



Henk van Woerden

Richtlijn specifieke lage rugklachten

Het maken van een multidisciplinaire richtlijn kan een moeizame affaire zijn. Lage rugpijn is een probleem dat door veel behandelaars op verschillende manieren wordt benaderd. We hebben niet alleen te maken met zeer verschillende ooghoeken, maar ook met nogal diverse patiëntenpopulaties.

De richtlijn is bedoeld voor de eerste lijn. Leidraad is het idee dat lage rugpijn hoort bij het leven, dat iedereen dit in meer of mindere mate eens zal meemaken en dat het bij de overgrote meerderheid van de patiënten een veelal eenmalig dipje in het bestaan is. In het ziekenhuis zien wij slechts een kleine door de huisarts gemaakte selectie voor onderzoek.

De inbreng van de radioloog middels beeldvorming is bij de patiëntengroep met specifieke lage rugklachten (zonder 'red flags') gering. De huisartsen weten dit, en in de afgelopen decennia is het aantal röntgenonderzoeken voor lage rugpijn dan ook aanzienlijk gedaald. Wat de plaats is van beeldvormend onderzoek heb ik gepoogd in deze richtlijn in te brengen. Een integrale weergave van de paragraaf beeldvormende diagnostiek volgt hier.

Beeldvormende diagnostiek bij specifieke lage rugklachten

De diagnose 'specifieke lage rugklachten' houdt in dat een specifieke lichamelijke afwijking ter verklaring van de klacht is uitgesloten. Beeldvormend onderzoek heeft daarbij een plaats, maar de vraag is wanneer en bij wie. Bij het overgrote deel van de patiënten (85-95%) is geen specifieke diagnose aantoonbaar, terwijl een deel van deze 'diagnosen' geen aantoonbare relatie heeft met lage rugklachten. De vraag naar beeldvormend onderzoek is desondanks groot. Artsen zullen daarom vaak moeten uitleggen waarom beeldvormende diagnostiek onnodig is. Gegevens uit de literatuur en consensus van deskundigen vormen de onderbouwing van de aanbeveling om beeldvormende diagnostiek te reserveren voor patiënten met rode vlaggen. In het geval van het ontbreken van rode vlaggen kan ook het beloop resp. het uitblijven van functioneel herstel reden zijn om beeldvormende diagnostiek te overwegen.

Het diagnostisch arsenaal van de radioloog bestaat uit conventioneel röntgenonderzoek in twee of vier richtingen, een botscan eventueel met SPECT, CT, NMR, myelografie en botdensitometrie met CT of DEXA-meting. De standaardoverzichtsfoto in voor-achterwaartse en dwarse richting is het meest toegankelijk voor de huisarts. Als aanwijzingen bestaan om meer uitvoerig beeldvormend onderzoek te verrichten, zal de arts bij voorkeur een verwijzing naar een medisch specialist overwegen.

Mogelijke te stellen diagnosen op conventioneel röntgenonderzoek in relatie tot lage rugpijn zijn inmiddels goed uitgekristalliseerd. De volgende aandoeningen zijn te relateren aan pijn: fracturen, wervelaantasting door een metastase, osteomyelitis, osteoporotische inzakkingen, ernstige houdingsafwijkingen.

Als deze diagnosen worden overwogen, is het aanvragen van een foto door de huisarts zinvol (bij voorkeur in het ziekenhuis waarheen de eventuele verwijzing zou geschieden). Een verdenking op een fractuur is reden voor nader specialistisch onderzoek.

Rode vlaggen zijn:

- debuteert rugklachten optredend voor het 20e of na het 55e jaar;

- trauma;
- constante progressieve rugpijn;
- maligne aandoening in de voorgeschiedenis;
- langdurig gebruik van corticosteroïden;
- drugsgebruik, immunosuppressie, HIV;
- (regelmatig) algemene malaise;
- onverklaard gewichtsverlies;
- neurologische uitval (motorische uitval, sensibiliteitsstoornissen en/of mictiestoornissen);
- lumbale kyfose en/of verstreken lumbale lordose;
- infectieuze aandoening.

Deze rode vlaggen zijn te vinden door middel van anamnese en lichamelijk onderzoek.

Patiënten verdacht van een osteoporotische wervelinzakking zijn bij uitstek kandidaat voor röntgenonderzoek. Als op grond van leeftijd, kliniek en anamnese dit de meest waarschijnlijke diagnose lijkt en de huisarts dit zelf wil behandelen, is een bevestiging met een röntgenonderzoek op zijn plaats. Helaas is het zo dat alleen röntgenonderzoek geen 100% zekerheid geeft over de diagnose fractuur; ook bijvoorbeeld werveldestructie door metastasen kan vergelijkbare beelden geven. Toch zal het veelal goed mogelijk zijn in combinatie met de klachten en lichamelijke verschijnselen voldoende zekerheid te verkrijgen.

Voor het interpreteren van het röntgenverslag dient men zich te realiseren dat de radioloog (helaas) veelal enkel een morfologische beschrijving geeft zonder de klinische relevantie te duiden. Een aantal van de regelmatig beschreven afwijkingen op foto's van de lumbale wervelkolom vormt niet per definitie de verklaring voor lage rugklachten: degeneratieve veranderingen en spondylarthrosis, spina bifida, anomalieën en osteoporose. De diagnose osteoporose is in afwezigheid van fractures niet altijd betrouwbaar met röntgenonderzoek te stellen. Een botdichtheidsmeting met DEXA is dan noodzakelijk.

De volgende overwegingen om de patiënt röntgenonderzoek te onthouden worden regelmatig gehanteerd:

- schadelijke effecten van ioniserende straling (bij een volwassen patiënt zeer gering);
- ongewenste neveneffecten zoals rolbevestiging (te voorkomen door adequate informatie);
- fout-positieve of fout-negatieve bevindingen (geldend voor iedere vorm van diagnostiek).

Het is goed om hierbij ook in overweging te nemen welke verwachtingen patiënten hebben. Het zou onjuist zijn om patiënten met rode vlaggen beeldvormend onderzoek te onthouden op basis van deze overwegingen.

Beeldvormende technieken anders dan de blanco foto worden tot op heden door de huisarts zelden aangevraagd. Het is niet ondenkbaar dat MRI in de toekomst een belangrijker rol gaat spelen. Deze techniek is door zijn grote sensitiviteit en zijn niet-invasief en onschadelijk karakter uitermate geschikt voor een plaats vroeg in de diagnostische 'work-up'. Op dit moment is het helaas nog niet zover dat er een goede correlatie is tussen de afwijkingen op MRI en de kliniek. Onderzoek hiernaar is in volle gang.

Aanbeveling

Beeldvormend onderzoek is niet aangewezen bij een patiënt met acute specifieke lage rugklachten zonder rode vlaggen.

Een opmerking elders in de consensustekst wil ik u niet onthouden. Tot op heden is het niet mogelijk gebleken een anatomisch substraat te vinden dat bij patiënten met specifieke lage rugpijn op betrouwbare en valide wijze de klachten kan verklaren. Voor de meeste gevallen is het echter niet nodig om een precieze oorzaak of diagnose vast te stellen om een adequate begeleiding en behandeling te geven. Tot zover de consensustekst.

Vandaar mijn opmerking over MRI: vele vormen van lage rugpijn hebben waarschijnlijk wel een anatomisch substraat, maar dat doet niets af aan het aanpakvoorstel in deze richtlijn. In de

toekomst zal het waarschijnlijk wel mogelijk zijn om bij een groter aantal patiënten een specifieke diagnose te stellen. De grens tussen specifieke en aspecifieke lage rugklachten is een glijdende schaal. Nieuwe inzichten kunnen niet of minder succesvolle behandelingen verbeteren. De diagnostiek moet altijd vooroplopen.

Wij radiologen hebben inmiddels ook een belangrijke taak in het behandelen van osteoporotische fracturen middels vertebroplastiek. Een andere ontwikkeling is nucleoplastiek. Volgens sommige onderzoekers is in meer dan de helft van de gevallen met aspecifieke lage rugpijn een discusprobleem de oorzaak. Mogelijk heeft nucleoplastiek bij deze patiëntengroep in de toekomst iets te bieden.

Kortom, een consensustekst die geraadpleegd moet worden; on line te lezen en gratis te downloaden via www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/richtlijnasl.pdf.

H.H. van Woerden

Een gedrukt exemplaar van de richtlijn is te bestellen via www.richtlijnonline.nl
(kosten 16 euro incl. BTW, excl. verzendkosten).

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.