

## KLINISCHE LES

# Nekpijn: aanvullend onderzoek alleen op indicatie

## THERAPIE IS ZELDEN NODIG

M. (Rien) Vermeulen

**DAMES EN HEREN,**

Nekpijn is een veelvoorkomende klacht waarbij aanvullend onderzoek meestal niet nodig is en therapie zelden aangewezen is.<sup>1-3</sup> In deze les wordt een patiënte besproken die zonder overleg met haar huisarts koos voor onnodig onderzoek en therapie, waarbij zij zich liet leiden door de verwarrende informatie over nekpijn die alom aanwezig is. Bij een tweede patiënte werd dit voorkomen.

**Patiënt A**, een 44-jarige secretaresse, werd door haar huisarts naar de polikliniek Neurologie verwezen nadat een ‘total bodyscan’, gemaakt op initiatief van patiënte, een arachnoïdale cyste en degeneratieve afwijkingen van de cervicale en lumbale wervelkolom had laten zien. In de verwijfsbrief vroeg de huisarts of er iets aan die cyste moest worden gedaan en daarnaast of wij patiënte ook nog eens uitleg wilden geven over de geringe klinische betekenis van deze veranderingen van de cervicale en lumbale wervelkolom.

Op onze polikliniek vertelde patiënte een maand geleden tijdens haar werk plotseling pijn in de nek te hebben gekregen. Zij had wel eens ‘spit’ laag in de rug gehad en de pijn in haar nek leek daar op. De pijn straalde niet uit naar haar armen. Inname van paracetamol gaf geen verlichting. Na op het internet een advertentie van een chiropractor te hebben gelezen, besloot zij zich door hem te laten behandelen, maar de behandeling had haar klachten doen toenemen. De chiropractor had op een door hem verrichtte myovision-scan (hierbij zou de elektrische spanning van de spieren van de wervelkolom worden gemeten) de aanwezigheid van ‘subluxaties’ vastgesteld; volgens hem ‘irriteerden de wervels haar zenuwen’. Dit paste volgens patiënte bij een hernia. Zij was zelf tot deze conclusie gekomen na raadpleging van informatie op het internet. Zij had haar huisarts om verwijzing voor een MRI-scan gevraagd. Haar huisarts concludeerde op grond van een gesprek en na lichamelijk onderzoek van haar nek en armen dat patiënte geen hernia had. Patiënte kreeg het advies af te wachten; de klachten zouden vanzelf overgaan. Patiënte vertrouwde dat niet, want de huisarts had geen scan gemaakt. Daarom had zij op eigen kosten een ‘totalbody scan’ geregeld.

In de voorgeschiedenis waren er geen bijzonderheden, afgezien van recidiverende lagerugklachten, die gemiddeld tot ongeveer 2 weken ziekteverzuim per jaar leidden.

---

Academisch Medisch Centrum, afd. Neurologie, Amsterdam.

Prof.dr. M. Vermeulen, neuroloog (m.vermeulen@amc.uva.nl).

Patiënte gebruikte paracetamol als zij rugklachten had. Zij had geen geheugen- of concentratiestoornissen. Zij had recent geen bewustzijnsverlies gehad. In haar jeugd was zij wel eens flauwgevallen. Deze gegevens zijn van belang om na te gaan of de gevonden cyste symptomatisch was. Zij had, sinds zij nekpijn had, ook wat hoofdpijn, maar daarvoor had zij geen noemenswaardige hoofdpijn.

Bij het lichamenlijk onderzoek stond de nek iets naar links gedraaid. De nek was passief onbepert beweeglijk. Wij vonden geen paresen van armen of benen en de reflexen waren symmetrisch normaal opwekbaar. Er waren geen pathologische voetzoolreflexen en geen sensibiliteitsstoornissen aanwezig. Met name het trillen van de stemvork aan de tenen werd goed gevoeld. De proef van Romberg was ongestoord. Deze waarnemingen maken compressie op het ruggenmerg door bijvoorbeeld een hernia onwaarschijnlijk. Zowel het bewegen van de rechter als de linker arm naar achter met wegdraaien van het hoofd naar de andere zijde, waardoor de zenuwwortel werd uitgerekt, deed geen pijn in de armen ontstaan. Patiënte kon met gestrekte benen vooroverbuigend met de vingers de grond aanraken zonder het ontstaan van uitstralende pijn in de benen, wat prikkeling van lumbale wortels onwaarschijnlijk maakt.

Op de MRI van de hersenen werd links temporaal een cyste gezien zonder tekenen van druk op het omliggende weefsel. De sulci rond de cyste waren open, niet anders dan rechts temporaal. Op cervicaal niveau was de ruimte tussen de wervels iets afgenomen en was er lichte haakvorming zichtbaar, maar er was geen compressie van de wortels of van het ruggenmerg. Op lumbaal niveau was de ruimte van het wervelkanaal niet-afwijkend. Wel was er ook daar enige afname van de tussenwervelruimte zonder wortelcompressie.

Vervolgens legden wij patiënte uit dat een arachnoidale cyste een aangeboren afwijking is die meestal, ook bij haar, niet van betekenis is. Het ontbreken van hoofdpijn in de voorgeschiedenis, de afwezigheid van epileptische aanvallen en van geheugen- en concentratiestoornissen wezen niet op een symptomatische cyste. De MRI-scan bevestigde de resultaten van de myovision-scan niet. Wij legden uit dat 'degeneratieve afwijkingen' een verkeerde term is voor veranderingen die met de leeftijd samenhangen. De veranderingen zeggen iets over de leeftijd van de patiënt, zoals grijze haren.

Patiënte bleek echter niet gerustgesteld te zijn, gezien de verzoeken om inlichtingen die wij ontvingen van een neuroloog en een neurochirurg elders. Ruim een half jaar na het ontstaan van haar klachten was patiënte voorzichtig weer met haar werkzaamheden begonnen.

**Patiënt B**, een 51-jarige medewerkster van een reclame-

bureau, werd door haar huisarts naar onze polikliniek verwezen met de vraag of patiënte een cervicoradiculair syndroom had. De huisarts schreef dat zij rechts een lagere tricepsreflex vond dan links.

Anamnestic vertelde patiënte dat zij sinds een paar dagen last had van pijn in haar nek. Deze pijn leek erg op de pijn die zij wel eens eerder laag in haar rug had. De klachten waren in het verleden meestal in een dag of 10 overgegaan. Haar baas raadde haar aan een chiropractor te bezoeken. Volgens advertenties konden chiropractors de pijn onmiddellijk wegnemen. Patiënte durfde echter niet naar de chiropractor te gaan zonder overleg met haar huisarts, die haar vervolgens naar ons doorstuurde. Onze bevindingen bij het neurologisch onderzoek waren als bij patiënt A. Wij gaven uitleg over de waarde van anamnese en neurologisch onderzoek en over de aard van haar nekpijn. Wij benadrukten het spontane herstel. Wij raadden bezoek aan de chiropractor af, omdat chiropraxie van de hals geen voordelen heeft, maar wel tot ernstige bijwerkingen kan leiden.

Een week na bezoek aan onze polikliniek hervatte patiënte haar werkzaamheden volledig. 6 weken na het begin van haar klachten had zij geen nekpijn meer.

## BESCHOUWING

### LICHAMELIJK ONDERZOEK

Bij pijn in de nek dient eerst te worden nagegaan of het gaat om nekpijn met wortel- of myelumcompressie. Bij wortelcompressie ontstaat uitstralende pijn in de arm. Deze pijn kan worden uitgelokt door de wortel te rekken. Door compressie van de wortels C5, C6 kan de bicepsreflex minder goed opwekbaar worden en de kracht van de biceps afnemen. Bij compressie van de wortels C7, C8 gaat het om de tricepsreflex en de kracht van de triceps. Vooral op deze niveaus komt wortelcompressie door een hernia voor. Bij compressie van het ruggenmerg kunnen loopstoornissen ontstaan door beïnvloeding van de achterstrengen, met een sensorische ataxie als gevolg. Bij onderzoek is de proef van Romberg positief en is de vibratiezin aan de tenen verminderd. Bij compressie van de piramidebaan wordt het lopen ook moeizaam, waarbij er verhoogde reflexen kunnen worden gevonden en reflexen volgens Babinski. Bij beide patiënten werden geen aanwijzingen voor wortel- of myelumcompressie gevonden. Bij patiënt A werd ook nagegaan of er laag lumbaal wortelcompressie was door haar voorover te laten buigen met gestrekte knieën.

### INDICATIES VOOR AANVULLEND ONDERZOEK

Bij pijn in de nek zonder neurologische verschijnselen is de kans zeer groot dat het gaat om onschuldige nekpijn die vanzelf weer overgaat. Het verrichten van aanvullend

onderzoek is alleen geïndiceerd na een trauma, als er een carcinoom in de voorgeschiedenis is of als de algemene conditie in korte tijd achteruit is gegaan (verdenking op metastase), of als de pijn ontstond tijdens een langdurige periode van koorts of bij een gestoorde afweer (verdenking op spondylitis).<sup>1-3</sup> Ook indien een hernia als oorzaak van de pijn wordt overwogen, wat bij patiënt B het geval was, is aanvullend onderzoek alleen nodig als besloten wordt te opereren, maar dat is uiterst zelden acuut nodig.

#### SCANS ZONDER INDICATIE

Patiënt A meende op grond van de uitslag van de myovision-scan last van een hernia te hebben. Anamnese en lichamelijk onderzoek konden volgens haar geen belangrijke informatie opleveren. Daarom wilde zij een MRI. De onjuiste gedachten over de waarde van anamnese, lichamelijk onderzoek en scans worden onvoldoende bestreden. Bovendien wordt het steeds eenvoudiger scans te laten verrichten. Patiënt A liet op eigen kosten een 'total-body scan' maken, zonder specifieke vraagstelling. Ook in ons land werken medici hieraan mee. Het aantal diagnostische centra neemt toe waar neurologen patiënten ontvangen die slechts 3 dagen nek- of rugpijn hebben. Al die patiënten krijgen een scan, ook als het neurologisch onderzoek niet-afwijkend is. Deze scans worden door de verzekeraars vergoed. Niet zelden zien wij patiënten met toevallsbevindingen op scans waarvoor geen indicatie bestond. Deze scans zijn aangevraagd door collegae. Als wij die collegae vragen waarom de scans werden gemaakt, antwoorden zij minder tijd kwijt te zijn met het aanvragen van scans dan met uitleg aan de patiënt over waarom scans niet nodig zijn. Goede voorlichting is nodig over hoe diagnostiek moet verlopen. Het zonder indicatie verrichten van scans dient teruggedrongen te worden door de overheid in samenwerking met de verzekeraars en de beroepsverenigingen.

Patiënt B bezocht eerst haar huisarts voordat zij een chiropractor wilde gaan bezoeken. Dat voorkwam niet alleen onnodige therapie, het voorkwam ook onjuiste gedachten over de oorzaak van haar klachten ('subluxaties').

#### ONJUISTE COGNITIES

Onjuiste gedachten (cognities) over de oorzaak van de klachten kunnen het herstel nadelig beïnvloeden. Dit weten we door onderzoek bij patiënten met onbegrepen klachten.<sup>4</sup> Het is aannemelijk dat dit ook het geval is bij patiënten met begrepen of gedeeltelijk begrepen klachten. Als bij een patiënt met nekpijn met uitstraling in de arm een hernia wordt gevonden, is er volgens patiënten maar 1 manier om van de pijn af te komen: verwijdering van de hernia. Pijn door een hernia kan echter ook verdwijnen zonder operatie. Daarnaast geven hernia's niet

altijd klachten en 'verwaarloosde hernia's' die eerder geopereerd hadden moeten worden, bestaan niet. Dit moet aan de patiënt worden uitgelegd.

Als degeneratieve veranderingen van de wervelkolom worden geïnterpreteerd als oorzaak van de klachten en als slijtage, is herstel niet meer te verwachten. Wat versleten is, kan immers niet herstellen. Daarom moet het vermelden van de term 'degeneratieve veranderingen' in verslagen van beeldvormend onderzoek worden vermeden, ook omdat patiënten tegenwoordig die verslagen lezen. Degeneratieve veranderingen van de wervelkolom worden vrijwel even vaak gezien bij mensen met pijn als bij mensen van dezelfde leeftijd zonder pijn.<sup>5,6</sup> Beter is te beschrijven of veranderingen van de wervelkolom hebben geleid tot compressie van wortels of ruggenmerg.

Patiënt A werd vroeg na het ontstaan van de nekklachten behandeld door een chiropractor, patiënt B overwoog dit. Zij meenden een oorzaak voor de pijn te hebben die onmiddellijke behandeling behoeft. Dat spontaan herstel eerder regel dan uitzondering is, wisten zij niet. Vooral advertenties van chiropractors beloven tegenwoordig veel en ook in medische tijdschriften wordt soms een te gunstig beeld van deze therapie geschilderd. Het *NTvG* is hierop geen uitzondering.<sup>7,8</sup>

#### KLINISCHE RELEVANTIE

Recent verscheen een publicatie waarin 3 behandelingen bij patiënten met nekpijn met een duur van de pijn van tenminste 2 en ten hoogste 12 weken waren vergeleken: een groep kreeg manuele therapie door een chiropractor, een groep werd behandeld met medicijnen tegen pijn en een groep moest thuis oefeningen doen.<sup>7-9</sup> Helaas was er niet een groep zonder therapie, maar de groep met oefeningen thuis komt daar dicht bij. Dit Amerikaanse onderzoek werd gesubsidieerd door The National Center for Complementary and Alternative Medicine. De onderzoekers hadden als primaire uitkomstmaat een pijnscore gekozen; als secundaire uitkomstmaat werd naar het functioneren van deze patiënten gekeken. De resultaten lieten geen verschil zien tussen de behandelingen. De gemiddelde score van de 3 groepen op het fysieke deel van de 'short form 36' (SF-36), een kwaliteit-van-levenschaal, was niet klinisch relevant verschillend. Ook in de pijnscores waren er geen klinisch belangrijke verschillen: de gemiddelde scores van de 3 groepen aan het begin van het onderzoek varieerden van 4,93-5,27 op een schaal van 0-10, waarbij 0 geen pijn en 10 de ergst mogelijke pijn is. Aan het eind van het onderzoek waren deze gemiddelden respectievelijk 1,60 en 2,14, afgerond 2. Dit betekent dat, ongeacht de behandeling, deze patiënten weinig pijn hadden. Bij de beschrijving van de resultaten legden de onderzoekers de nadruk op statistisch significante verschillen, niet op klinisch relevante. De pijnscores van de

## LEERPUNTEN

- **Bij pijn in de nek zonder aanwijzingen voor neurologische afwijkingen bestaat er alleen een indicatie voor aanvullend onderzoek na een trauma, bij een carcinoom in de voorgeschiedenis of bij snelle achteruitgang van de algemene conditie (verdenking op metastase), bij ontstaan van de pijn tijdens een langdurige koortperiode of bij een gestoorde afweer (verdenking op spondylitis).**
- **Bij de verdenking op een cervicaal radiculair syndroom door een hernia is, zolang er geen paresen in de armen en neurologische afwijkingen aan de benen zijn, beeldvormend onderzoek alleen geïndiceerd als operatie wordt overwogen.**
- **De zogenaamde 'degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom' hebben geen klinische betekenis. Gebruik van deze term leidt tot verkeerde veronderstellingen over de oorzaak van de klachten en moet daarom vermeden worden.**
- **Oefeningen thuis doen bij nekpijn is niet zo effectief als behandeling door een chiropractor.**
- **Chiropraxie van de nek heeft zeldzame, maar ernstige bijwerkingen.**

chiropraxiegroep en de groep met oefeningen thuis waren statisch significant beter dan die van de groep die medicatie tegen pijn kreeg. Deze verschillen verdwijnen al als de scores in 1 decimaal worden weergegeven. Deze nadruk op statistisch significante verschillen zonder te letten op klinische relevantie, komt ook voor bij andere therapieën dan chiropraxie bij nekpijn.<sup>10</sup>

Volgens een commentaar in het *NTvG* naar aanleiding van het hiervoor beschreven Amerikaanse onderzoek werden geen belangrijke verschillen in bijwerkingen gevonden.<sup>7</sup> Dat is juist, maar de meeste studies zijn niet groot genoeg om verschillen in bijwerkingen te kunnen detecteren. Chiropraxie heeft ernstige bijwerkingen, ook in het *NTvG* is daarover gerapporteerd.<sup>11,12</sup> Hoe chiropraxie gunstige effecten zou kunnen hebben is niet goed

te begrijpen, de nadelige des te beter. Bij de manipulaties aan de nek kunnen dissecties van de A. vertebralis ontstaan wat herseninfarcten tot gevolg kan hebben. Deze waarnemingen zijn in twijfel getrokken. Nekpijn zou ontstaan door dissecties waarna behandeling met chiropraxie volgt. Deze verdediging van chiropraxie bleek onhoudbaar te zijn. De relatie tussen dissectie en chiropraxie bleef overeind na correctie voor voorafgaande nekpijn.<sup>13</sup>

**Dames en Heren**, pijn in de nek zonder neurologische symptomen of afwijkingen gaat meestal spontaan over. Het verrichten van aanvullende diagnostiek kan verkeerde ideeën over de oorzaak van de pijn doen ontstaan bij patiënt en behandelaar. Deze onjuiste gedachten kunnen leiden tot vertraging van het herstel, vergelijkbaar met onjuiste gedachten van patiënten met onverklaarde klachten die het herstel in de weg staan. Goede voorlichting over de waarde van aanvullend onderzoek kan helpen, waarbij de verzekeraars en de beroepsverenigingen hun bijdrage kunnen leveren door publieke voorlichting te verbeteren. Beroepsverenigingen kunnen ook een gunstige invloed hebben door zich uit te spreken tegen preventieve diagnostiek en tegen diagnostische centra. Verzekeraars zouden strenger kunnen zijn met het vergoeden van onnodige diagnostiek. Bij de beoordeling van interventiestudies, zeker bij aandoeningen met een goed-aardig spontaan beloop zoals nekpijn, is het belangrijk na te gaan of de gevonden verschillen klinisch relevant zijn. Niet ieder statistisch significant verschil moet blindelings worden geaccepteerd.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 22 november 2012

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157:A5462

 **KIJK OOK OP [WWW.NTVG.NL/KLINISCHEPRAKTIJK](http://WWW.NTVG.NL/KLINISCHEPRAKTIJK)**

## LITERATUUR

- 1 Vos C, Verhagen AP, Passchier J, Koes B. Management of acute neck pain in general practice: a prospective study. *Br J Gen Pract.* 2007;57:23-8.
- 2 Verhagen AP, van Ruiven S, Thomas S. Diagnostiek en behandeling van nekpijn. *NedTijdschrGeneeskd.* 2009;153:B169.
- 3 Sanders HWA, Gijn J van, Veraart BEEMJ, Tulleken CAF, Luken JNM, Vermeer JP. Klinische betekenis van degeneratieve afwijkingen van de lumbale wervelkolom en consequenties van het aantonen ervan. *NedTijdschrGeneeskd.* 1983;127:1374-85.
- 4 Deary V, Chalder T, Sharpe M. The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychological Review.* 2007;27:781-97.
- 5 Wiesel SW, Tsourmas N, Feffer HL, Citrin CM, Patronas N. A study of computer-assisted tomography. I. The incidence of positive CAT scans in an asymptomatic group of patients. *Spine.* 1984;9:549-51.
- 6 Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med.* 1994;331:69-73.

- 7 Koes BW. Manuele therapie bij nekpijn: steeds meer bewijs voor effectiviteit. *NedTijdschrGeneesk*. 2012;156:A4599.
- 8 Van Weelden K. Pijnstilling bij neklachten is minder effectief dan wervelmanipulatie of thuisoefeningen. *NedTijdschrGeneesk*. 2012;56:A4608.
- 9 Bronfort G, Evans R, Anderson AV, Svendsen KH, Bracha Y, Grim RH. Spinal manipulation, medication, or home exercise with advice for acute and subacute neck pain: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2012;156:1-10.
- 10 Kuiper B, TansJThJ, Nollet F, Beelen A, De Visser M. Recent ontstane cervicalradiculopathie: minder pijn met halskraag of fysiotherapie. *NedTijdschrGeneesk*. 2010;154:A1283.
- 11 Bosch DA, Peeters FLM. Dissectie van de A. vertebralis na manuele therapie van de halswervelkolom. *NedTijdschrGeneesk*. 1993;137:2668.
- 12 Kuitwaard K, Flach HZ, van Kooten F. Dubbelzijdige A. vertebralisdissectie tijdens chiropraxiebehandeling. *NedTijdschrGeneesk*. 2008;52:2464-9.
- 13 Smith WS, Johnston SC, Skalabrin EJ, Weaver M, Azari P, Albers GW, et al. Spinal manipulative therapy is an independent risk factor for vertebral artery dissection. *Neurology*. 2003;60:1424-8.