

## Rugaandoeningen in de huisartspraktijk

Het behandelen van rugaandoeningen wordt over het algemeen als een moeizame aangelegenheid ervaren – een *mer à boire*, waarbij men zich zou kunnen afvragen of nascholing en protocollering wellicht uitkomst zouden kunnen bieden. Na het lezen van deze aflevering van *Huisarts & Praktijk* – die geheel bestaat uit bijdragen vanuit de huisartsgeneeskunde – lijkt dat een al te simpele voorstelling van zaken.

Zoals te verwachten viel, brengt het bestuderen van het handelen van huisartsen bij rugklachten een ruime mate van variatie aan het licht, zij het dat bij de lage rugpijn, de meest frequent gestelde diagnose uit de hier gepresenteerde groep, van een werkelijk grote spreiding geen sprake blijkt.

Heel duidelijk wordt dat onze inzichten in het natuurlijke beloop van rugaandoeningen en in het effect van diverse behandelingen op dit moment ernstig te kort schieten. Als gevolg van deze lacunes is het geen sinecure, richtlijnen, werkafspraken of protocollen voor het huisartsgeneeskundig handelen te formuleren. De conclusie ligt dan ook voor de hand, dat het probleem niet zozeer veroorzaakt wordt door insufficiënties in de huisartsgeneeskunde, als wel door een gebrek aan medisch-wetenschappelijke inzichten. Nader onderzoek is dan ook dringend geboden.

In een drietal bijdragen – Van Weel, Schellekens e.a. en Rutten e.a. – wordt ingegaan op beloop en behandeling van lage rugklachten. De lokalisatie van de rugpijn blijkt de belangrijkste voorspellende factor te zijn voor het verloop: uitstraling heeft een duidelijk ongunstige prognose. De behandeling van uitstralende rugpijn is intensiever in de zin van meer verwijzingen naar medische specialisten en meer radiologie. De huisarts wordt vaker opnieuw geconsulteerd. Ook de fysiotherapeut wordt vaker dan wel sneller ingeschakeld.

Hoe belangrijk het onderscheid tussen wel en niet uitstralende pijn ook is, op het door de huisarts verrichte lichamelijk onderzoek heeft het (de proef van Lasègue daargelaten) weinig invloed – een bevinding die consequenties heeft bij het protocolleren van het handelen van de huisarts. Het beleid van de huisarts blijkt daarnaast bij rugpijn die zich tot de rug zelf beperkt, homogener te zijn dan bij rugpijn met uitstraling.

De vraag dringt zich op in hoeverre uitstralende en niet uitstralende rugpijn verschillende ziektebeelden zijn. Dat er bij individuele patiënten sprake is van een in elkaar overgaan van deze twee beelden, is bekend.<sup>1</sup> Een longitudinale analyse van de diverse diagnoses levert weinig aanwijzingen voor het idee, dat spit,

ischias en hernia verschillende uitingsvormen zijn van één ziektebeeld. Er is een kleine groep patiënten met recidiverende problemen, en ook een kleine groep die snel de verschillende fasen van de uitstralende pijn/niet uitstralende pijn doorloopt. Voor de meeste patiënten blijkt rugpijn echter een relatief snel verdwijnende, weinig frequent recidiverende en tot weinig herhalingscontacten aanleiding gevende aandoening.

Dat dit nog niet betekent dat de patiënt ook altijd van zijn klachten af is, komt naar voren uit het onderzoek van Rutten e.a., dat ook al interessant is door de koppeling van de uitkomsten van een patiënten-enquête aan de gegevens van de huisartsen: 22 procent van de patiënten die niet meer terugkwamen bij de huisarts, heeft na verloop van tijd nog steeds klachten. Dit maakt het des te belangwekkender, ons verder te verdiepen in de redenen waarom patiënten met rugklachten dan wél naar de huisarts komen (De Geus en Van der Horst). Om hierover algemenere conclusies te kunnen trekken, is het nodig te komen tot een betrouwbaar meetinstrument.

Bij alle medische „techniek” zal de huisarts het ook bij rugpijn bovenal van de gespreksvoering, de anamnese moeten hebben. Ook in de ontwikkelde protocollen komt dit tot uiting. Daarbij kan de beleving van de rug door de patiënt een belangrijke aanwijzing geven voor de aard van het probleem. Een analyse van het taalgebruik bij het presenteren van de klachten (Oosterhuis) is daarbij een fascinerende zaak.

Het moge dan zo zijn, dat er duidelijke witte plekken in onze kennis en inzichten zijn aan te wijzen, dat ontslaat de medicus practicus er niet van te handelen bij klachten en aandoeningen van de rug. En daarbij moet hij zich baseren op de bestaande meningen, opvattingen en onzekerheden. Twee artikelen in deze bundel bieden vanuit deze situatie informatie: Crul houdt zich bezig met rugklachten en arbeid, Hoekstra gaat in op het probleem van afwijkingen aan de rug zonder klachten.

Het blijkt dat huisartsen goed op de hoogte zijn van het werk en de werkomstandigheden van hun patiënten, terwijl bij rugklachten de werkomstandigheden frequent expliciet ter sprake komen. Bewegingsarmoede is waarschijnlijk evenzeer van belang als „overbelasting”. Wanneer men zich bezighoudt met de vraag of afwijkende bevindingen die (nog) geen klachten geven, tot interventie aanleiding moeten geven, betreedt men het terrein van de preventie. Toegespitst op de afwijkingen van de rug betekent dit,

dat inzicht in het natuurlijk beloop en het effect van de behandeling hier van bijzonder groot belang is. Een werkelijk inzicht in de betekenis van de meeste afwijkingen blijkt echter te ontbreken en getalsmatige informatie is nagenoeg geheel afwezig. Op grond daarvan zijn de principes die van toepassing zijn op screening, preventie en anticiperende geneeskunde hier niet toepasbaar.

Daarnaast is er het probleem, dat veel gegevens afkomstig zijn uit de klinische specialistische literatuur, en dus niet zonder meer van toepassing zijn op patiënten uit de huisartspraktijk.<sup>2</sup> Het gaat hierbij met name om de juveniele idiopatische scoliose – een afwijking die men iemand gaarne bespaart, en waarbij men begrijpelijkerwijze door vroegtijdig ingrijpen desastreuze ontwikkelingen hoopt te voorkomen. De laatste tijd wordt hernieuwd aandacht voor deze afwijking gevraagd en wordt meer en meer bepleit hierop te screenen. Een recente revisie van de beschikbare informatie leidt echter tot de conclusie, dat screenen op scoliose ongegrond is, omdat op geen enkele wijze voldaan is, aan de door Wilson en Jungner geformuleerde voorwaarden voor screening.<sup>3</sup> Hoe voorzichtig en behoedzaam men zijn ideeën ook formuleert, vooralsnog is er weinig steun voor een andere opstelling dan de grootste terughoudendheid in dezen voor de huisarts.

Tenslotte zijn er drie bijdragen over protocollen, werkafspraken en richtlijnen. Mesker-Niessen e.a. beschrijven hun protocollaire benadering van rugpijn, Kerkhof bericht over werkafspraken voor radiodiagnostiek van de lumbale wervelkolom en Crebolder verslaat de ervaringen van een groep huisartsen die met fysiotherapeuten tot afspraken over de behandeling van lage rugpijn proberen te komen.

Over het voor en tegen van protocollen is veel te doen. Belangrijk daarbij is, welke consequenties voor de patiënt verbonden zijn aan het afwijken van het protocol, terwijl men zich daarnaast kan afvragen of wel voldoende specifiek huisartsgeneeskundige aspecten, zoals de gezinsgeneeskunde en de levensloopgeneeskunde, in het protocol naar voren komen.

Bijzonder belangwekkend is daarbij de interne consistentie: gemeten naar de maatstaven van het protocol, blijken huisartsen die bij de probleemverheldering weinig gericht en summier te werk gaan, dat ook te doen bij hun verdere beleid. Daarmee is dus een algemener kenmerk van het handelen van de betreffende huisarts vastgelegd. Gegeven het hier reeds meermalen genoemde, gebrekkige inzicht in het natuurlijke beloop en de betekenis van interventie, wekt het geen verwondering dat aan richtlijnen, protocollen of wat dies meer zij bij de huidige stand van zaken slechts relatieve betekenis kan worden toegekend. Parallel daarmee blijkt het interpreteren van

werkafspraken een moeilijke opgave en zien we een grote variatie bijvoorbeeld bij het aanvragen van röntgenonderzoek. Hetzelfde geldt ten aanzien van fysiotherapie: huisartsen vragen op zeer uiteenlopende momenten en op zeer uiteenlopende gronden fysiotherapie aan, terwijl de fysiotherapeuten vervolgens zeer verschillende behandelingen toepassen. Dat langdurige en intensieve samenwerking op den duur toch vruchten kan afwerpen, mag blijken uit het feit dat het gebruik van fysiotherapeutische voorzieningen door een aantal huisartsen die intensief samenwerken met de fysiotherapie, nauwelijks uiteenloopt (Van Weel).

Vanzelfsprekend is het interessant, welke consequenties de protocollenmakers zullen verbinden aan de hier gepresenteerde informatie.

Hoofddoelstelling van deze uitgave is het bieden van praktische informatie en het overbrengen van nieuwe wetenschappelijke feiten. Het gaat er daarbij om de huisarts te ondersteunen in zijn hulpverlening aan patiënten met aandoeningen van de rug. Een van de misschien wel verrassendste en in ieder geval belangrijkste constatering mag zijn dat het handelen van de huisarts bij aandoeningen van de rug lang niet zo als los zand aan elkaar blijkt te hangen als wel wordt aangenomen, en dat juist uit de confrontatie met de praktijk er vanuit de huisartsgeneeskunde belangrijke aanzetten liggen om tot een verdere onderbouwing van het huisartsgeneeskundig handelen te komen.

Tot slot moge hier aandacht gevraagd worden voor een experiment. Hoewel *Huisarts en Wetenschap* sinds jaar en dag Engelse summaries publiceert van de artikelen die ook voor de niet-Nederlandse lezer van belang zouden kunnen zijn, is de redactiecommissie zich bewust van de beperkingen die daaraan zijn verbonden. Daarom zijn in deze aflevering van *Huisarts & Praktijk* de vijf artikelen waarin uitvoerige kwantitatieve informatie wordt geboden, voorzien van een veel uitvoeriger type summary, de *synopsis*. Hierin wordt het artikel op de voet gevolgd, waarbij in het bijzonder aandacht wordt besteed aan de uitkomsten van het onderzoek. In verband daarmee is een deel van de tabellen en figuren in de oorspronkelijke artikelen eveneens in het Engels uitgevoerd.

Dr. C. van Weel

<sup>1</sup> Hodgkin K. Towards earlier diagnosis in primary care. Edinburgh, etc.: Churchill Livingstone, 1978.

<sup>2</sup> Velden HGM van der. Diagnose of prognose. *Huisarts en Wetenschap* 1983; 26: 125-8.

<sup>3</sup> Leaver JM, Alvik A, Warren MD. Prescriptive screening for adolescent idiopathic scoliosis. *Int J Epidemiol* 1982; 11: 101-11.