

Lage-rugpijn

Volgens de NHG-Standaard Lage-Rugpijn betreft lage-rugpijn het gebied tussen bilplooien en de onderste scapulapuntten.¹ Dat zal niet de opvatting zijn van de meeste huisartsen. In de literatuur wordt als bovengrens meestal de onderste ribbenboog genoemd, of wordt lage-rugpijn beperkt tot het lumbosacrale gebied. Bovendien zal thoracale rugpijn – die in de standaard voor het onderste en middelste deel dus ook tot de lage-rugpijn gerekend wordt – geen aanleiding geven tot uitstraling in één of twee benen, waarmee de verschijnselen al afgegrensd zijn ten opzichte van de lumbosacraalstreek. Pijn zonder specifieke oorzaak in het onderste en middelste thoracale deel heeft mijns inziens meestal een zeer gunstig verloop, in tegenstelling tot de vaak lange duur van echte lage-rugpijn in het lumbosacrale gebied.

Daarnaast worden de degeneratieve afwijkingen wel erg gebagatelliseerd als zou verband met lage-rugpijn ontbreken (de enige uitzondering zou spondylolyse of spondylolisthesis zijn op niveau L5-S1). Dezelfde opvatting zou men kunnen hebben ten aanzien van galblaasklachten en de aanwezigheid van galstenen, omdat in een zeer groot deel van de gevallen galstenen een toevallige vondst zijn zonder typische galsteeklachten. Niettemin zal toch niemand willen ontkennen dat galstenen allerlei klachten kunnen veroorzaken, ook weinig specifieke, die verdwijnen als de galstenen verwijderd zijn. Voor lage-rugpijn is het verband met degeneratieve afwijkingen echter moeilijk te bewijzen bij één bepaalde patiënt, omdat dezelfde soort lage-rugpijn in 'vrijwel elke structuur in en rond de wervelkolom' zijn oorsprong kan vinden (noot 10), en de proef op de som – operatieve verwijdering van de degeneratieve afwijkingen – niet plaatsvindt. Maar om daarom altijd het verband te ontkennen, vind ik veel te ver gaan. Waarom zijn subacute, chronische en recidiverende rugklachten, die vooral op oudere leeftijd optreden – bij voorkeur aanwezig in de gebieden van de wervelkolom waar de artrotische röntgenologische afwijkingen het meest en met het ouder worden toenemend voorkomen – cervicaal en lumbosacraal? Men krijgt de indruk dat de degeneratieve afwijkingen moedwillig van geen betekenis (noot 17) geacht worden om een tegenwicht te vormen tegenover de inderdaad vaak overdreven waarde die aan de röntgenologische bevindingen gehecht wordt, terwijl de therapeutische consequenties gering zijn en het woord 'slijtage' bij de patiënt het te sombere beeld oproept van (pijn)klachten die nooit meer over zullen gaan.

Tot slot mijn compliment voor het grote werk dat verricht is door de werkgroep om voor zo'n alledaags, maar lastig ziektebeeld kritische en degelijke richtlijnen op te stellen, waardoor allerlei zinloze onderzoeken en behandelingen achterwege kunnen blijven.

A.M. van Dongen
huisarts te Nieuwveen

- 1 Faas A, Chavannes AW, Koes BW, et al. NHG-Standaard Lage-Rugpijn Huisarts Wet 1996; 39(1); 18-31.

Naschrift

Inderdaad wordt lage-rugpijn meestal gedefinieerd als pijn tussen de thoracale wervel 12 en de bilplooien. De commissie heeft gekozen voor een bovengrens die voor elke huisarts zonder enige moeite te vinden is. Beide gevallen komen op hetzelfde neer: lage-rugpijn begint bij L1, alleen die wervel is voor velen moeilijk te herkennen.

In een recent proefschrift worden 35 artikelen over de relatie tussen degeneratieve afwijkingen en lage-rugpijn besproken.¹ De methodologische kwaliteit van deze studies laat zodanig te wensen over, dat geen uitspraak gedaan kan worden over deze samenhang. Dat er 35 artikelen over dit onderwerp gevonden werden, betekent dat ook rugpijn-onderzoekers zich afvragen of er toch niet een relatie bestaat. Van Tulder concludeert: alleen met behulp van toekomstig prospectief onderzoek van goede kwaliteit kan een duidelijke uitspraak gedaan worden over de relatie degeneratieve afwijkingen en rugpijn. Omdat thans nog geen uitspraak kan worden gedaan, terwijl deze degeneratieve afwijkingen juist met röntgenfoto's opgespoord worden en therapeutische consequenties ontbreken, stelt de standaard: bij specifieke rugpijn is röntgendiagnostiek niet zinvol. De standaard noemt daarentegen drie situaties waarin röntgendiagnostiek wél zinvol kan zijn voor de huisarts: verdenking op maligniteit (noot 12), verdenking op een wervelfractuur ten gevolge van osteoporose (noot 13) en verdenking op morbus Bechterew (noot 14).

Dr A. Faas, huisarts
Dr S. Thomas, hoofd afdeling Standaarden
NHG

- 1 Van Tulder M. Diagnostics and treatment of chronic low back pain in primary care [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1996.