

# Consensus lumbosacraal radiculair syndroom

H.H. van Woerden  
Martini Ziekenhuis te Groningen

## **Inleiding**

Onder auspiciën van de Gezondheidsraad is onlangs een rapport verschenen met de titel 'Diagnostiek en behandeling van het lumbosacraal radiculair syndroom'.

Het is een gedegen rapport, gebaseerd op een uitvoerige literatuurstudie en interviews met consultants in het veld. De werkwijze en daarmee ook de conclusies vertonen grote overeenkomsten met de eerder verschenen consensusteksten van het NHG en het CBO. Een samenvatting hiervan geven zou het rapport onrecht doen, en ik zou eenieder willen verwijzen naar de oorspronkelijke tekst. Een aantal opmerkingen en conclusies uit het rapport zal ik hier echter de revue laten passeren.

Het lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) wordt gekenmerkt door een uitstralende pijn in het been of de bil in het verzorgingsgebied van een of meer lumbale of sacrale zenuwwortels, samen met prikkelingsverschijnselen of neurologische uitvalsverschijnselen van die zenuwwortels. Veelal wordt het syndroom veroorzaakt door een hernia van de tussenwervelschijf, maar er zijn ook andere oorzaken. De incidentie in Nederland is 60.000 tot 75.000 nieuwe gevallen per jaar. De gezamenlijke directe en indirecte kosten worden geschat op maximaal 2,6 miljard gulden per jaar. Het natuurlijke beloop van het LRS is meestal gunstig. Drie maanden na het eerste consult is 60% van de patiënten vrij van beperkingen in werk of vrije tijd; na een jaar is dit 70%.

## **Diagnostiek**

Aan de hand van de klachtenpresentatie of met behulp van beeldvorming is het mogelijk om subgroepen met een ongunstiger beloop vroegtijdig te herkennen. Het belangrijkste diagnosticum is de anamnese. Wat de gebruikelijke test van Lasègue betreft wordt gesteld dat deze een matige sensitiviteit en specificiteit heeft. De tests op neurologische uitvalsverschijnselen hebben een hogere specificiteit, maar een lage sensitiviteit.

Aanvullende diagnostiek wordt geadviseerd wanneer het vermoeden bestaat dat de klachten een andere oorzaak hebben dan een discushernia of wanneer er op grond van de ernst en de duur van de klachten een indicatie voor operatie bestaat. MRI wordt genoemd als onderzoek van keuze.

## **Behandeling**

Bij de behandeling van een patiënt met LRS staan pijnbestrijding en behoud of herstel van dagelijks functioneren centraal. Gezien de discrepantie tussen de veelal als verontrustend ervaren klachten en het doorgaans gunstige natuurlijke beloop is voorlichting van groot belang.

Naar het oordeel van de commissie vormt alleen het cauda-equina-syndroom een absolute indicatie voor een spoedoperatie. Ernstige of progressieve uitval van een spiergroep (parese) ziet de commissie als relatieve indicatie voor operatie, waarbij de indicatie mede bepaald wordt door de belemmeringen voor de patiënt.

## **Commentaar**

Bij het doorlezen van de consensustekst blijkt dat er helaas veelvuldig geconcludeerd moet worden dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor de vele toegepaste therapieën. Alleen voor operatie en chemonucleolyse wordt gesteld dat deze effectiever zijn dan placebo.

De commissie concludeert dat er geen specifieke niet-invasieve behandelmethoden zijn waarvoor voldoende is aangetoond dat deze het beloop gunstig beïnvloeden. Wat manipulatie (manuele therapie) betreft wordt zelfs gesteld dat deze gecontra-indiceerd is in verband met een aanwezig geacht risico van schade. Dit maakt de in alle media gepubliceerde kop van het rapport ('minder opereren bij hernia') niet direct begrijpelijk. Deze uitspraak is gebaseerd op de frequentie van operatief ingrijpen in Nederland, die relatief hoog is t.o.v. de andere westerse landen. Er bestaat geen onderzoek naar de positieve effecten van operatie (sneller herstel en terugkeer in het arbeidsproces) en de negatieve effecten (complicaties en onvoldoende effectiviteit).

Evenals in de consensusrapporten van het CBO en het NHG wordt bedruist als niet effectief beschreven. Toch lijkt het mij onwaarschijnlijk dat decennia lang patiënten zich deze behandeling hebben laten aanmeten zonder enige effectiviteit.

In dit kader mis ik fietsen als therapie, wat naar mijn persoonlijke ervaring regelmatig heilzaam is op het beloop van radiculare klachten.

Ten aanzien van aanvullende beeldvormende diagnostiek wordt gesteld dat deze in de acute fase niet zinvol is. Als op grond van de anamnese en het lichamelijk onderzoek vermoed wordt dat de pijnklachten niet het gevolg zijn van een hernia, is beeldvormend onderzoek geïndiceerd. Anders wordt beeldvormend onderzoek enkel zinvol geacht als een operatie overwogen wordt. Dit strookt niet met de elders in het rapport opgenomen conclusie dat geruststelling en kennis van zaken omtrent de aard van de aandoening belangrijke factoren zijn in het genezingsproces. Het aantonen van een hernia – en alleen maar een hernia – kan hierbij behulpzaam zijn.

### **Radiologie**

Terecht wordt gesteld dat MRI het onderzoek van keuze is in deze tijd. Hierbij is van belang de opmerking betreffende de lage specificiteit van de MRI (50-86%), wat zou kunnen leiden tot fout-positieve uitslagen. Een meer kritische beoordeling van de MRI-onderzoeken lijkt op zijn plaats, hoewel we ons moeten realiseren dat de klassieke theorie van compressie van de zenuwwortel onvoldoende verklaring geeft voor alle radiculare syndromen. In dit kader wordt ook gesteld dat het aantonen van wortelcompressie niet absoluut noodzakelijk is voor het stellen van de diagnose LRS door een hernia. Ondanks deze nieuwe inzichten is het toch aannemelijk dat een patiënt met een LRS bij een aangetoonde hernia met wortelcompressie daar last van heeft. Een en ander in een juist perspectief plaatsen is noodzakelijk. Tevens wordt in het rapport voorbijgegaan aan de beperkte MRI-capaciteit in Nederland. Zo worden in ons ziekenhuis alle nieuwe patiënten met een LRS nog met CT onderzocht.

### **Wetenschappelijke onderbouwing**

De slotzin van het rapport luidt: 'De commissie stelt vast dat er aanzienlijke hiaten zijn in de wetenschappelijke kennis met betrekking tot de effectiviteit van de diagnostiek en behandeling van het LRS.' Ook is onvoldoende bekend over de doorwerking van bestaande inzichten naar de praktijk. De commissie adviseert onderzoeksactiviteiten met betrekking tot de gesignaleerde hiaten programmatisch op te zetten en ook aandacht te geven aan onderzoek naar de implementatie van richtlijnen.

Dit moet toch een prikkel zijn voor radiologisch en chirurgisch Nederland om met de beschikbare informatie inzicht te geven in ons dagelijks handelen. Veel van de geraadpleegde literatuur is gedateerd wat de onderzoeksmodaliteiten en operatietechnieken betreft. Het is toch niet goed te begrijpen dat de kwaliteitswinst die subjectief gedurende de afgelopen decennia behaald is niet tot uiting komt in deze en andere consensusrapporten.

De publicatie 'Diagnostiek en behandeling van het lumbosacraal radiculair syndroom', nr. 1999/18 is verkrijgbaar bij het Secretariaat van de Gezondheidsraad:  
fax (070) 340 75 23, e-mail [order@gr.nl](mailto:order@gr.nl). Nadere inhoudelijke inlichtingen verstrekt  
Dr. H Houweling, tel. (070) 340 66 25 / 340 75 20, e-mail [hans.houweling@gr.nl](mailto:hans.houweling@gr.nl).

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.