van de laesiekenmerken ook de pathofysiologische processen die ermee samengingen teruggedraaid zouden worden. Deze vrij lineaire interpretatie van de laesie zorgt voor een eerder reductionistische osteopathische aanpak.⁴ Op deze manier werd de laesie een enig doelwit voor osteopathische technici, die een schier grenzeloze waaier aan structurele technieken verfijnden om de laesie specifiek het hoofd te bieden en het gewenste klinische resultaat te boeken.⁵

In de twintiger jaren begon deze trend wat om te buigen door de introductie van de term "de totale osteopathische laesie" door Arthur Becker, die het concept van "het lichaam als een éénheid" weer introduceerde, conform met het huidige paradigma van biopsychosociale zorg. Rond dezelfde periode kwam er, onder andere onder impuls van Sutherland, ook weer meer focus op de "functie" en de "beweging" dan op "positionele veranderingen". Dit samen met een technische herleving van het "in de laesie te gaan" in plaats van het voornoemde omkeren van de componenten van de laesie. De indirecte techniek werd op deze manier beschouwd als een samenwerking met de inherente zelfgenezingsmogelijkheden van de patiënt. De combinatie van een meer holistische

aanpak, een meer dynamisch concept van de laesie en het doel van samen te werken met het lichaam in plaats van er tegen in te werken, luidden een wezenlijke verandering in van het concept.⁵ Het is duidelijk dat de osteopathische laesie een evolutie heeft gekend en doorheen de geschiedenis nooit een vaste klinische entiteit heeft gehad. Dit in tegenstelling met het concept van de "(sub)luxatie" uit de chiropractie bijvoorbeeld.⁶

In 1968 werd door Buzzell de nieuwe term van somatische disfunctie geïntroduceerd. De reden voor deze naamsverandering zou liggen in het feit dat men de communicatie tussen de verschillende zorgberoepen wenste te bevorderen⁴ maar ook omdat de zogenaamde "laesie"^c niet kon vastgesteld worden via de nieuwe beeldvormingstechnieken. Lepers en Salem zien dit als een "ad-hoc" argument waarbij de osteopathische laesie bevestigd werd door een palpabele subluxatie maar wanneer deze door beeldvorming niet waarneembaar lijkt te zijn, zoekt men zijn heil bij de introductie van een nieuwe term, namelijk de somatische disfunctie, evenwel zonder dat het mogelijk is om deze te bewijzen.⁶

Een andere reden voor de Amerikanen om vast te houden aan deze somatische disfunctie was ongetwijfeld omdat ze het als een identiteitskenmerk zagen om het verschil met hun allopathische collega's (MDs) duidelijk te stellen.^{3,6} Anderzijds bestaat er beslist ook een meer pragmatische reden hiervoor: hun identiteitsgoudhaantje wilden ze ook nog op een andere manier verzilveren, door het binnen te loodsen in de lijst van het International Classification of Diseases (ICD) van de WHO. Op deze manier konden ze het niet enkel internationaal laten erkennen als een mogelijke diagnose of reden tot consultatie maar waren ze via de toegekende code in staat om datgene wat ze diagnosticeerden en behandelden in rekening te brengen ("segmental and somatic dysfunction", M99.0).⁷

Voor diegenen onder ons die een geheugensteuntje kunnen gebruiken; de definitie van somatische disfunctie van de American Association of Colleges of Osteopathic Medicine luidt als volgt: "Impaired or altered function of related components of the somatic (body framework) system: skeletal, arthrodiagonal and myofascial structures, and their related vascular, lymphatic, and neural elements". Een somatische disfunctie wordt volgens dezelfde woordenlijst gediagnosticeerd door middel van palpatie met minstens twee van de volgende vier klinische tekens:

a Een fenomeen dat ook vandaag gezien wordt in bepaalde osteopathische opleidingsinstituten en cursussen voor permanente vorming.

b Palmer, 1914: "Chiropractors are concerned with the incomplete luxations, articular surfaces slightly displaced and the relative position they occupy toward each other".

c Nu wel medisch gedefinieerd als een morbide verandering in het weefsel waarbij de continuïteit van sommige weefselstructuren onderbroken is.

pijn, asymmetrie, een abnormaal bewegingsamplitudo en veranderingen in weefseltextuur (bekend onder het Engelse geheugensteuntje TART^d).⁸

De meer recente literatuur met betrekking tot de somatische disfunctie beperkt zich voornamelijk tot de intervertebrale somatische disfunctie en dan meer bepaald met betrekking tot haar diagnose (lees: de klinische tekens ervan of TART).^{6,9} Veel auteurs hebben vraagtekens geplaatst bij de validiteit, betrouwbaarheid, nauwkeurigheid en klinische bruikbaarheid van het klinisch palpatoir onderzoek in de zoektocht naar de somatische disfunctie.

Ondanks het feit dat er heel wat factoren niet afdoend kunnen worden bewezen zijn er toch een hele reeks van neurologische- en weefselfactoren die de oorzaak kunnen zijn of die kunnen bijdragen tot de palpatoire bevindingen die toegeschreven worden aan een somatische disfunctie. Nociceptieve functionele veranderingen zoals centrale neuroplasticiteit en sensitatisatie kunnen bijdragen tot pijngewaarwording, en neurogene ontsteking kan bijdragen tot veranderingen in de weefseltextuur. Ook degeneratieve processen en in- en extrapment ter hoogte van gewrichten kunnen de veranderde beweeglijkheid verklaren van een somatische disfunctie. Fryer stelt in zijn artikel een model voor dat de somatische disfunctie niet als een aparte klinische entiteit voorstelt maar als een voortbrenger van klinische tekens aangedreven door nociceptieve functionele veranderingen en comorbide patho-anatomische weefselfactoren die samengaan met “strain” en degeneratie. Hij verklaart tevens dat de palpatoire tekens die toegeschreven worden aan een somatische disfunctie kunnen voorkomen met of zonder de aanwezigheid van symptomen.⁹

De palpatoire tekens die toegeschreven worden aan een somatische disfunctie kunnen voorkomen met of zonder de aanwezigheid van symptomen.

De auteur besluit dat het gebruik van de term somatische disfunctie van weinig klinische betekenis is in het diagnostisch proces, vanwege haar vaagheid en een gebrek aan een duidelijke pathofysiologie. Het wordt aldus moeilijk om nog aanspraak te maken op het belang van somatische

disfunctie voor gezondheid en ziekte. Een gebrek aan betrouwbaarheid met betrekking tot haar diagnose en aan validiteit voor wat betreft haar associatie met pijn en ziekte ondermijnt dit.⁹

Anderzijds dient gezegd dat, ondanks het feit dat de beide begrippen regelmatig verwisselbaar ingezet worden,^{4,9} hun definities toch grondig verschillen.

Still omschreef de “beenderige laesie” als: “a sufficient strain or dislocation to produce pressure and obstruct the normal discharge of nerve and blood supply.”¹⁰ Een “osteopathische laesie” kan dan als volgt gedefinieerd worden: “oorzaak op anatomisch vlak dat leidt tot het verlies van gezondheid door een directe of indirecte obstructie van de vrije stroom van lichaamsvloeistoffen”.¹¹

Dit maakt dat de “osteopathische laesie” duidelijk een oorzaak aangeeft, terwijl de “somatische disfunctie” daarentegen een gevolg voorstelt (een veranderde functie in de daarvan betroffene structuren) van een niet bekende oorzaak. Daaruit zou volgen dat diegene die somatische disfuncties behandelt, symptomatisch zou werken en diegene die het laesie-begrip hanteert eerder gezondheidsoriënterend zou handelen, omdat hier de focus ligt op het primaire medium om de gezondheid te ondersteunen, namelijk de vrije stroom van lichaamsvloeistoffen.¹² Misschien alles wat kort door de bocht gedacht, gezien de veelheid aan mogelijke definities en interpretaties van vooral het begrip “osteopathische laesie” maar het zegt wel iets over de klinische intentie van de osteopaat en zijn/haar klinisch redeneringsproces.

Fryer snijdt tenslotte nog een belangrijk thema aan: dat van de communicatie (het hoofdthema van elke meaning). Algemeen is geweten dat medische communicatie geruuststellend en krachtgevend kan zijn, of evenwel ontkrachtend en kan zorgen voor een versterking van angst mijdend gedrag en een catastroferen van de klachten. Het gebruik van een kleurrijke taal van exotische somatische disfuncties zou er potentieel toe kunnen leiden dat goedaardige disfuncties geïnterpreteerd kunnen worden als ernstige klachten met langetermijnevolgen die een langdurige manuele behandeling nodig hebben. Toch denk ik persoonlijk dat we als osteopaat de mogelijkheden hebben om precies ook op dit vlak het positieve verschil te maken met andere geneeswijzen. De patiënten lijken in elk geval uitermate tevreden met de door ons geleverde zorg en vooral ook onze wijze van communiceren.¹³⁻¹⁷ Dus eerder het tegendeel van Fryers' bezorgdheid blijkt waar te zijn. Ondanks het feit dat we bedreven blijken te zijn om, al of niet met metaforen doorspekt, de patiënt

d TART: Tenderness, Asymmetry, Range of motion abnormality and Tissue texture changes.

communicatief goed te begeleiden, kunnen we beslist nog beter wanneer we onze expertise dienen uit te leggen aan onze collega zorgverstrekkers of beleidsmakers die dienen te beslissen over een al of niet regulering van het beroep. Ook binnen de beroepsgroep zelf, met haar onnoemelijk verschillende fracties, is hier grote nood aan.

Precies om alle voornoemde en meer onduidelijkheden weg te werken, zoals de wijze van beschrijving van de somatische disfunctie, het gebruik ervan in de klinische praktijk en het onderwijs, de prevalentie, de povere betrouwbaarheid en validiteit, e.d. is er zowel doorgedreven kwalitatief alsook kwantitatief onderzoek nodig. Niet om het concept kost wat kost te behouden maar om het meer fundamenteel te geven en oplossingen te zoeken voor de nog openstaande vragen. Misschien zelfs om het geheel af te voeren en te vervangen door een meer adequaat concept wanneer het niet meer bruikbaar zou zijn als concept om palpatoire klinische tekens te interpreteren en het klinisch redeneren van osteopaten te ondersteunen.

Los van het conceptuele kader dat de “osteopathische laesie” en/of de “somatische disfunctie” zouden kunnen bieden is de huidige definitie van somatische disfunctie niet exclusief voor het osteopathisch beroep maar wordt ze in se ook gebruikt door andere manuele geneeswijzen en ook de kinesitherapie. We kunnen als osteopaten haar bezit niet opeisen maar enkel haar historische ontwikkeling volgen met betrekking tot het beroep en de voortgang van het beroep er aan afspiegelen. In tegenstelling met wat oorspronkelijk misschien wel de bedoeling was, rust de identiteit van de osteopathie niet op de somatische disfunctie als een identiteitsstichtend kenmerk. Ze rust op het vermogen om zich te identificeren met haar professionele waarden (ook wel filosofie van het beroep genoemd) en om dit klinisch tot uitdrukking te brengen in onze evaluatie, klinisch redeneren en de begeleiding van de patiënt.⁴

De huidige definitie van somatische disfunctie is niet exclusief voor het osteopathisch beroep maar wordt in se ook gebruikt door andere manuele geneeskundevormen en ook de kinesitherapie.

Referentielijst

1. van Dun P.L.S, Beroepscompetentieprofiel Osteopathie, 2010, Brussel: Groepering Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw).
2. Rumney, I.C.; (1975); The Relevance of Somatic Dysfunction; *Journal American Osteopathic Academy; Osteopathic Medicine*; Vol.74(8):723-5.
3. Gevitz N. The D.O.s: *Osteopathic Medicine in America*, 2004, 2nd edition. The Johns Hopkins University Press, Baltimore & London.
4. Parson J., Marcer N. *Osteopathy: Models for Diagnosis, Treatment and Practice*, 2006; Elsevier Churchill Livingstone, China.
5. Tanguy N. *An investigative study whether the profession of osteopathy lost identity when its definition and terminology was modernised: literature review*, 2005, MSc Project, ESO, Boxley.
6. Lepers Y., Salem W. La “dysfonction ostéopathique” un pur concept a-priori, *Main Libres*, 2016; 4:43-47.
7. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)-WHO Version for 2016, <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/M99.0>
8. American Association of Colleges of Osteopathic Medicine, 2011 <http://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/got2011ed.pdf?sfvrsn=2> [geraadpleegd op 16.02.2018].
9. Fryer G. Somatic dysfunction: An osteopathic conundrum, *Int J Osteopath Med* 2016; 22:52-63.
10. Still A.T. (1910) *Osteopathy Research & Practice*; 1992, Eastland Press.
11. Hartmann C. *Gedanken zu A.T. Stills Philosophie der Osteopathie: Auf dem Weg zu einer Philosophischen Osteopathie*, 2016, 2. edition, Jolandos.
12. Hartmann C. Jolandos, Newsletter Mac/Apr 2017
13. Pincus T, Vogel S, Savage R, Newman S. Patients' satisfaction with osteopathic and GP management of low back pain in the same surgery. *Complement Ther Med*, 2000; 8: 180-6.
14. Licciardone J., Gamber R., K Cardarelli K. Patient satisfaction and clinical outcomes associated with osteopathic manipulative treatment, *The Journal of the American Osteopathic Association*, January, 2002; Vol. 102, 13-20.
15. Nauwelaers, I.; Sermeus, G. In handen van de osteopaat. *Test gezondheid* nr. 52. Brussel: Verbruikersunie, 2003.
16. Delterne, E.; Sermeus, G. Enquête: alternatieve geneeswijzen. *Test gezondheid* nr. 81. Brussel: Verbruikersunie, 2007.
17. Neale I., Pigott L. General Osteopathic Council: Public Perceptions Study, <http://www.osteopathy.org.uk/news-and-resources/document-library/research-and-surveys/public-perceptions-study-summary-report/> consulté 24.03.2017