

De behandeling van lage rugpijn: wat is zinnig?

G. RUTTEN, A. FAAS EN A. CHAVANNES

Bij het opzetten van een onderzoek naar de behandeling van acute lage rugpijn, stuitten de auteurs op een recent overzicht, waarin de belangrijkste literatuur niet alleen wordt gerefereerd, maar ook kritisch wordt besproken aan de hand van een aantal methodologische criteria. De haken en ogen bij het opzetten van een therapie-vergelijkend onderzoek worden helder op een rij gezet.

Inleiding

De Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG is onlangs gestart met de uitvoering van haar tweede onderzoek naar acute lage rugpijn.

Bekend is dat patiënten die met acute lage rugpijn het spreekuur van de huisarts bezoeken, een beperkt aantal herhalingscontacten hebben.^{1,2} Anderzijds leidt lage rugpijn met uitstraling van de pijn tot meer contacten met de huisarts, waarbij het chronisch karakter een grotere rol speelt.^{1,3} Het aantal aan de huisarts gepresenteerde recidieven is echter voor zowel acuut lumbago, ischialgie als het radiculair syndroom beperkt en in dezelfde orde van grootte.⁴ Daarbij dienen we overigens te bedenken, dat bij rugpijn sprake is van een aanzienlijk ijsbergfenomeen, en dat het niet verschijnen op het spreekuur van de huisarts allerminst betekent dat de rugpijn verdwenen is.^{5,6} Met andere woorden: het aantal patiënten met chronische rugpijn is groter dan het aantal geregistreerde recidieven.

Dit laatste verklaart mede de opkomst van de rugscholen, waarvan de eerste in 1969 in Zweden werd opgericht.⁷ In een prospectieve studie bleken de resultaten van een rugschoolprogramma bij patiënten met *chronische* rugpijn beter dan bij het individueel uitvoeren van dezelfde oefeningen.⁸

Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG: G.E.H.M. Rutten, huisarts te Beuningen, A. Faas, huisarts te Hengelo (Ov.), A.W. Chavannes, huisarts te Soest.

Correspondentie: G.E.H.M. Rutten, Pinksterbloemstraat 1, 6641 AM Beuningen.

Ook wanneer aan individuele patiënten met chronische rugpijn oefeningen werden voorgeschreven, trad verbetering op; het ging hier echter niet om een gecontroleerd onderzoek.⁹

Over het effect van oefeningen en adviezen die worden voorgeschreven bij *acute* lage rugpijn, is weinig bekend. Onder Zweedse industrie-arbeiders wierp een rugschoolprogramma betere resultaten af dan gerichte en individuele fysiotherapie. Beide behandelwijzen waren superieur aan placebo-therapie.¹⁰

Een andere zorgvuldig opgezette studie had betrekking op het verschil tussen *twee* dagen bedrust en een *advies* om *zeven* dagen bedrust te nemen. Het ging om 203 patiënten met ongecompliceerde acute lage rugpijn of een exacerbatie van chronische rugpijn zonder uitstraling. Het enige verschil tussen beide groepen was het grotere aantal verzuimdagen in de groep die zeven dagen het bed moest houden. Bovendien bleek dat advies slecht te worden opgevolgd: gemiddeld bleven de patiënten niet langer dan vier dagen in bed. Ook de patiënten die zich wel aan het advies hielden, waren echter niet beter af, noch na drie weken noch na drie maanden.¹¹

Het adviseren van meer dan slechts enkele dagen bedrust lijkt dus niet zinnig. Of dat ook geldt voor het adviseren van oefeningen, is voor acute rugpijn nog niet duidelijk. Wel weten we dat de Nederlandse huisarts – naast een scala aan andere therapieën – bij acute rugpijn in ongeveer 20 procent van de gevallen adviezen geeft of oefeningen voorschrijft.^{1,2} Daarnaast blijkt dat reeds bij het eerste contact de fysiotherapeut regelmatig wordt ingeschakeld.¹

Het waren vooral deze bevindingen die ons ertoe brachten een therapie-vergelijkend onderzoek op te zetten. Daarbij zal het natuurlijke beloop van acute rugpijn vergeleken worden met het gebruik van een fysiotherapeutische applicatie en met het geven van oefeningen en adviezen.

Bij het ontwerpen van de onderzoeksopzet stuitten wij op een literatuurstu-

die van *Deyo*,¹² die wij hier uitgebreid zullen samenvatten. Het doel van deze samenvatting is tweeledig:

- de studie wijst op een heldere wijze op een aantal essentiële voorwaarden waaraan therapie-vergelijkend onderzoek moet voldoen; kennis hiervan kan de huisarts helpen bij het beoordelen van dit type onderzoeksliteratuur;
- na analyse van de gevonden onderzoeksresultaten volgt een aantal aanbevelingen, waarmee iedere huisarts zijn voordeel kan doen.

Conservative therapy for low back pain

Opzet

Deyo raadpleegde de *Index Medicus* van 1979 tot medio 1982, alsmede een aantal overzichtsartikelen. Uiteindelijk selecteerde hij 59 therapie-vergelijkende onderzoeken. Van de criteria die hij aanlegde om de resultaten van deze studies op waarde te kunnen schatten, hebben er zeven betrekking op de validiteit van de onderzoeksresultaten, de overige op de toepasbaarheid ervan.

Het gaat om de volgende criteria:

1. *Randomisatie*. Juist omdat 'rugpijn' een heterogene groep ziektebeelden omvat, en omdat spontane verbetering vaak optreedt, is het van essentieel belang gebruik te maken van een controle-groep.
2. *Minimale uitval*. Patiënten die heel goed of juist heel slecht reageren op de onderzochte therapie, zullen een grotere kans hebben tot de 'uitvallers' te behoren. Omdat zij de resultaten wezenlijk beïnvloeden, mag de uitval niet te groot zijn (volgens de auteur < 15 procent), en dient deze exact te worden beschreven.
3. *Een 'blinde' opzet*. Het is nagenoeg onmogelijk om voor de patiënt te verbergen aan welke therapie hij/zij wordt onderworpen. Des te belangrijker is het, dat degene die de therapie evalueert, niet op de hoogte is van de voorgeschreven behandeling (enkelblinde opzet).
4. *Dubbele interventies*. Patiënten krijgen nogal eens meer dan één therapie tegelijk. Dergelijke dubbel-therapieën dienen even frequent voor te komen in de experimentele groep en de controle-groep.
5. *Compliantie*. Onderzoekers zullen inzicht moeten zien te verwerven in de mate waarin patiënten zich werkelijk aan adviezen houden, oefeningen doen, enz.

6. *Minimale contaminatie.* Met name in onderzoeken die een lange periode beslaan, zullen patiënten vaak de ene soort behandeling na de andere krijgen. Dit dient natuurlijk zoveel mogelijk te worden voorkomen, maar in de praktijk is dat niet altijd haalbaar. Vereist is echter minimaal een nauwkeurige registratie van dit gebeuren.

7. *Statistische waarde.* In studies waarin geen verschil tussen therapieën wordt gevonden, is het essentieel om te weten of de steekproef een voldoende grote omvang had om eventuele relevante verschillen wél op te sporen.

8. *Demografische beschrijving.* Om wat voor patiënten gaat het: oud of jong, mannen of vrouwen, ambulante of gehospitaliseerd? Enzovoort.

9. *Om welk type rugpijn-patiënten gaat het?* Om de resultaten toe te kunnen passen, dient de lezer ten minste te weten hoe lang de pijn aanwezig was, of de pijn uitstraalde, of er neurologische symptomen waren, of de patiënt al eens voor zijn rug is geopereerd. In- en uitsluitcriteria dienen bekend te zijn.

10. *Adequate beschrijving van de therapie.* Als voorbeeld: wat zijn 'oefeningen', hoe vaak werden ze gedemonstreerd, en door wie?

11. *Rapportage van relevante resultaten.* De resultaten die het onderzoek oplevert, kunnen in verschillende categorieën worden ingedeeld:

- fysiologische (bijvoorbeeld pijn, bewegingsbeperking);
- functionele (bijvoorbeeld werkherwinning, ADL);
- kosten (van therapieën, werkverzuim);
- opvattingen van patiënten (bijvoorbeeld over soort therapie, welbevinden).

De auteur achtte rapportage voldoende, als ten minste drie van deze categorieën in de beschrijving van de resultaten zijn betrokken.

Resultaten

Van de 59 onderzoeken bleken er slechts 33 gerandomiseerd te zijn opgezet. De niet-gecontroleerde studies werden niet verder bestudeerd. In hoeverre de overige onderzoeken aan de diverse criteria voldeden, valt af te lezen uit de tabel, die voor zichzelf spreekt.

Omdat verreweg de meeste onderzoeken te kort schoten ten aanzien van de criteria 4-7, werden de 33 in de analyse betrokken onderzoeken vooral beoordeeld op de overige zeven aspecten.

• *Oefeningen.* Allerlei oefeningen doen opgeld bij rugklachten. Daarbij gaat het meestal om hyperextensie-oefeningen, mobiliserende oefeningen of isometrische flexie-oefeningen. *Deyo* vond vijf gerandomiseerde onderzoeken. In de best opgezette, doch allerm minst vlekkeloze studie⁹ bleken flexie-oefeningen het beste resultaat te geven. Deze beogen een versterking van de buikwandmusculatuur en een afvlakking van de lumbale lordose.

• *Tractie.* Zeven gerandomiseerde onderzoeken werden geanalyseerd. Aan het onderzoek van *Larsson*¹³ kleefden de minste bezwaren. Een speciaal soort 'auto-tractie' scoorde daarin beter dan het dragen van een corset, doch na drie maanden follow-up waren de verschillen verdwenen. Uit verschillende andere onderzoeken bleek tractie geen betere resultaten op te leveren dan andere therapieën, maar niet bekend is of de patiëntengroepen voldoende omvang hadden.

• *Corset.* Hoewel van orthopaedische zijde allerlei argumenten worden genoemd ten faveure van een corset bij persisterende rugklachten, dient de meerwaarde ten opzichte van een placebo nog altijd bewezen te worden - drie klinische trials ten spijt.

• *Bedrust.* Het effect van platte bedrust bij een radiculair syndroom staat niet ter discussie. Dat geldt niet voor alle

andere typen rugpijn. *Deyo* vond slechts drie gerandomiseerde studies. In één daarvan¹⁴ werd bedrust vergeleken met een ambulante behandeling bij militaire recruten met niet-uitstralende rugpijn. Bedrust bleek sneller tot genezing te leiden, doch de opzet van de studie laat niet meer dan voorlopige conclusies toe.

• *Manipulatie.* Hoewel er geen overtuigende biologische argumenten zijn, wordt manipulatie veelvuldig toegepast. Van de veertien onderzoeken bleken er negen gerandomiseerd. Helaas ging het om merendeels verschillende, en ook nog matig beschreven manipulaties. De twee studies die het best waren opgezet, suggereerden slechts een korte-termijn effect.

• *Elektrostimulatie.* Op basis van de 'gate control'-theorie werden nogal wat onderzoeken opgezet. Uit de enige gecontroleerde studie (33 patiënten) bleek slechts het belang van een placebo-effect.

• *Medicijnen.* *Deyo* onderscheidde vier categorieën therapeutica: zuivere analgetica, NSAID's, antidepressiva en spierverslappers. Hij vond dertien onderzoeken met een gecontroleerde opzet. In geen daarvan werd gewag gemaakt van de compliantie van de patiënten.

In vogelvlucht enige resultaten:

- indomethacine bleek niet effectiever dan een placebo;
- naproxen gaf betere resultaten ten aanzien van de pijn dan diflunisal en een placebo;
- diazepam gaf in één studie wel, in de andere geen betere resultaten dan een placebo;
- imipramine leidde tot significante daling van symptomen bij patiënten met chronische rugklachten in vergelijking met een placebo;
- geen van de NSAID's is superieur ten opzichte van acetosal gebleken.

Commentaar

Gezien het frequente voorkomen van lage rugpijn, de maatschappelijke implicaties en de talrijke onderzoeken naar de behandeling ervan, noemt *Deyo* het teleurstellend dat deze speurtocht door de literatuur niet meer heeft opgeleverd. Letterlijk schrijft hij: 'Een therapeutisch nihilist mag misschien beweren dat niets beter is gebleken dan placebo, maar de medicus practicus zal moeten beslissen hoe hij rugpijn behandelt totdat meer en beter bewijsmateriaal voorhanden is'.¹² Effectiviteit is het meest overtuigend aangetoond voor isometrische oefeningen, 'auto-tractie', waarbij

Tabel 3. Aanwezigheid van gewenste onderzoekscriteria bij 33 gerandomiseerde lage-rugpijnonderzoeken. Percentages.

criterium	Onderzoek fysieke therapie (n=20)	Geneesmiddelenonderzoek (n=13)
Minimale uitval	70	85
'Blinde' opzet	65	77
Controle op dubbele interventies	10	8
Meting compliance	25	46
Registratie contaminatie	25	38
Vermelding statistische waarde	0	0
Adequate demografische beschrijving	45	54
Adequate klinische beschrijving	50	15
Adequate beschrijving interventie	45	100
Voldoende rapportage resultaten	15	23

de patiënt zelf bepaalt welke kracht hij uitoefent, en voor het gebruik van naproxen en diflunisal. Uit overwegingen van eenvoud, lage kosten en gesuggereerde effectiviteit valt het gebruik van acetosal en bedrust te overwegen. Daar staat tegenover dat de medische en sociale gevolgen van bedrust niet gebagatelliseerd mogen worden.

Het artikel eindigt met een aantal aanbevelingen voor onderzoek.

Beschouwing

Wij achten deze literatuurstudie een belangrijke bijdrage aan de bestudering van het probleem van de lage rugpijn. De haken en ogen bij het opzetten van goed onderzoek worden helder op een rijtje gezet. Ongetwijfeld spelen de diagnostische problemen bij zowel acute als chronische rugpijn ook een rol bij het evalueren van de verschillende therapieën. Toch zal de huisarts een behandeling moeten instellen.

Zonder uitputtend in te gaan op de opzet van het CWO-onderzoek, zal het geen verbazing wekken dat wij gekozen hebben voor een opzet waarbij patiënten aselekt worden verdeeld over een drietal therapiegroepen. In het huisartsenprotocol is apart aangegeven welke in- en uitsluitcriteria zijn gehanteerd en onder welke condities van uitval sprake is. In tegenstelling tot ons eerste onderzoek zal bij uitstralende pijn onderscheid gemaakt worden tussen uitstraling die zich beperkt tot het bovenbeen en uitstraling tot in het onderbeen. Slechts de laatste categorie

patiënten wordt uitgesloten op verdenking van een radiculair syndroom.¹⁵

In alle groepen zijn maatregelen genomen om de uitval zoveel mogelijk te beperken. Hiervoor worden onder andere in tweede instantie therapieën toegepast die voor alle patiënten identiek zijn.

De vergeleken therapieën zijn zorgvuldig beschreven en de deelnemende fysiotherapeuten zullen vóór en tijdens het onderzoek intensief worden getraind om te werken volgens de richtlijnen van het protocol. Ter vermindering van observer-bias vindt de verzameling van follow-up gegevens plaats door de huisarts die de therapie niet kent, en door middel van schriftelijke enquêtes. De resultaten zullen worden beschreven aan de hand van een uitgebreid aantal parameters.

Naar wij hopen zal het CWO-onderzoek de huisarts een stapje verder brengen in de keuze van de verschillende behandelingsalternatieven. Vooralsnog dienen huisarts en specialist zich kritisch en bescheiden op te stellen wanneer het gaat om de zin van rugpijnthapieën.

¹ Chavannes A, Gubbels J, Post D, Rutten G (red.), Thomas S. Acute lage rugpijn in de praktijk. Huisarts Wet 1983; 26(suppl 7): 32-8.

² Van Weel C. Rugklachten in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1983; 26(suppl 7): 5-8.

³ Esser CJ, Van Weel C. Het beloop van uitstralende rugpijn. Huisarts Wet 1985; 28: 335-7.

⁴ Schellekens JWG, Van der Velden HGM,

Wouters PHM. Spit, ischias en hernia 'het lumbosacrale pijnsyndroom'. Huisarts Wet 1983; 26(suppl 7): 18-21.

⁵ Van de Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.

⁶ Chavannes AW, Gubbels J, Post D, Rutten G, Thomas S. Acute low back pain: patients' perceptions of pain four weeks after initial diagnosis and treatment in general practice. J R Coll Gen Pract 1986; 36: 271-3.

⁷ Andersson G. Back Schools. In: Malcolm Jayson, ed. The lumbar spine and back pain. 3rd ed. London: Churchill Livingstone, 1987.

⁸ Klaber Moffett JA, Chase SM, Portek I, Ennis JR. A controlled, prospective study to evaluate the effectiveness of a back school in the relief of chronic low back pain. Spine 1986; 11: 120-2.

⁹ Kendall PH, Jenkins JM. Exercises for backache. A double-blind controlled trial. Physiotherapy 1968; 54: 154-7.

¹⁰ Bergquist-Ullman M, Larsson U, Acta Orthop. Scand. 1977; suppl. 170.

¹¹ Deyo RA, Diehl AK, Rosenthal M. How many days of bed rest for acute low back pain? A randomized clinical trial. N Engl J Med 1986; 315: 1064-70.

¹² Deyo RA. Conservative therapy for low back pain. Distinguishing useful from useless therapy. JAMA 1983; 250: 1057-62.

¹³ Larsson U, Choler U, Lidstrom A, et al: Auto-traction for treatment of lumbosacralgia. A multicentre controlled investigation. Acta Orthop Scand 1980; 51: 791-8.

¹⁴ Wiesel SW, Cuckler JM, De Luca F, et al: Acute low back pain: an objective analysis of conservative therapy. Spine 1980; 5: 324-30.

¹⁵ Waddell G. An approach to backache. Brit J Hosp Med 1982; 28: 187-219.

Struikelblok

Als taal te kort schiet

Hoe is het mogelijk dat iemand zoveel kan drinken. Verbijsterd kijk ik naar het meegebrachte 'dagboek' van Jan, die in zijn poging met alcohol te stoppen geminderd is van één krat bier tot een halve krat per dag.

Jan, 38 jaar, is zwakbegaafd. Hij werkt in WSW-verband bij de plantsoendienst en is periodiek aan de alcohol, als het leven hem te zwaar wordt. Op zijn verjaardag bijvoorbeeld en met feestdagen loopt het steevast uit de hand. Met 'ik moet een vrouw hebben' verwoordt hij zijn eenzaamheid. Of hij wil hogerop in de maatschappij. Een

beetje paranoïde is hij bij tijden ook, maar hij gedraagt zich uiterst correct en komt afspraken zeer trouw na. De gesprekken verlopen op een bijzondere manier, doordat hij zwijgzaam is en de taal als communicatiemiddel deels te kort schiet. Onze relatie is verrouwelijk, sterker nog: hij heeft mijn hart gestolen door mij consequent met dame aan te spreken.

'Moet ik de frisdrank er ook niet bijschrijven?' vraagt hij ijverig. Ik moedig hem aan zo door te gaan en doe de suggestie karnemelk te drinken in plaats van fris.

Een week later is hij tussen de middag aan de telefoon. Jan belt nooit zomaar. Zijn probleem is als volgt. Die ochtend heeft hij al 4 liter karnemelk op. Meer kan echt niet in de ijskast. Maar zijn dorst gaat niet over en hoe moet dat nu met karnemelk en ijskast.

Ik prijs me gelukkig dat ik meer wilde weten, want enkele vragen verder is de diagnose diabetes hoogstwaarschijnlijk. Met een glucose van bijna 40 mmol/l breng ik hem naar het ziekenhuis. Daar zullen de ijskasten ook wel groter zijn.