carieuze gebit) is op grond van de uitgevoerde onderzoeken onwaarschijnlijk.

Het aantonen van veel van de overige in de tabel vermelde aandoeningen vereist veelal invasieve diagnostiek met het nemen van een (endoscopisch/thoracoscopisch) longbiot. Vaak wordt dit nog voorafgegaan door een CT-scan met hoge resolutie, waarbij aan de hand van het patroon en de anatomische lokalisatie van de afwijkingen vaak een waarschijnlijkheidsdiagnose kan worden uitgesproken.2

EPICRISE

Het ontbreken van een min of meer acuut begin van de klachten en het afwezig zijn van symptomen aan de benen die duiden op een veneuze trombose, zijn waarschijnlijk aanleiding geweest om de diagnose ‘recidiverende trombo-embolieën’ op voorhand te verwerpen. Op grond van obductieonderzoeken is echter bekend dat longembolieën nogal eens door clinic ni niet worden onderkend.3 Ook is ons de a priori-kans op trombo-embolieën bij patiënte aanvankelijk laag ingeschat. Het is echter bekend dat het gebruik van ethinylenradiol een predisponerende factor voor het optreden van trombo-embolieën vormt. Zo werd in onze kliniek bij de behandeling van man-vrouwtransseksuelen met ethinylenradiol in het te jaar een incidentie van trombo-embolieën van 2,6% waargenomen; boven de 40 jaar bedroeg dit zelfs 6% (H.Asscheman, schriftelijke mededeling, 1995).4 Bij patiënte is vervolgens een perfusie-ventilatiescan verricht. Deze toonde vrijwel afwezig persifusa in de gehele rechter bovenkwab en wigvormige uitval in de rechter middenkwab en rechts laterobasaal, links latero- en anterobasaal, in het lingulagebied en in het anterieure segment van de linker bovenkwab; het ventilatiebeeld was vrijwel normaal. CT van de thorax, die per abuis nog niet was afgezegd, toonde pleuravocht met verspreid in beide longen subpleurale, enigszins wigvormige consolidaties (figuur 2a), waarvan de consolidatie in de linker bovenkwab (figuur 2b) en een kleinere afwijking in de rechter bovenkwab holtevorming lieten zien. Beide onderzoeken duiden op multiple longembolieën. Men moet zich realiseren dat slechts bij 40% van de patiënten met longembolieën een diepe veneuze trombose kan worden aangetoond. Bovendien kan een trombosebeent voor een belangrijk percentage asymptomatisch zijn.3

Ofschoon bij onze patiënte elk symptoom aan de benen ontbrak, bleek bij compressie-echografie van het rechterbeen een diepe veneuze trombose aanwezig te zijn vanaf de knieholte tot aan de liens, met nog enige doorgankelijkheid van de V. femoralis (pars communis); de instroom van de V. saphena magna was onbelemmerd.

Deze casus illustreert de volgende punten:

- infiltratieve afwijkingen op de thoraxfoto zijn niet synoniem met een infectieuze aandoening;
- trombo-embolieën worden zeker bij een minder typische presentatie makkelijk over het hoofd gezien.

LITERATUUR


Aanvaard op 15 januari 1996

Samenvatting van de standaard ‘Lage rugpijn’ van het Nederlands Huisartsen Genootschap

J.R.VAN DER LAAN EN S.THOMAS

De standaard ‘Lage rugpijn’ van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) geeft richtlijnen voor diagnostiek en beleid bij patiënten met aspecifieke lage rugpijn in de huisartspraktijk (figuur 1 en 2). Specifieke lage rugpijn is pijn in de rug, gelokaliseerd boven de bilplooiballen en onder de scapula, zonder specifieke oorzaak (dat wil zeggen geen radiculair syndroom, tumor of metastase, fractuur of ziekte van Bechterew). De standaard geeft aanwijzingen ter uitsluiting van deze specifieke oorzaken op de verschillende onderzoeksmon ten. Aspecifieke lage rugpijn veroorzaakt grote sociale problemen en economische kosten. Voor het beleid wordt een indeling gemaakt in acute lage rugpijn waarbij de klachten korter dan 6 weken bestaan, subacute lage rugpijn met klachten die 6-12 weken bestaan en chronische lage rugpijn waarbij langer dan 12 weken klachten bestaan of waarbij de klachten steeds recidiveren. Deze termijnen en benamingen zijn ook in de internationale

J.R.van der Laan en dr.S.Thomas, huisartsen.

Zie ook de artikelen op bl. 757 en 758.
lage-rugpijn

Aspecifieke lage-rugpijn: rugpijn zonder specifieke oorzaak (d.w.z. geen radiculair syndroom, tumor of metastase, fractuur, M. Bochtereew). Uitstraling in het been kan hierbij optreden. Lokalisatie: boven de biploci en onder de scapulapunt
Acute lage-rugpijn bestaat < 6 weken
Subacute lage-rugpijn bestaat 6-12 weken
Chronische lage-rugpijn bestaat > 12 weken of recidiveert steeds
Dysfunctioneren: niet kunnen voldoen aan de eisen die de patiënt of diens omgeving stelt aan het dagelijks functioneren met betrekking tot ADL en het eigen, normale werk

DIAGNOSTIEK

Anamnese

- lokalisatie, duur en wijze van ontstaan van de pijn, uitstraling in been
- relatie met zitten, liggen, staan en lopen, beloop over het etmaal
- ornaat van pijn en hinder, beperkingen in het dagelijks functioneren
- eerdere episodes van rugpijn, beloop en behandeling
- zorg en behandeling tot nu toe
- beleving van de pijn en wijze van omgaan met de pijn

Bij een volgend consult
- verandering in karakter van de pijn
- beperkingen in het dagelijks functioneren
- factoren die volgens de patiënt de rugpijn in stand houden
- psychosociale factoren

Telefonisch advies volstaat bij een patiënt < 50 jr met recidief rugpijn zonder uitstraling en zonder bijkomende pathologie (maligniteit, trauma, langdurig corticosteroid gebruik)

Lichamelijk onderzoek

- stand van bekken en wervelkolom bij staande patiënt
- lokalisatie van de pijn
- ante-, retro- en lateroflexie van de wervelkolom, effecten daarvan op de pijn en eventuele beperking in wijze van bewegen
- prof van Lasègue

Evaluatie

Stel diagnose aspecifieke lage-rugpijn als specifieke oorzaken onwaarschijnlijk zijn. Zoek naar specifieke oorzaak bij:
- uitstralende pijn in het been (radiculair syndroom) zie NHG-Standaard Lumbosacraal Radiculair Syndroom
- eerste episode van rugpijn bij leeftijd > 50 jaar of voorgeschiedenis met een maligniteit (wervelmetaastase)
- langdurig corticosteroidgebruik of aanwijzingen voor osteoporose (osteoporotische wervelfractuur)
- rugpijn onafhankelijk van houding en bewegen en nachtelijke pijn of ’s nachts wakker worden van de pijn (ziekte van Bochtereew)
- andere bijkomende klachten, zoals sterke vermagering, malaise

Aanvullend onderzoek

Röntgen-diagnostiek bij aspecifieke lage-rugpijn niet zinvol

BELEID ALGEMEEN

Tijdscontingente aanpak, dat wil zeggen geef vaste termijnen aan bij oefenen, opbouw van activiteiten, inname van medicatie

© 1996, NEDERLANDS HUISARTSEN GENOTSCHAP; Lomaraan 103, 3526 XD Utrecht, Telefoon 030-268 17 00; Bijlage bij HAW, 1996, 39, nr.1, pag. 19


770

Ned Tijdschr Geneeskd 1996 6 april:140(14)
LAGE-RUGPIJN

NHG-STANDAARD (samenvatting) M54

BELEID BIJ ACUTE LAGE-RUGPIJN (0-6 weken)

De oorzaak is waarschijnlijk overbelasting. Wacht het natuurlijk baloor af; meestal in 1-2 weken sterke afname en in 1-2 maanden volledig verdwijnen van de pijn. Bewegen met pijn veroorzakken geen schade. Adviezen:

- blijf in beweging. Voorzichtig met gelijkmatig bukken en draaien, zwaar tillen en lang autorijden
- kies houdingen die weinig pijn geven
- lokale warmte
- als het anders niet gaat, maximaal 2 dagen bedrust!
- geleidelijke opbouw van activiteiten (werk) ondanks pijn

Behandeling door fysio-, manueel- of oefentherapeut is in deze fase niet zinvol. Geef bij recidief houdings- en bewegingsadviezen.

Controles

Herhaal bij controles anamnese en onderzoek, ga belemmerende factoren na (in het werk, op psychosociaal gebied of in het gedrag van de patiënt). Instructie terug te komen na:

- 1 week bij niet afnemen van ernstige pijn of
- 3 weken indien de klachten niet minder worden of
- 8 weken bij nog niet goed functioneren of bij uitblijven vooruitgang

Eerdere controles bij:

- sterke toename van het dysfunctieren
- uitstralende pijn tot voorbij de knie of bij krachtsverlies in het been

BELEID BIJ SUBACUTE LAGE-RUGPIJN (6-12 weken)


Behandelplan bij dysfunctieren:

- geleidelijke opbouw van activiteiten, bijvoorbeeld werk, ondanks de pijn
- bij sterke pijnplooi reactie individuele adviezen
- activerende behandeling door fysio-, oefen- of manueeltherapeut

Controles bij subacute lage-rugpijn

Na 6 weken of bij manuele therapie na enkele (proef)behandelingen. Eerder bij sterke toename van het dysfunctieren. Evalueer bij controles klacht en behandeling. Bespreek psychosociale gevolgen en werk

BELEID BIJ CHRONISCHE LAGE-RUGPIJN (≥12 weken)


Controles bij chronische lage-rugpijn

Bij vragen: b.v. bij vinden van nieuw evenwicht of als de patiënt blijft dysfunctieren in ADL of in het werk

Medicamentieuze therapie algemeen

In alle stadia zo nodig symptomatica pijnstilling voor vaste periode om stagegewijze activiteiten uit te breiden:

- 7-14 dagen paracetamol 4-6 dd 500 mg, Tweede keus: ibuprofen 3-4 dd 400mg, naproxen 2-3 dd 250mg, of diclofenac 3-4 dd 50-75 mg

Consultatie/verwijzing algemeen

- bij verdenking op een specifieke oorzaak naar een orthoped, neuroloog of reumatoloog
- bij blijvend dysfunctieren en ziekteverzuim, naar een behandelaar met aanbieding voor dysfunctieren, revalidatiearts, psycholoog of ergotherapeut; ook kan verwezen naar een centrum waar expertise bestaat in het omgaan met dysfunctieren en pijn

De volledige tekst van de NHG-Standaard is gepubliceerd in 'Huisarts en Wetenschap'.

FIGUUR 2. Vervolg van de samenvatting van de standaard 'Lage rugpijn' van het Nederlands Huisartsen Genootschap (het eerste deel staat in figuur 1).

Ned Tijdschr Geneeskd 1996 6 april;140(14) 771
literatuur gebruikelijk. De termijnen stemmen overeen met veranderingen in het beleid en houden verband met het natuurlijke beloop.

Het begrip ‘disfunctioneren’ heeft een centrale plaats in deze standaard. Er wordt onder verstaan het niet kunnen voldoen aan de eisen die de patiënt of diens omgeving stelt aan het dagelijks functioneren met betrekking tot algemene dagelijkse levensverschijnselen (ADL) en het eigen, normale werk.

Nadere indelingen van aspecifieke lage rugpijn zijn niet op betrouwbare wijze mogelijk en hebben ook geen consequenties voor de behandeling. Er is in het algemeen geen verband tussen lage rugpijn en standsafwijkingen van bekken of thoracale wervelkolom en tussen lage rugpijn en overgewicht.

De aanpak bij aspecifieke lage rugpijn is tijdcontingent, dat wil zeggen dat vaste termijnen aangegeven worden voor oefenen, voor opbouw van activiteiten en voor inname van medicatie. De tijdcontingente aanpak is gebaseerd op gedragstherapeutische uitgangspunten en lijkt effectiever dan een pijngebonden aanpak. De rugpijn zelf is namelijk niet goed te beïnvloeden. Bij disfunctioneren is de aanpak erop gericht de patiënt te stimuleren zo snel mogelijk weer normaal te functioneren, ook al is er nog pijn. Een tijdgebonden aanpak in combinatie met stapsgewijze opbouw van activiteiten leidt tot minder hinder van de pijn, korter ziekteverzuim en minder medicijnconsumptie. Dit beleid wordt ook in enkele andere gezaghebbende internationale richtlijnen teruggedrongen.

Acute lage rugpijn. Bij acute lage rugpijn (duur tot 6 weken) is de oorzaak waarschijnlijk overbelasting. Meestal neemt de pijn in 1-2 weken sterk af en bij meer dan de helft van de patiënten is deze geheel verdwenen na 6 weken. Bij de overigen heeft het merendeel nog betrekkelijk weinig pijn. De patiënt krijgt in de acute fase het advies het natuurlijke beloop af te wachten. De belangrijkste instructie daarbij is zoveel mogelijk in beweging te blijven. Als bewogen gepaard gaat met pijn wil dat niet zeggen dat er beschadigingen ontstaan. Ondanks de pijn dienen activiteiten (werk) geleidelijk weer opgebouwd te worden. In dit stadium is behandeling door een fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut niet zinvol: behandeling geeft namelijk geen sneller herstel dan afwachten van het natuurlijke beloop.

Subacute lage rugpijn. Bij subacute lage rugpijn (duur 6-12 weken) verandert het beleid. Meestal zal de pijn nog spontaan verdwijnen, maar bij circa 5% van de patiënten krijgt de rugpijn uiteindelijk een chronisch karakter. Het is moeilijk het beloop bij chronische rugpijn nog therapeutisch te beïnvloeden. Daarom is in de subacute fase gekozen voor een activerende aanpak ter preventie van blijvend disfunctioneren.

Het behandelplan bij disfunctioneren is gericht op een geleidelijke opbouw van activiteiten, bijvoorbeeld werk, ondanks de pijn. In dat kader wordt ook begonnen met een activerende behandeling door fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut. Behandelingen met een passief karakter zoals alleen massage of toedienen van warmte worden daarbij afgeraden omdat de effectiviteit ervan niet is aangetoond en ze de patiënt nodeloos bevestigen in de ziekterol.


Beoordeling door een specialist kan nodig zijn als twijfel bestaat aan een specifieke oorzaak. Bij blijvend disfunctioneren kan een behandelaar met gerichte aandacht voor dit aspect, bijvoorbeeld een oefentherapeut, een psycholoog of een ergotherapeut, een bijdrage leveren; ook kan men eventueel verwijzen naar een centrum met expertise in het omgaan met disfunctioneren en pijn.

LITERATUUR


Aanvaard op 18 december 1995

Bladvulling

Geneeskundig geheim

Dr. Aubry heeft in zijn werk La Contagion du Meurtre uitvoerig opgenomen de misdadige geschiedenis eenen nog levende familie, en deze met name genoemd. Een lid dier familie heeft nu den Schrijver aangeklaagd, en de conclusie van den Substituut-Officier van Justitie strekt tot veroordeling van Dr. Aubry, tot schadevergoeding en tot het verwijderen der aanstootelijke gedeelten uit het boek. Hoewel van de ongunstige beschreven personen niemand meer in leven is, was het, volgens de conclusie, voldoende, dat er nog kinderen of klein kinderen van hen bestaan.

(Berichten Buitenland. Ned Tijdschr Geneeskd 1896;40:419-20.)