

Jan Wilmink en Paul Hofman



Commentaar op richtlijn Aspecifieke Lage Rugklachten

Het opstellen van richtlijnen voor beeldvormende diagnostiek bij patiënten met aspecifieke lage rugklachten [1] is een hachelijke onderneming wanneer men zich niet kan beperken tot de constatering dat de rol van beeldvorming bij deze categorie zeer bescheiden is. Terecht wordt dit laatste dan ook benadrukt in de consensustekst. Daarnaast is het zo dat iedere consensus over lage rugklachten kampt met het probleem van het gebrek aan een gouden standaard, en de veelheid aan definities van syndromen. Wanneer men risicofactoren aangeeft, zgn. 'rode vlaggen', die gepaard gaan met een verhoogde kans op de aanwezigheid van specifieke pathologie, en die aanleiding zouden moeten geven tot het verrichten van beeldvormende diagnostiek, dan kan discussie ontstaan over de validiteit van de gebruikte rode vlaggen, maar ook over de validiteit van diverse methoden van beeldvorming bij diverse soorten specifieke pathologie. Wanneer bij de bespreking van de consensustekst terecht wordt gesteld dat vele vormen van thans aspecifieke lage rugpijn waarschijnlijk een anatomisch substraat hebben dat alleen tot heden niet kon worden geïdentificeerd, is het van belang om voorzichtigheid te bepleiten met betrekking tot vaak optimistisch gepresenteerde en methodologisch onvoldoende onderbouwde theorieën over oorzaken van lage rugklachten. Ons aanvullend commentaar richt zich op deze aspecten.

In de tekst wordt gesteld dat de volgende aandoeningen zijn te relateren aan pijn: fracturen, wervelaantasting door een metastase, osteomyelitis, osteoporotische inzakkingen, ernstige houdingsafwijkingen. In dergelijke gevallen zou het aanvragen van conventioneel röntgenonderzoek door de huisarts zinvol zijn. Het is goed erop te wijzen dat de sensitiviteit van conventioneel röntgenonderzoek voor het aantonen van de meeste van deze aandoeningen teleurstellend laag is. Metastasen in de spongiosa van de wervels worden pas in een laat stadium gedetecteerd; het eerste radiologische teken van een wervelmetastase is vaak destructie van het corticale bot van bijvoorbeeld de boogvoet, of inzakking van de wervel. Ook spondylodiscitis is in de vroege fase niet goed op deze wijze aan te tonen. Osteoporose is op een röntgenfoto slecht te taxeren, en de inzakking die hiervan het gevolg kan zijn is niet altijd te onderscheiden van wervelcollaps door een metastase. Op dit laatste wordt overigens ook in het stuk gewezen.

Verder worden in de tekst nog enkele rode vlaggen genoemd die kunnen wijzen op radiculaire compressie. Conventioneel röntgenonderzoek kan echter een discushernia aantonen noch uitsluiten.

Recent hebben Jarvik en Deyo getracht helderheid te verschaffen m.b.t. de waarde van de verschillende beeldvormende technieken bij patiënten met lage rugpijn die zich in de eerste lijn presenteren [2]. In dit zeer lezenswaardige artikel komt men met een strategie waarbij patiënten met aspecifieke rugklachten zonder risicofactoren conservatief worden behandeld, zonder aanvullende diagnostiek. Wanneer er na zes weken geen verbetering optreedt en wanneer er risicofactoren zijn, wordt geadviseerd de bezinking te bepalen en eventueel een conventionele röntgenfoto van de rug te laten maken. Bij een afwijkende bezinking of foto wordt nadere diagnostiek geadviseerd (meestal MRI). In hoeverre deze Amerikaanse visie in Nederland kan worden geïmplementeerd valt nog te bezien, hoewel de studie waarop de waarde van de bezinking is gebaseerd van Nederlands origine is [3].

Een beeldvormende techniek als MRI bezit een aanzienlijk hogere sensitiviteit voor het aantonen van de bovengenoemde afwijkingen (met als uitzondering osteoporose). De vraag werpt zich dan op of een MRI-onderzoek van de lumbale wervelkolom ook door de huisarts zou moeten worden aangevraagd. In de consensustekst wordt deze vraag ontkennend beantwoord, en deze zienswijze wordt in Nederland algemeen aanvaard. In het buitenland wordt hier nogal eens anders over gedacht, en het is wellicht nuttig om de argumenten eens op een rij te zetten.

Wanneer de a-priori-kans op het vinden van een wervelmetastase of van spondylodiscitis hoog is, is MRI-onderzoek geïndiceerd; dit onderzoek kan echter beter in de tweede lijn worden verricht, aangezien de behandeling ook op dit niveau zal plaatsvinden.

Bij een lumbaal radiculair compressiesyndroom is MRI een zeer geschikte methode om bijvoorbeeld een discushernia in beeld te brengen. Gezien de doorgaans vrij typische klinische presentatie en het gunstige spontane beloop van dit syndroom is het de vraag of deze beeldvorming in de eerste lijn dient te geschieden. Zuiver geredeneerd zou men kunnen stellen dat MRI bij een dergelijke patiënt pas zin heeft wanneer na een periode van bijvoorbeeld zes weken duidelijk wordt dat de conservatieve aanpak heeft gefaald en een operatieve behandeling wordt overwogen. Deze instelling blijkt echter in de dagelijkse praktijk niet gemakkelijk vol te houden, en vaak zal bij een radiculair compressiesyndroom op een eerder tijdstip tot beeldvorming worden overgegaan. Ook kan het optreden van neurologische uitvalsverschijnselen eerdere beeldvorming, soms zelfs met spoed, noodzakelijk maken.

Blijft over de wervelinzakking. Conventioneel röntgenonderzoek is zeer geschikt om vormveranderingen van het wervellichaam aan te tonen, en kan dus door de huisarts worden aangevraagd bij rugpijnpatiënten met een recent adequaat trauma, of met risicofactoren voor osteoporose.

Bij patiënten met een lage a-priori-kans op een van de bovengenoemde aandoeningen heeft beeldvorming geen zin. In de tekst wordt gewezen op de geringe specificiteit van conventionele röntgenbevindingen zoals spondylarthrosis en andere degeneratieve veranderingen. Het hogere oplossend vermogen van MRI heeft tot gevolg dat nóg meer al dan niet relevante degeneratieve veranderingen worden geregistreerd. MRI-bevindingen zoals fissuurvorming in de annulus fibrosus, uitdroging van de nucleus pulposus en degeneratieve beenmergveranderingen zijn geïmpliceerd bij het ontstaan van lage rugpijnklachten. Het is van groot belang om de relevantie van dergelijke bevindingen kritisch te evalueren met behulp van vergelijkende studies bij rugpijnpatiënten en vergelijkbare vrijwilligers zonder symptomen. Voor bijvoorbeeld annulusfissuren is inmiddels aangetoond dat deze niet significant vaker voorkomen bij rugpijnpatiënten, zodat een causale relatie niet waarschijnlijk lijkt.

Overigens is het goed wanneer men bedenkt dat ook een lumbale discushernia niet in alle gevallen aanleiding geeft tot radiculare compressie. Bij asymptomatische vrijwilligers kan men met MRI in een kwart tot eenderde een protrusie van de tussenwervelschijf aantonen. Een MRI-onderzoek dat 'voor alle zekerheid' wordt verricht bij een rugpijnpatiënt zonder aanwijzingen voor een specifieke aandoening, levert een reëel risico op van een bevinding die weliswaar morfologisch niet fout-positief kan worden genoemd, maar die toch geen verband houdt met de pijnklachten. Een belangrijk deel van de gevallen van 'failed back surgery' lijkt verband te houden met dergelijke interpretatiefouten, en voor deze patiënten is een toepasselijk acroniem in het leven geroepen: VOMIT (victim of modern imaging technology).

*Prof.dr. J.Th. Wilmink
Dr. P.A.M. Hofman*

Literatuur

- 1 Woerden H van. Richtlijn aspecifieke lage rugklachten. Memorad 2004;9(2):16-17.
- 2 Jarvik JG, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. Ann Intern Med 2002;137:586-97.
- 3 Hoogen HM van den, Koes BW, Eijk JT van, Bouter LM. On the accuracy of history, physical examination, and erythrocyte sedimentation rate in diagnosing low back pain in general practice. A criteria-based review of the literature. Spine 1995;20:318-27.

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.