

Rugklachten in de huisartspraktijk

Incidentie/prevalentie en het diagnostisch-therapeutisch handelen door de huisarts

DR. C. VAN WEEL

De huisarts ziet dagelijks patiënten met klachten over hun rug en hanteert daarbij een heel assortiment aan diagnostiek en therapie. Bij nadere beschouwing blijkt echter dat de gegevens die voor een rationeel handelen benodigd zijn, veelal ontbreken. Harde cijfers over het vóórkomen van rugklachten en het beleid van de huisarts daarbij zijn daarom van fundamenteel belang. In deze bijdrage gegevens uit het monitoringproject en enkele andere morbiditeitsregistraties.

Inleiding

In deze bijdrage komen drie onderwerpen aan de orde:

- Incidentie en prevalentie van aandoeningen van de rug.
- Het handelen van de huisarts bij aandoeningen van de rug.
- Interdokter-variantie bij het handelen bij aandoeningen van de rug.

De gegevens zijn voor het merendeel ontleend aan het monitoringproject.^{1,2}

De incidentie- en prevalentiecijfers zijn berekend over de *basispopulatie*, de populatie die gedurende de gehele registratieperiode tot een van de deelnemende praktijken behoorde (N = 16.863).

De gegevens over het therapeutisch handelen van de huisarts hebben betrekking op de *contacten* wegens de betreffende diagnoses.

De gegevens over de – diagnostische of therapeutische – verwijzingen zijn berekend over de *aantallen patiënten* met de betreffende diagnoses.

Incidentie/prevalentie

De gegevens betreffende incidentie en prevalentie zijn weergegeven in *tabel 1*. *Tabel 2* geeft bovendien de geslachtsverdeling en de aantallen herhalingscontacten. In het vervolg van deze paragraaf zal niet steeds naar deze twee tabellen verwezen worden.

- *Lage rugpijn*. De lage rugpijn zonder uitstraling naar de benen, is met een incidentie van circa 38 de meest geïncidende aandoening van de rug. Ook binnen het hele morbiditeitspectrum van de huisartsgeneeskunde neemt deze aandoening kwantitatief een belangrijke plaats in, vergelijkbaar met acute bronchitis en cerumen.²

De registratie van lage rugpijn komt voornamelijk tot stand op grond van nieuwe ziektegevallen; het aantal herhalingscontacten is beperkt. In hoeverre patiënten later weer terugkomen met „nieuwe” rugklachten, is echter op

Das ergab eine schiefe Scheuche, denn der Müller war ein ganz und gar schiefer Mann. Weil er rechtsschultrig die Korn- und Mehlsäcke trug, war diese Schulter um eine Handfläche breiter, so dass jedermann, der den Müller frontal sah, den unbändigen Wunsch bekämpfen musste, des Müllers Kopf mit beiden Händen fassen und in Ordnung rücken zu wollen.

Günter Grass, Hundejahre

grond van deze gegevens niet vast te stellen.

De diagnose lage rugpijn wordt in vrijwel gelijke mate gesteld bij mannen en vrouwen, zij het dat er een licht vrouwenoverwicht is. De aandoening komt vanaf de leeftijdsklasse 15-24 jaar frequent voor; de top ligt bij de 45-64-jarigen.

- *Lage rugpijn met uitstraling naar de benen*. In vergelijking met de lage rugpijn zonder uitstraling speelt hier het chronische c.q. recidiverende karakter een wat grotere rol. Het aantal contacten met de huisarts is eveneens wat groter.

De leeftijdsverdeling geeft hetzelfde beeld als de lage rugpijn zonder uitstraling, evenals de geslachtsverdeling.

- *Nekpijn*. Qua frequentie is nekpijn de tweede aandoening van de wervelkolom. Evenals bij lage rugpijn ligt de nadruk op nieuwe ziekte-episoden; het aantal vervolcontacten is beperkt. De leeftijdsverdeling volgt het inmiddels bekende patroon, de geslachtsverdeling wijkt daar duidelijk van af: de diagnose wordt bij aanzienlijk vaker bij vrouwen gesteld dan bij mannen.

- *Verworven houdingsafwijkingen*. Ook hier ligt de nadruk op de nieuwe gevallen, terwijl opnieuw het aantal herhalingscontacten beperkt is. Vanaf het vijfde jaar wordt de diagnose bij alle

Tabel 1 – Table 1. Incidentie en prevalentie van aandoeningen van de rug – Incidence and prevalence of syndromes related to the vertebral column.

ICHPPC-2	Incidence		Prevalence		Two year incidence					
	1st year	2nd year	1st year	rest 2nd year	0-4	5-14	Age 15-24	25-44	45-64	65+
235 Cervical spine syndromes	19.9	23.6	22.6	0.9	2.0	7.4	16.9	47.5	70.8	60.5
396 Osteoarthritis, cervical/thorac*	5.0	4.0	8.1	1.5	–	–	0.4	2.1	18.7	25.0
397 Osteoarthritis lumbar*	3.4	2.4	6.9	1.7	–	–	–	3.2	11.0	14.4
238 Back pain w.o. radiating symptoms	36.3	39.9	40.8	0.8	2.0	7.0	50.0	94.9	105.8	94.0
239 Back pain with radiating symptoms	12.6	12.2	15.1	0.5	–	–	6.5	27.7	46.6	30.0
240 Acquired deformities of spine	2.5	2.4	3.1	0.1	–	5.7	5.0	5.0	4.3	4.3

leeftijdsgroepen in gelijke mate gesteld, en er is geen verschil tussen de geslachten.

• *Osteoarthritis lumbalis**. Zoals te verwachten bij een degeneratieve aandoening, wordt de prevalentie voor een belangrijk deel bepaald door reeds bekende patiënten. Aan de prevalentie van 6,9 wordt in het tweede registratiejaar nog een betrekkelijk grote „restgroep” toegevoegd; dit is deels het gevolg van veranderingen van eerdere diagnoses (bijvoorbeeld na röntgenonderzoek), deels doordat de huisarts pas in het tweede jaar bezocht werd wegens een „oude” en dus bekende rugklacht. Dit laatste kan betekenen, dat het hier gaat om een ziektebeeld dat, naast periodes met klachten, ook (lange) periodes zonder klachten telt. Anderzijds is het aantal herhalingscontacten hoog. De diagnose wordt vooral bij oudere patiënten gesteld en vaker bij vrouwen dan bij mannen.

• *Osteoarthritis cervicalis/thoracalis**. Het aandeel van de bekende gevallen is ook hier betrekkelijk groot, terwijl er eveneens een vrij grote restprevalentie is. Het aantal herhalingscontacten ligt duidelijk lager dan bij osteoarthritis lumbalis. Leeftijds- en geslachtsverdeling geven weer hetzelfde beeld.

Vergelijking met andere bronnen. De laag in de rug gelokaliseerde aandoeningen worden in het monitoringproject frequenter geregistreerd dan door de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie.³ Dit verschil is waarschijnlijk vooral een gevolg van een verschil in structuur tussen de ICHPPC-2 en de in Nijmegen gebruikte E-lijst. De E-lijst is niet hiërarchisch gestructureerd, waardoor bijvoorbeeld rugklachten ook onder andere classificaties – zoals myalgie – kunnen worden ondergebracht, zonder dat dit later nog te traceren is. Hetzelfde geldt uiteraard ten aanzien van andere onderzoeken waarbij van de E-lijst gebruik is gemaakt.

In de Nijmeegse classificatie gaat het om de beelden lumbago (met een incidentie van 14 bij mannen, en 8 bij vrouwen), ischias (incidentie 3/2) en hernia nuclei pulposi (incidentie 2/1). Uit de Nijmeegse cijfers blijkt een gering overwicht van de mannen, met name bij acute lumbago. De verdeling over de leeftijdsklassen is vergelijkbaar met de

* The original ICHPPC-code 237 (Osteoarthritis of spine) has been subdivided in the codes 396 (Osteoarthritis, cervical/thoracal) and 397 (Osteoarthritis lumbar).

uitkomsten van de registratie van het monitoringproject. De invloed van de sociale klasse lijkt zeer gering: uitsluitend bij lumbago vinden we onder de mannen een wat hogere frequentie in de sociaal lagere klasse.⁴

Hodgkin beschrijft uitsluitend de frequentie van de discusprolaps, waarbij hij een achttal diagnostische criteria vermeldt. Rugpijn met uitstraling en invloed van de lichaamshouding op het optreden van pijn zijn kenmerken die zich in het merendeel van de gevallen voordoen (85 procent). De incidentie bedraagt 17,7; met inbegrip van een aantal patiënten bij wie de diagnose wel werd vermoed, maar (nog) niet bevestigd, is dat zelfs 36,4.⁵ De twee nationale morbiditeitsonderzoeken in Engeland en Wales (1955-56

en 1970-71) tonen een vrij stabiele prevalentie: lumbago respectievelijk 9,4 en 8,6; discusprolaps respectievelijk 5,0 en 5,8.⁶

In Amerikaanse gegevens speelt vooral *back pain* een belangrijke rol: deze diagnose staat op de achtentwintigste plaats in de lijst van op het spreekuur gerepresenteerde aandoeningen. *Back pain with other neuritis*, lumbago, *backache with sciatica* en cervicale spondylose nemen een veel ondergeschikter positie in.⁷

Als gevolg van het *denominator*-probleem – de praktijkpopulatie is in dit verband onbekend⁸ – is een goede vergelijking met de andere cijfers echter niet mogelijk. Overigens volgt de leeftijdsverdeling de reeds besproken patronen.⁷

Tabel 2 – Table 2. Geslachtsverdeling en herhalingscontacten bij aandoeningen van de rug – Female/male ratio and repeat encounters of syndromes related to the vertebral column.

ICHPPC-2	Female/male ratio		Repeat encounters	
	1st year	2nd year	1st year	2nd year
235 Cervical spine syndromes	2.2	2.2	0.6	0.6
396 Osteoarthritis, cervical/thorac*	1.6	1.8	1.2	1.4
397 Osteoarthritis lumbar*	1.8	1.8	2.2	2.9
238 Back pain w.o. radiating symptoms	1.2	1.2	0.5	0.5
239 Back pain with radiating symptoms	1.3	1.0	0.8	1.0
240 Acquired deformities of spine	1.3	0.6	0.5	0.6

Tabel 3 – Table 3. Therapie. Percentages van wijzigingen – Therapy. Percentages of encounters.

	No therapy	Farmacotherapy	Advice, patient education
Back pain	38.6	45.9	19.3
Back pain with radiating symptoms	44.0	39.5	17.0
Cervical spine syndrome	44.7	38.7	19.0
Acquired deformities of spine	61.1	16.6	15.6
Osteoarthritis lumbar*	54.0	27.6	8.3
Osteoarthritis cervicalis/thorac*	62.0	20.2	12.0

Tabel 4 – Table 4. Verwijzingen. Percentages van patiënten – Referrals. Percentages of patients.

	Fysiotherapy	X-ray	Specialist
Back pain	15.1	10.2	2.8
Back pain with radiating symptoms	27.9	19.4	10.5
Cervical spine syndrome	24.5	11.7	1.2
Acquired deformities of spine	22.6	21.1	12.0
Osteoarthritis lumbar*	35.2	20.4	7.0
Osteoarthritis cervicalis/thorac*	38.7	26.1	3.2

Het handelen van de huisarts

• **Therapie.** Bij alle hier besproken classificaties zijn drie therapeutische categorieën van belang: *Geen therapie*, *Farmacotherapie* en *Advies, voorlichting*. Alle andere mogelijkheden, zoals causale therapie en psychofarmaca, kwamen in minder dan vijf procent van de gevallen voor en zijn daarom buiten beschouwing gelaten.

Uit *tabel 3* blijkt dat de mate waarin de drie behandelingsvormen zijn toegepast, aanzienlijk verschilt per ziektebeeld. Bij nekpijn en lage rugpijn (met of zonder uitstraling) schrijft de huisarts in ongeveer 40 procent van de gevallen analgetica voor en bij nog eens 40 procent ziet hij af van therapie. Voor de degeneratieve afwijkingen van de wervelkolom en de houdingsafwijkingen liggen de verhoudingen anders: de huisarts ziet vaker af van therapie, terwijl de

keuze minder vaak valt op farmacotherapie en advies/voorlichting.

• **Röntgendiagnostiek** wordt met grote regelmaat verricht, vooral bij verdenking op degeneratieve afwijkingen. Er zijn duidelijke onderlinge verschillen tussen enerzijds nekpijn en lage rugpijn zonder uitstraling en anderzijds lage rugpijn met uitstraling (*tabel 4*).

• **Fysiotherapie.** De fysiotherapeut speelt een belangrijke rol, vooral bij de degeneratieve afwijkingen. Opvallend is ook hier het verschil tussen de twee typen lage rugpijn (*tabel 4*).

• **Verwijzingen naar de tweede lijn.** Neuroloog, neurochirurg en orthopeed spelen verhoudingsgewijs een geringe rol. Verwijzing naar deze specialisten vindt vooral plaats bij houdingsafwijkingen, uitstralende lage rugpijn en in

mindere mate bij osteoarthrosis lumbalis.

Uit *tabel 4* blijkt voorts dat het onderscheid tussen wel en niet uitstralende lage rugpijn duidelijke consequenties heeft voor het handelen van de huisarts.

Interdokter-variantie

In het voorafgaande is een totaalpatroon van incidentie/prevalentie en diagnostisch-therapeutisch handelen besproken. Met name ten aanzien van het diagnostisch-therapeutisch handelen doet zich echter de vraag voor of de gepresenteerde cijfers het resultaat zijn van ver uiteenlopende individuele patronen, dan wel een globale weergave van één algemeen patroon.

De verschillen tussen de huisartsen – in deze paragraaf alleen de negen deelnemers met de grotere praktijken – kunnen op twee manieren besproken worden: per individuele huisarts (wie verwijst veel, wie weinig?) en per diagnose (waar is er overeenstemming, waar zijn er verschillen?). Het eerste alternatief levert een vorm van toetsing op: het handelen van de individuele huisarts staat centraal. De tweede mogelijkheid strookt meer met de opzet van dit artikel: welke variaties op het totaalpatroon kunnen onderscheiden worden? Uit *tabel 5* blijkt dat nekpijn vanuit de meest „controversiële” aandoening is, wat overigens ook tot uiting komt in de prevalentiecijfers: de Ommoordse huisartsen diagnostiseren veel meer nekpijn dan de andere deelnemers. Uitstralende lage rugpijn en osteoarthrosis cervicalis/thoracalis laten eveneens nogal wat divergentie zien, zij het dat in het eerste geval de nadruk ligt op de verwijzingen, en in het tweede geval op de therapie door de huisarts. Significante variatie ten aanzien van de therapie door de huisarts vinden we eveneens voor de osteoarthrosis lumbalis. Lage rugpijn zonder uitstraling laat tenslotte betrekkelijk weinig interdokter-variantie zien.

Beschouwing

Uit de gegevens van het monitoringproject blijkt dat lage rugpijn, nekpijn en rugpijn met uitstraling naar de benen veruit het meest voorkomen, terwijl de degeneratieve afwijkingen en de verworven houdingsafwijkingen een veel geringere prevalentie hebben.

Wanneer de huisarts de rugklachten zelf behandelt, bestaat de therapie vrijwel uitsluitend uit pijnstilling en/of adviezen, met name bij nekpijn en niet uitstralende rugpijn. Fysiotherapie en

Synopsis. Back symptoms in general practice. Incidence/prevalence and diagnostic-therapeutic procedure

Introduction. This contribution covers the following subjects:

- Incidence and prevalence of diseases of the back.
- The diagnostic-therapeutic procedures of the general practitioner.
- The interdokter variation in diseases of the back.

The data are derived from the monitoring project on which a previous publication – also in English – has reported in detail.¹

Incidence/prevalence. Low back pain, cervical spine syndromes and low back pain with radiation to the legs show the highest prevalence, whereas degenerative conditions and acquired deformities of the spine are less common. Degenerative conditions are seen mostly in older patients, while the other diseases peak in age group 40-64 year (*table 1*).

Male/female differences are found in cervical spine syndromes and in degenerative conditions. Most illness episodes prompt 1-2 encounters with the family doctor; only in lumbar osteoarthrosis is the number of encounters decidedly larger (*table 2*).

The procedures of the general practitioner. When the general practitioner himself treats the back symptoms, therapy consist almost exclusively of analgesia and/or advice (*table 3*).

Diagnostic radiology and physiotherapy play a role especially in lumbar osteoarthrosis, cervical/thoracic osteoarthrosis and low back pain with radiation. Referrals to a specialist mostly concern low back pain with radiation and acquired deformities of the spine (*table 4*).

The presence of radiating pain exerts a striking influence on the strategy with regard to low back symptoms: in the presence of radiation diagnostic radiology and physiotherapy are resorted to twice as often and referral to a specialist thrice as often.

Another interesting feature is the relatively important role of the category *Advice, patient education, etc.*: dependent on the diagnosis, advice or information is given in 8 to 19 per cent of the encounters. In diseases of the respiratory tract this percentage ranges from 0 to 12.⁹

Interdokter variation. The above concerns the monitoring group in its totality. Of course the question arises whether the performance of the individual general practitioners deviates from this overall pattern. *Table 5* shows that especially cervical spine syndromes prompt a wide diversity of procedures. On the other hand, the differences with regard to the most frequently made diagnosis – low back pain – are fairly small. Referrals to the physiotherapist show a striking pattern. The differences reported do not concern the general practitioners of the Ommoord health centre (five of the nine general practitioners). Their nearness to the physiotherapist and familiarity with his work undoubtedly play a role in this respect.

Although there are differences, the participating general practitioners follow the same overall pattern: the differences shown in *table 5* are differences in accent rather than essential differences. Despite the lack of sufficiently exact data on the natural history and on the longterm results of the various methods of treatment, therefore, it would seem that a more or less autonomous „general practice” strategy has been developed here.

Tabel 5 – Table 5. Interdokter-variatie in het monitoringproject (n=9) – Interdoctor variation in monitoring project (n=9).

	No therapy	Farmaco-therapy	Advice. patient education	Fysio-therapy ^d	X-ray	Specialist
Back pain	*	—	—	*	—	—
Back pain with radiating symptoms	*	—	—	*	*	*
Cervical spine syndrome	*	*	*	*	*	*
Acquired deformities of spine	—	*	—	—	—	—
Osteoarthritis lumbar	*	*	*	—	—	—
Osteoarthritis cervicalis/thorac	*	*	*	*	—	—

* Differences are significant ($p < 0.01$). — Differences are not significant.

^a Differences between Ommoord Health Centre general practitioners (N=5) are not significant.

röntgendiagnostiek spelen vooral een rol bij osteoarthritis lumbalis, osteoarthritis cervicalis/thoracalis en lage rugpijn met uitstraling. Verwijzingen naar de specialist doen zich vooral voor bij lage rugpijn met uitstraling en verworven houdingsafwijkingen.

Opvallend is de invloed die de aanwezigheid van uitstralende pijn heeft op het beleid bij lage rugklachten: bij uitstraling wordt tweemaal zoveel fysiotherapie en radiodiagnostiek toegepast en driemaal zo vaak naar een specialist verwezen. Voorts valt op dat de categorie *Advies, voorlichting* een betrekkelijk grote rol speelt: variërend per diagnose wordt bij 8 tot 19 procent van de contacten advies of voorlichting gegeven. Bij aandoeningen van de luchtwegen varieerde dat percentage van 0 tot 12 procent.⁹

Voorale nekpijn geeft aanleiding tot een grote diversiteit in handelen. Anderzijds zijn de verschillen bij de meest frequent gestelde diagnose – lage rugpijn – tamelijk klein.

Opmerkelijk is het beeld bij de verwijzingen naar de fysiotherapeut: de gesig-

naleerde verschillen hebben geen betrekking op de huisartsen van het gezondheidscentrum Ommoord (vijf van de negen huisartsen). Ongetwijfeld spelen hier de geringe afstand tot de fysiotherapeut, de bekendheid met zijn werk en het geïnstitutionaliseerde overleg een rol.

Het feit dat er duidelijke verschillen zijn, neemt niet weg dat de deelnemende huisartsen globaal hetzelfde patroon volgen: het zijn geen principiële verschillen die tabel 5 laat zien, maar eerder accentverschillen. Het lijkt er dan ook op dat hier – ondanks het ontbreken van voldoende harde gegevens over het natuurlijke beloop en het resultaat op langere termijn van de verschillende behandelingswijzen – een soort eigen „huisartsgeneeskundig” beleid is ontstaan.

¹ Lamberts H. Primary health care monitoring project. *Huisarts en Wetenschap* 1980; 23: 293-304.

² Lamberts H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartsprak-

tijk. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25: 401-14.

³ Continue Morbiditeits Registratie NUHI 1971-1978, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

⁴ Schellekens JWG, Velden HGM van der, Wouters PHM. Spit, ischias en hernia – het „lumbosacrale pijnsyndroom”. *Huisarts en Wetenschap* 1983; 26 (suppl Huisarts & Praktijk 7): 18-21.

⁵ Hodgkin K. Towards earlier diagnosis in primary care. Edinburgh, etc.: Churchill Livingstone, 1978.

⁶ Birmingham Research Unit of the Royal College of General Practitioners. Trends in national morbidity. A comparison of two successive national morbidity surveys. Occasional Paper 3. London: Royal College of General Practitioners, 1976.

⁷ Marsland DW, Wood M, Mayo F. Content of family practice. *J Fam Pract* 1976; 3: 37-68.

⁸ Classification Committee of WONCA. An international glossary for primary care. *Huisarts en Wetenschap* 1981; 24: 341-6.

⁹ Weel C van, Zelst PAM van. Het handelen van huisartsen bij luchtwegaandoeningen. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25 (suppl Huisarts & Praktijk 6): 35-9.