

# Spit, ischias en hernia – het „lumbosacrale pijnsyndroom”

J. W. G. SCHELLEKENS, DR. H. G. M. VAN DER VELDEN  
EN P. H. M. WOUTERS

Zijn de min of meer klinisch afgrensbare diagnoses *acute lumbago*, *ischialgie* en *hernia nuclei pulposi* niet meer dan varianten van een „lumbosacraal pijnsyndroom”, of is er veeleer sprake van een drietal opeenvolgende fasen? Om deze vraag te beantwoorden wordt ingegaan op enkele epidemiologische gegevens betreffende de drie aandoeningen: incidentie, leeftijds/geslachtsverdeling, verdeling naar sociale laag, percentage verwijzingen en opnamen en percentage recidieven. De over een periode van tien jaar verzamelde gegevens blijken echter onvoldoende steun te bieden voor de hypothese van een gefaseerd beloop.

## Inleiding

Het is vaker niet dan wel mogelijk, de precieze oorzaak van rugpijn vast te stellen. Dit geldt niet alleen in de huisartspraktijk<sup>1</sup>; bij patiënten met röntgenologisch aantoonbare afwijkingen van de wervelkolom is de incidentie van rugpijn weliswaar hoger dan bij controlepersonen zonder deze afwijkingen, maar de verschillen zijn opvallend klein.<sup>2</sup>

Bij de individuele patiënt zal men zelden een röntgenologische verandering met redelijke zekerheid als oorzaak van de klachten kunnen herkennen. Koekenberg heeft destijds in een nog steeds lezenswaardig artikel gewezen op de complexe genese van lage rugklachten en de relatief povere resultaten van onder andere operatieve interventie bij het ogenschijnlijk zo duidelijk afgrensbaar klinische beeld van de hernia nuclei pulposi.<sup>3</sup> Recentere, met name non-invasieve diagnostische technieken, zoals computertomografie en scanning, hebben het inzicht in de structuur van de wervelkolom en daarin optredende afwijkingen weliswaar vergroot, maar de resultaten van therapeutische interventies zijn nog steeds ontmoedigend.<sup>1, 5</sup> Allerlei adviezen worden gegeven en een veelkleurig palet van behandelingsmethoden voor lage rugpijn is in zwang. Duidelijke gegevens over het effect van de onderscheiden behandelingswijzen ontbreken echter.<sup>4, 5</sup>

Uit bevolkingsstudies is overigens be-

kend dat waarschijnlijk slechts de helft van alle ervaren rugklachten aan de arts wordt gepresenteerd. Er is dus sprake van een aanzienlijke „ijsberg onder water”, waarover nauwelijks adequate gegevens beschikbaar zijn.<sup>6, 7</sup> Zeker is dat veel rugklachten spontaan verdwijnen. Zoals Van Weel opmerkt, doen zich problemen voor bij de omschrijving en vooral de operationele definiëring van (lage) rugpijn, als gevolg van het ontbreken van voldoende inzicht in het natuurlijke beloop van deze klachten.<sup>5</sup>

In de Continue Morbiditeits Registratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut worden veel rugklachten – ongetwijfeld de meeste – ondergebracht in omvangrijke, hybride diagnostische categorieën als „myalgie”, „arthrosis deformans” en „nervus-functionele klachten”. Daarnaast wordt een drietal diagnoses onderscheiden als min of meer klinisch afgrensbaar varianten van lage rugpijn: acute lumbago, ischialgie en hernia nuclei pulposi (figuur 1).

In deze bijdrage willen wij ons beperken tot deze drie diagnoses.

In de literatuur worden lage rugklachten in de regel behandeld in een volgorde die op zijn minst suggereert, dat de drie varianten opeenvolgende fasen zijn in het natuurlijke beloop van een en

\* Standaard huisartspraktijk = imaginaire praktijk van 2800 zielen met een leeftijds/geslachtsopbouw als van de Nederlandse bevolking in 1980.

hetzelfde ziekteproces.<sup>9</sup> In dit artikel zullen wij een indruk trachten te geven van het voorkomen van deze varianten van wat wij met Koekenberg het „lumbosacrale pijnsyndroom” zullen noemen. Vervolgens willen we proberen, op basis van de ons ter beschikking staande gegevens evidentie te vinden voor een in elkaar overgaan van deze varianten, met andere woorden voor een gefaseerd beloop van een en hetzelfde ziektebeeld.

## Epidemiologische gegevens

**Incidentie.** Van Weel verstrekt in zijn bijdrage cijfers over de incidentie en prevalentie van rugklachten.<sup>5</sup> Bestudering van deze cijfers levert op, dat in een standaard-huisartspraktijk\* jaarlijks ongeveer veertig patiënten hun huisarts voor een nieuwe episode van het lumbosacrale pijnsyndroom raadplegen. Het gaat hierbij om alle nieuwe gevallen die worden gediagnostiseerd als acute lumbago, ischialgie of hernia nuclei pulposi. In 80 procent van deze gevallen betreft het patiënten van 20 tot 60 jaar (32 patiënten, ongeveer 22 mannen en ongeveer 11 vrouwen).

In dezelfde periode kunnen circa 300 gevallen van „myalgie” worden verwacht. Wij laten deze, zoals opgemerkt, buiten beschouwing. Een onbekend aantal hiervan zal echter ten onrechte niet tot het lumbosacrale pijnsyndroom, zijn gerekend. In de CMR werd myalgie tot nu toe gecodeerd zonder vermelding van de lokalisatie; daardoor is niet aan te geven welk gedeelte van de spierpijnklachten de rugspieren betrof.

Uit de cijfers van de CMR is af te leiden dat de aandoeningen van het bewegingsapparaat tezamen ongeveer 9 procent van de totale morbiditeit omvatten. Bij eveneens circa 9 procent van de aandoeningen van het bewegingsapparaat is er sprake van een van de genoemde varianten van het lumbosacrale pijnsyndroom.

De drie onderscheiden varianten hebben een zeer verschillend aandeel in de totale frequentie van het lumbosacrale pijnsyndroom (tabel 1).

**Tabel 1 – Table 1.** De varianten van het lumbosacrale pijnsyndroom – The varieties of the lumbar sacral pain syndrome.

Lumbago	76%
Sciatica	16%
Lumbar disc disease	8%

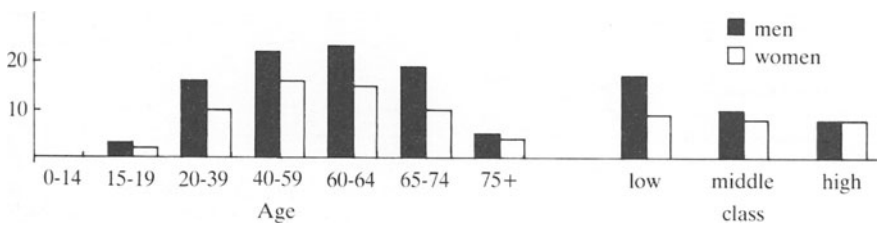
**Figuur 1.** De omschrijving in de Continue Morbiditeits Registratie van acute lumbago, ischialgie en hernia nuclei pulposi.

**Acute lumbago** is een acuut optredende, meestal heftige pijn in de lendestreek, die bij beweging toeneemt. Bij onderzoek wordt een „contracte” rug gevonden en het heffen van de benen met gestrekte knie veroorzaakt toename van de pijn laag in de rug. Er zijn geen afwijkingen van de reflexen of sensibeleiteit.

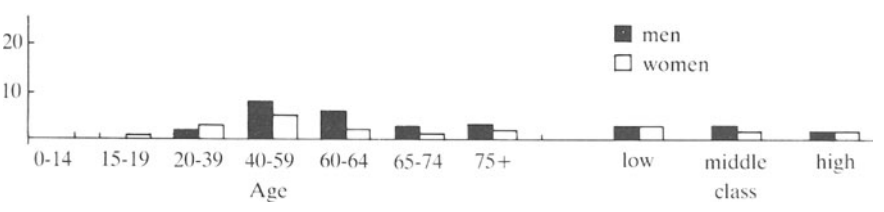
**Ischialgie** is een rugpijn-variant gepaard gaande met uitstralende pijn in één been of (zelden) beide benen. Er zijn geen reflex- of sensibeleiteitsafwijkingen.

**Hernia pulposi** is een rugpijn-variant met soortgelijke kenmerken als bij ischialgie. Bovendien neemt de pijn toe bij drukverhogende momenten (hoesten, niezen, persen). De reflectoire fixatie van de wervelkolom is niet te imiteren. Het heffen van de benen met gestrekte knie zal een positief symptoom van Lasègue te zien geven. Er zijn reflexafwijkingen, afhankelijk van de lokalisatie van de hernia. Dikwijls zijn er sensibeleiteitsstoornissen in het verzorgingsgebied van de aangedane zenuwbanen.

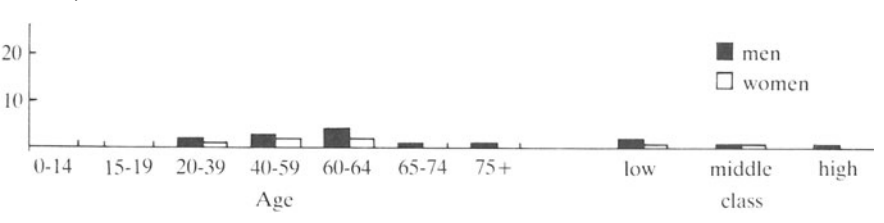
**Figuur 2 – Figure 2.** Nieuwe gevallen van lumbago per 1000 mannen/vrouwen per jaar – Newly registered cases of lumbago per 1000 men/women annually.



**Figuur 3 – Figure 3.** Nieuwe gevallen van ischialgie per 1000 mannen/vrouwen per jaar – Newly registered cases of sciatica per 1000 men/women annually.



**Figuur 4 – Figure 4.** Nieuwe gevallen van hernia nuclei pulposi per 1000 mannen/vrouwen per jaar – Newly registered cases of lumbar disc disease per 1000 men/women annually.



**Tabel 2 – Table 2.** Verwijzingen en ziekenhuisopnamen bij 919 patiënten wegens nieuwe gevallen van het lumbosacrale pijnsyndroom. Percentages van 564 mannen c.q. 355 vrouwen – Referrals and hospital admissions of 919 patients with newly registered lumbosacral pain syndrome. Percentages of 564 men and 355 women.

	Lumbago		Sciatica		Lumbar disc disease	
	men	women	men	women	men	women
X-ray	3	1	13	8	25	41
Fysiotherapy	10	6	23	22	42	45
Specialist	1	–	7	6	44	45
Hospital admission	0.3	–	2	2	30	36

**Geslacht, leeftijd, sociale laag.** In de figuren 2-4 worden de belangrijkste frequentiecijfers naar geslacht, leeftijd en sociale laag samengevat.

*Acute lumbago* wordt aangetroffen in de leeftijdsklassen van 20 tot 75 jaar, duidelijk vaker bij mannen dan bij vrouwen. De meeste gevallen doen zich voor rond de 60-jarige leeftijd.

Tussen de onderscheiden sociale lagen zijn bij vrouwen geen verschillen aantoonbaar. Mannen uit de lagere sociale lagen presenteren daarentegen deze aandoening frequenter dan hun leeftijdgenoten uit hogere sociale milieus. *Ischialgie* vertoont naar de verdeling over de onderscheiden leeftijdsklassen een wat minder uitgesproken beeld dan acute lumbago. Tussen de diverse sociale lagen zijn, noch bij mannen noch bij vrouwen, duidelijke verschillen aantoonbaar.

*Hernia nuclei pulposi* is een weinig frequent gediagnostiseerde aandoening. De verdeling naar leeftijd en geslacht verschilt nauwelijks van de andere twee varianten van het lumbosacrale pijnsyndroom. Een verband tussen frequentie en sociale laag is niet aantoonbaar.

**Verwijzing en opname; recidieven.** Acute lumbago wordt vrijwel uitsluitend door de huisarts behandeld.

Voor 6-7 procent van de gevallen van ischialgie en voor bijna de helft van de nieuwe gevallen van hernia nuclei pulposi wordt de hulp van een specialist ingeroepen.

Van de naar een specialist verwezen patiënten wordt een relatief groot aantal opgenomen (tabel 2).

*Acute lumbago* blijkt – althans in de periode 1971-1978 – beneden de leeftijd van 20 jaar en bij patiënten ouder dan 65 jaar zelden te recidiveren. In de leeftijdsgroep waarin de diagnose het meest frequent wordt gesteld, namelijk van 20 tot 65 jaar (n = 6410 personen), trad bij 18 procent van de mannen en bij 16 procent van de vrouwen slechts eenmaal een recidief op. Bij mannen deden zich in ruim 8 procent en bij vrouwen in ongeveer 5 procent van de gevallen twee maal of vaker recidieven voor.

Bij *ischialgie* zijn er ongeveer evenveel recidieven. Uitsluitend in de leeftijdsklasse van 20 tot 65 jaar werden bij één op de tien mannen en bij een op de vijf vrouwen recidieven waargenomen.

Voor *hernia nuclei pulposi* geldt hetzelfde. De aandoening blijkt – onafhankelijk van de wijze van behandeling – in een kleine minderheid van de gevallen te recidiveren. Wij registreerden, uitsluitend in de leeftijdsklasse van 20 tot

65 jaar, bij 14 procent van de mannen en bij 18 procent van de vrouwen een hernieuwd optreden van dit ziektebeeld.

### Interdokter-variatie

Om een – indirecte – aanwijzing te krijgen over de betrouwbaarheid van de registratie van de door ons onderscheiden varianten van het lumbosacrale pijnsyndroom, hebben we de incidenties in de vier CMR-praktijken teruggekeerd naar een standaardpraktijk en vervolgens vergeleken. Verschillen in verwijs- en opnamepatroon zijn niet bestudeerd, onder andere omdat de aantallen voor hernia nuclei pulposi en ischialgie te klein zijn om enige betekenis te kunnen toekennen aan eventuele verschillen tussen de praktijken. Voor een verder uitgewerkte vergelijking tussen registrerende huisartsen in hun handelen bij lage rugpijn wordt verwezen naar de bijdrage van Van Weel.<sup>5</sup> De verschillen tussen de incidenties in de vier CMR-praktijken zijn weergegeven in tabel 3.

### Varianten of fasen?

Aangenomen dat acute lumbago een eerste manifestatie zou kunnen zijn van een „lumbale insufficiëntie” die tot ischialgie of zelfs tot het beeld van een hernia nuclei pulposi zou kunnen leiden; dan rijst de vraag of bij de door ons gevolgde patiënten een dergelijke opeenvolging van ziektebeelden kan worden vastgesteld.

Een grotere kans op „rugpijn” werd in een (kort) prospectief onderzoek reeds beschreven.<sup>10</sup>

Uit bestudering van onze gegevens over de periode 1971-1978 was reeds bekend dat bij ruim 6 procent van de mannen met een aanvankelijk gediagnostiseerde acute lumbago later een ischialgie werd vastgesteld; bij 4 procent werd later een hernia nuclei pulposi gevonden. Bij mannen met een ischialgie werd in 9 procent van de gevallen in latere jaren een hernia nuclei pulposi gediagnostiseerd.

Bij vrouwen met een acute lumbago werd in 5 procent van de gevallen later een ischialgie gevonden. Slechts bij 1 procent van deze vrouwen werd later een hernia nuclei pulposi vastgesteld. Bij de vrouwen met een ischialgie werd in 11 procent van de gevallen later een hernia nuclei pulposi vastgesteld.

Uitgaande van een eenmaal vastgestelde hernia nuclei pulposi, zou men mogen verwachten dat in de groep pa-

### Synopsis. Lumbago, sciatica and lumbar disc disease – the „lumbosacral pain syndrome”

**Introduction.** Continuous morbidity registration has taken place since 1971 in four general practices (with a total of about 12,000 patients) affiliated with the Nijmegen University General Practice Institute. In this registration system three more or less clearly definable varieties of low back pain are distinguished:

- lumbago;
- sciatica;
- lumbar disc disease.

These diagnoses are sometimes collectively referred to as „lumbosacral pain syndrome”. This paper discusses some epidemiological data on the three clinical pictures, and an attempt is made to establish whether they are independent varieties or rather consecutive phases of a single syndrome.

**Epidemiological data.** Diseases of the locomotor apparatus account for 9 per cent of all diseases. Within the category of diseases of the locomotor apparatus the lumbosacral pain syndrome likewise accounts for 9 per cent (versus 65 per cent for myalgia). The distribution of the various diagnoses is presented in table 1.

*Lumbago* shows a male predominance, and particularly in the lowest social group (figure 2). The condition is treated almost exclusively by the general practitioner (table 2). Relapses are rare in patients under 20 and over 65 years of age. In the age groups from 20 to 64 years the relapse rate is 26 per cent in males and 21 per cent in females.

*Sciatica* likewise shows a male predominance but without differences between the social groups (figure 3). Physiotherapy plays a fairly important role in treatment; there are relatively few referrals to a specialist and hospital admissions (table 2).

In the age groups from 20 to 64 years the relapse rate is 10 per cent in males and 20 per cent in females.

*Lumbar disc disease* occurs less often but shows roughly the same trends as sciatica. Relapse occurs in 14 per cent of the males and 18 per cent of the females (age groups from 20 to 64 years). Referrals for further diagnosis or treatment and hospital admissions are frequent.

**Interdicator variation.** Table 3 presents the separate incidence figures of the four registration practices. Although in particular practice 3 differs somewhat in registration, the differences are not such as to make further research into the relations between the three diseases with the aid of this material meaningless.

**Varieties or phases?** Tables 4 and 5 show how many patients in whom lumbar disc disease was diagnosed during the period 1971-1980, had a history with lumbago and/or sciatica episodes. Table 6 compares the total figures of tables 4 and 5 with the corresponding figures for the total population. Although lumbago and sciatica are more frequently diagnosed in the group of patients with lumbar disc disease, this fact should not be overrated; the extent to which a similar correlation appears also within the various year groups, varies markedly.

**Discussion.** In a standard practice (i.e. a practice of 2800 patients with an age/sex distribution like that of the population of The Netherlands in 1980), the general practitioner annually sees about 40 patients with either lumbago, sciatica or lumbar disc disease. Most of these patients suffer only one episode of illness. It has by no means been established whether different manifestations of a single syndrome are involved, nor whether varieties or phases are seen. The fair degree of congruence between the four registration practices permits repetition of such studies in the future.

tiënten met deze aandoening meer dan gemiddeld de diagnosen acute lumbago en ischialgie zijn vastgesteld in de periode die aan het optreden van de hernia nuclei pulposi voorafging. Om dit na te gaan hebben wij de gegevens van de patiënten van 20-64 jaar met een hernia nuclei pulposi uit de periode 1971-1980 onderzocht op eventueel vooraf geregistreerde acute lumbago en/of ischialgie.

Uit de tabellen 4 en 5 kan men aflezen dat het voorkomen van acute lumbago en/of ischialgie in de voorgeschiedenis van hernia-patiënten niet opvallend hoog en erg wisselend van frequentie is. Bovendien is de invloed van de lengte van de follow-up gering. Zo is het aantal voorafgaande presentaties van acute

lumbago en/of ischialgie bij de groep van elf mannelijke hernia-patiënten uit 1971 vergelijkbaar met dat van de twaalf hernia-patiënten uit 1979.

Het tevoren voorkomen van acute lumbago en ischialgie bij patiënten met een hernia nuclei pulposi is vergeleken met het voorkomen van deze diagnosen in de totale praktijkpopulatie in de leeftijdscategorie van 20-64 jaar (tabel 6). Hoewel beide diagnosen frequenter werden gesteld in de groep hernia-patiënten, is de spreiding bij berekening naar de diverse jaargroepen zo groot (van 0-150 per 1000 patiëntjaren voor acute lumbago en van 0-250 per 1000 patiëntjaren bij ischialgie), dat aan deze verschillen weinig betekenis kan worden toegekend.

**Tabel 3 – Table 3.** Nieuwe gevallen van lumbago, ischialgie en hernia nuclei pulposi in de vier registrerende praktijken, omgerekend naar een standaardpraktijk – Newly registered cases of lumbago, sciatica and lumbar disc disease in the four registration practices, converted to a standard practice.

	Lumbago		Sciatica		Lumbar disc disease	
	men	women	men	women	men	women
Practice 1	25.6	13.0	3.7	1.9	2.9	1.5
Practice 2	20.0	13.2	5.2	3.8	0.6	0.6
Practice 3	10.1	8.1	2.7	3.6	2.2	1.0
Practice 4	26.8	11.4	6.1	3.7	4.7	1.3

**Tabel 4 – Table 4.** Hernia nuclei pulposi bij mannen van 20-64 jaar en het eerder optreden van lumbago en/of ischialgie. Aantallen – Lumbar disc disease in men aged 20-64 years and previous occurrence of lumbago and/or sciatica. Numbers.

Year	Lumbar disc disease	Previous lumbago	Previous sciatica
1971	11	1	1
1972	14	4	4
1973	5	0	1
1974	5	3	2
1975	7	3	2
1976	6	2	1
1977	8	5	1
1978	12	3	0
1979	11	1	2
1980	5	1	0
Total	84	23	14

**Tabel 5 – Table 5.** Hernia nuclei pulposi bij vrouwen van 20-64 jaar en het eerder optreden van lumbago en/of ischialgie. Aantallen – Lumbar disc disease in women aged 20-64 years and previous occurrence of lumbago and/or sciatica. Numbers.

Year	Lumbar disc disease	Previous lumbago	Previous sciatica
1971	6	1	0
1972	6	1	3
1973	1	0	0
1974	6	1	2
1975	3	0	2
1976	5	1	1
1977	6	1	1
1978	5	1	1
1979	1	0	0
1980	5	0	1
Total	44	6	11

**Tabel 6 – Table 6.** Lumbago en ischialgie in de totale populatie van 20-64 jaar en in de hernia-groep. Totaalcijfers 1971-1978 – Lumbago and sciatica in the total population aged 20-64 years and in the lumbar disc disease group. Total figures 1971-1980.

	Total population		Lumbar disc disease group	
	men (n=3249)	women (n=3195)	men (n=84)	women (n=44)
<b>Lumbago</b>				
Numbers	488	263	23	6
Numbers/1000 patient years	20	11	52	23
<b>Sciatica</b>				
Numbers	100	77	14	11
Numbers/1000 patient years	4	3	31	42

## Beschouwing

Uit de veelheid van rugklachten waarmee de huisarts jaarlijks te maken krijgt, zijn in een betrekkelijk klein aantal gevallen uitgesproken varianten van het „lumbosacrale pijnsyndroom” af te zonderen. De ongeveer veertig patiënten die jaar-

lijks in een standaardpraktijk zullen worden gediagnostiseerd als lijdende aan een van de varianten van dit syndroom, zullen in grote meerderheid slechts één episode met dergelijke klachten doormaken. Een beperkt aantal patiënten kampt met recidieven. Het is daarbij geenszins duidelijk of er in het algemeen sprake is van verschillende

manifestaties van een en hetzelfde ziektebeeld.

Wellicht zijn onze cijfers te beperkt en is de periode van registratie nog te kort om die duidelijkheid te verschaffen.

Het was opvallend dat bij de groep hernia nuclei pulposi-patiënten de gevonden andere varianten van het lumbosacrale pijnsyndroom in grote meerderheid in hetzelfde of in het direct voorafgaande jaar werden vermeld. Dit kan wijzen op onnauwkeurigheden in de diagnosestelling, maar ook op het bestaan van een subgroep die snel de fasen van een en hetzelfde ziektebeeld doorloopt.

De betrekkelijk geringe variatie tussen de registrerende praktijken – alleen praktijk 3 springt er wat uit met lagere incidenties – stemt tot optimisme ten aanzien van de mogelijkheid om hier naar in deze praktijken nader onderzoek te doen.

## Dankbetuiging

De auteurs danken H. van den Hoogen en P. Timmermans, respectievelijk hoofd en medewerker van de statistische afdeling van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, voor het gevoerde overleg en voor hun cijferwerk.

<sup>1</sup> Hoekstra GR. Patiënten met lage rugklachten in een huisartspraktijk [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit te Groningen, 1982.

<sup>2</sup> Anonymous. Progress in back pain? [Editorial] Lancet 1981; i: 977-9.

<sup>3</sup> Koekenberg LJJ. Lage rugpijn, een psychosomatisch syndroom. Huisarts en Wetenschap 1971; 14: 265-70.

<sup>4</sup> Anonymous. Backpain – what can we offer? [Editorial] Br Med J 1979; i: 706.

<sup>5</sup> Weel C van. Rugklachten in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1983; 26 (suppl Huisarts & Praktijk 7): 5-8.

<sup>6</sup> Morrell DC, Wale CJ. Symptoms perceived and recorded by patients. J R Coll Gen Pract 1976; 26: 398-403.

<sup>7</sup> Valkenburg HA. Epidemiologie van lage rugklachten. In: Samenvattingen Nationaal Huisartsensymposium, 20 februari 1981. Plaats: Boots Company Holland, 1981.

<sup>8</sup> Continue Morbiditeits Registratie NUHI 1971-1978, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Een aantal morbiditeitsgegevens uit een viertal huisartspraktijken. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

<sup>9</sup> Rens THG van. Lage rugklachten en lumbosacrale instabiliteit. Ned Tijdschr Fysiotherapie 1980; 90: 74-81.

<sup>10</sup> Roland MO, Morrell DC, Morris RW. Can general practitioners predict the outcome of back pain? Br Med J 1983; 286: 523-5.