

Herziene NHG-standaard 'Lumbosacraal radiculair syndroom'

A.F.E. (Arianne) Verburg, Annemieke Schaafstra, Wilma E.M. Spinnewijn, Bart W. Koes, Margriet Bouma en Jako S. Burgers

Onlangs publiceerde het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) de standaard 'Lumbosacraal radiculair syndroom'.

Deze standaard geeft huisartsen richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met lumbosacraal radiculair syndroom.

In dit artikel bespreken wij de belangrijkste veranderingen en aanpassingen van deze standaard in hoofdpunten.

De belangrijkste aanbevelingen voor het beleid zijn samengevat in een stroomdiagram.

Recent werd de tweede herziening van de NHG-standaard 'Lumbosacraal radiculair syndroom' gepubliceerd. Het lumbosacraal radiculair syndroom wordt gekenmerkt door uitstralende pijn in het been, die al dan niet gepaard gaat met andere prikkelingsverschijnselen en neurologische uitvalsverschijnselen en die suggestief is voor een aandoening van 1 – of soms 2 – specifieke lumbosacrale zenuwwortel. Naast aanbevelingen voor de diagnostiek en het beleid bij patiënten met aanwijzingen voor lumbosacraal radiculair syndroom geeft de standaard aanbevelingen voor de diagnostiek en het beleid bij patiënten met aanwijzingen voor neurogene claudicatio intermittens op basis van een symptomatische lumbale wervelkanaalstenose.

De NHG-standaard is tot stand gekomen in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie, de Nederlandse Orthopaedische Vereniging en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Deze standaard sluit aan bij de evidencebased aanbeveling 'Verstandige keuzes bij een lage rughernia' van de Federatie Medisch Specialisten, ZonMw en de Patiëntenfederatie NPCF (zie voor de 'Verstandige keuzes bij een lage rughernia': www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/Verstandig%20Kiezen/Verstandige%20Keuzes%20bij%20een%20lage%20rughernia_nieuw.pdf).

We bespreken hier de belangrijkste veranderingen in de NHG-standaard vergeleken met de vorige versie. De volledige tekst van de standaard is te vinden op de NHG-website (www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-lumbosacraal-radiculair-syndroom).

NHG, afd. Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht.

Drs. A.F.E. Verburg, dr. M. Bouma en dr. J.S. Burgers, huisartsen.

Huisartsenpraktijk Ottenhoff, Zaandam.

Drs. A. Schaafstra, huisarts.

Dr. W.E.M. Spinnewijn, huisarts.

Erasmus MC, afd. Huisartsgeneeskunde, Rotterdam.

Prof.dr. B.W. Koes, epidemioloog.

Contactpersoon: drs. A.F.E. Verburg (a.verburg@nhg.org).

AANWIJZINGEN VOOR EEN ERNSTIGE OORZAAK

Bij een klein percentage van de patiënten is een andere aandoening dan een discushernia de oorzaak van radiculaire pijn. Het is niet goed onderzocht wat alarmsymptomen zijn voor een ernstige oorzaak van lumbosacraal radiculair syndroom, zoals een wervelmetastase of spondylodiscitis. Op basis van de mening van experts ('expert opinion') zijn risicofactoren en kenmerken geformuleerd die kunnen wijzen op een ernstige oorzaak van lumbosacraal radiculair syndroom.

De aanwezigheid van een enkel kenmerk, bijvoorbeeld koorts of hevige pijn, hoeft niet direct op ernstige afwijkingen te wijzen. Een combinatie van meerdere kenmerken, zeker bij een onverklaarbaar langdurig of progressief beloop, vergroot de waarschijnlijkheid dat de pijn door een andere aandoening dan een discushernia wordt veroorzaakt. Bij patiënten met aanwijzingen voor een ernstige oorzaak van de klachten vindt verwijzing naar de neuroloog plaats, al dan niet met spoed (figuur).

MAXIMAAL BEREIKBARE VINGER-VLOERAFSTAND

De maximaal bereikbare vinger-vloerafstand is toegevoegd aan het lichamelijk onderzoek bij patiënten met aanwijzingen voor lumbosacraal radiculair syndroom. Dit onderzoek kan in aanvulling op of als alternatief voor de proef van Lasègue of gekruiste proef van Lasègue worden uitgevoerd. De testeigenschappen voor het aantonen van wortelcompressie op MRI zijn beperkt, net als die van de proef van Lasègue. In onderzoek bij een eerstelijns populatie was de maximaal bereikbare vinger-vloerafstand > 25 cm echter een onafhankelijke voorspeller voor de aanwezigheid van zenuwcompressie op MRI, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de proef van Lasègue.

GEEN BEELDVORMENDE DIAGNOSTIEK IN DE EERSTE LIJN

De diagnose 'lumbosacraal radiculair syndroom' wordt gesteld op basis van de anamnese en het lichamelijk onderzoek. De aanvraag van beeldvormende diagnostiek door de huisarts bij patiënten met lumbosacraal radiculair syndroom wordt ontraden. Het belangrijkste argument om als huisarts geen CT- of MRI-diagnostiek aan te vragen is het gunstige spontane beloop: het grootste deel van de patiënten herstelt binnen 12 weken met een conservatieve behandeling. De bevindingen bij beeldvormende diagnostiek hebben dan ook geen consequenties voor het beleid.

Een uitzondering hierop is allereerst een vermoeden van een ernstige oorzaak van lumbosacraal radiculair syndroom, bijvoorbeeld een wervelmetastase of spondylodiscitis (zie onder het kopje 'Aanwijzingen voor een ernstige oorzaak'). De patiënt wordt dan naar de neuroloog verwezen.

Daarnaast is beeldvormende diagnostiek zinvol bij patiënten die in aanmerking komen voor een operatieve interventie. Een operatieve interventie wordt overwogen als het herstel onvoldoende is bij een klachtenduur van 12 weken. Beeldvormend onderzoek bij patiënten met lumbosacraal radiculair syndroom dat vermoedelijk is gebaseerd op een discushernia, heeft pas consequenties voor het beleid als een operatie overwogen wordt. Met dit onderzoek kan de operatie-indicatie worden geverifieerd. Ook kunnen hiermee de technische benadering en het wortelniveau waarop geopereerd moet worden, worden beoordeeld.

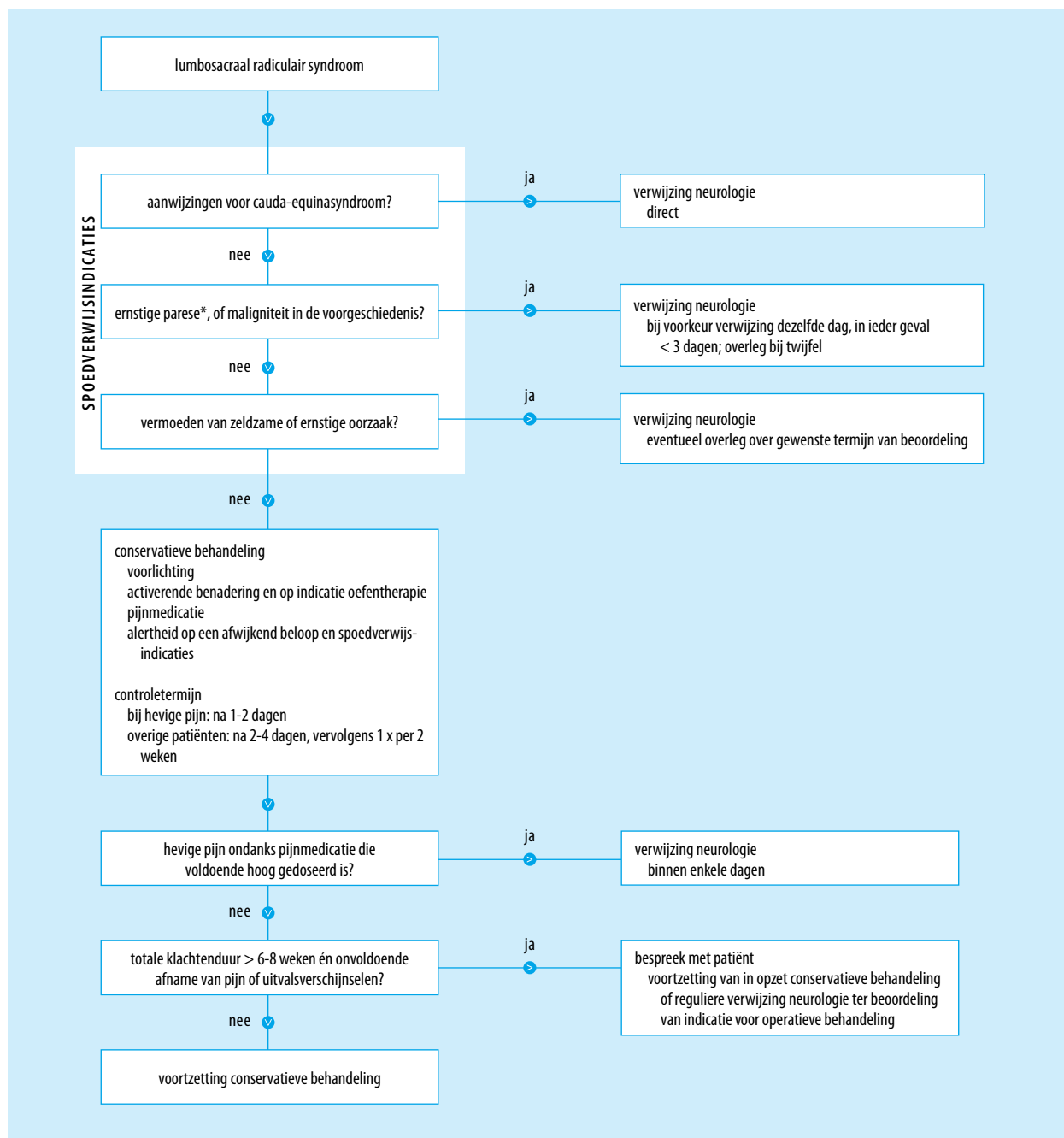
Een aanvullende argument om als huisarts geen beeldvormende diagnostiek aan te vragen is de hoge prevalentie van degeneratieve afwijkingen, die over het algemeen asymptomatisch zijn en die niet direct de klachten verklaren; deze afwijkingen omvatten ook discushernia's. Het is daarom lastig om de klachten van de patiënt te kunnen relateren aan het wortelniveau van de eventuele afwijkingen op de CT of MRI. Bovendien kan de hoge prevalentie van afwijkingen op een CT- of MRI-scan die over het algemeen geen klinische betekenis hebben, aanleiding geven tot onnodige ongerustheid bij de patiënt, met medicalisering of angst om te bewegen als gevolg. Ten slotte zijn er geen aanwijzingen dat het verrichten van beeldvormende diagnostiek in de acute fase tot een sneller herstel leidt.

De aanbeveling om in de periode waarin het spontaan herstel afgewacht wordt, geen beeldvormende diagnostiek te verrichten – ook niet in de tweede lijn – is in overeenstemming met het advies van de 'Verstandige keuzes bij een lage rughernia'.

GEDEELDE BESLUITVORMING

Bij patiënten met lumbosacraal radiculair syndroom dat vermoedelijk gebaseerd is op een discushernia, is er een grote kans op spontaan herstel. Daarom wordt een conservatief beleid gevoerd gedurende 12 weken alvorens eventueel een operatie uit te voeren. Gedurende deze periode wordt de patiënt geadviseerd gedoseerd te bewegen en door te gaan met de dagelijkse activiteiten voor zover de klachten dit toelaten. In deze periode is pijnstilling die voldoende hoog gedoseerd is van groot belang.

Bij een klachtenduur langer dan 6-8 weken – dit is mede afhankelijk van de regionale doorlooptijd van de verwijzing naar de neuroloog tot de operatie – en onvoldoende afname van de pijn of uitvalsverschijnselen, bespreekt de huisarts met de patiënt welke behandeloptie de voorkeur heeft. De mogelijkheden zijn voortzetting van de in opzet conservatieve behandeling of verwijzing naar de neuroloog ter beoordeling van de indicatie voor operatieve behandeling. Bij onvoldoende verbetering van de klachten na circa 12 weken leidt operatieve behandeling tot een sneller herstel dan een in opzet voortgezette conser-



FIGUUR Stroomdiagram voor het beleid bij patiënten met lumbosacraal radiculair syndroom.

* Ernstige parese is beweging die geen weerstand overwint.

vatieve behandeling. Maar na 1 jaar is er geen verschil in effectiviteit tussen de twee behandelopties.

In de NHG-standaard staat een tabel met de belangrijkste voor- en nadelen van operatieve behandeling en voortgezette conservatieve behandeling. Daarnaast wordt verwezen naar de keuzehulp 'Hernia in de onder-rug' (zie: <http://keuzehulpen.thuisarts.nl/node/16>).

WERVELKANAALSTENOSE

Bij de meeste patiënten verloopt een wervelkanaalstenose asymptomatisch. Kenmerkend voor patiënten met een symptomatische wervelkanaalstenose zijn uitstralende pijn, dove gevoelens of krachtsverlies in één of beide benen of in het rijnbroekgebied, die optreden bij staan of lopen en verdwijnen bij zitten of vooroverbui-

gen (neurogene claudicatio intermittens).

Het beleid is in opzet conservatief. De huisarts verwijst de patiënt eventueel naar de fysiotherapeut en zo nodig wordt pijnmedicatie voorgeschreven. De huisarts bespreekt met de patiënt of verwijzing naar de neuroloog geïndiceerd is, zoals bij diagnostische onzekerheid of bij ernstige of progressieve klachten. Bij patiënten met ernstige of progressieve klachten kan operatieve behandeling worden overwogen.

TOT SLOT

De aanbevelingen in de herziene NHG-standaard 'Lumbosacraal radiculair syndroom' zijn gebaseerd op wetenschappelijk bewijs over de diagnostiek en het beleid bij patiënten met lumbosacraal radiculair syndroom, en op discussies binnen de werkgroep. De aanbevelingen voor de aanvullende diagnostiek zijn terughoudender dan in de vorige versie van deze standaard. Het is in eerste instantie niet nodig om aanvullende diagnostiek te verrichten, omdat dit geen consequenties heeft voor het beleid van de huisarts.

Het ziektebeloop van een eerstelijns populatie van patiënten met lumbosacraal radiculair syndroom is in het algemeen gunstig en een in opzet conservatieve behandeling is daarom geïndiceerd. Het natuurlijke beloop wordt gebruikt om patiënten te selecteren die voor een operatieve ingreep in aanmerking komen of willen komen.

De diagnostiek en het beleid bij patiënten met lumbosacraal radiculair syndroom zoals beschreven in deze standaard, sluiten aan bij het standpunt van de neurologen, neurochirurgen en orthopeden over deze aandoening en kunnen bovendien worden beschouwd als typisch huisartsgeneeskundig handelen.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 22 april 2015

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A9122

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A9122**