

'We moeten bij lumbosacraal radiculair syndroom niet zomaar gaan prikken'

Vorig jaar februari promoveerde Antje Spijker-Huiges op haar proefschrift *Radiculopathy and radiating low back pain in general practice*. In een interview vertelt ze over haar onderzoeksbevindingen die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Aanloop naar het onderzoek

'Al zolang ik studeerde heb ik onderzoek willen doen', vertelt Spijker op de vraag naar de aanloop tot het onderzoek. 'Ik vond dat er in de opleiding maar weinig ruimte was voor wetenschappelijk onderzoek, dus deed ik daarnaast al een master class *Science*. Destijds wilde ik nog internist worden, maar toen ik daar werkte bleek ik dat helemaal niet leuk te vinden, dus

switchte ik naar huisartsgeneeskunde. En ik had tijdens mijn wetenschappelijke stage al onderzoek gedaan naar het gebruik van protonpompremmers. Mijn opleider had dit onderzoeksvoorstel geschreven en had er ook al subsidie voor gekregen. Toen hij mij dit onderzoek aanbood, rolde ik er dus min of meer in.'

En was het onderwerp ook iets wat Spijker aansprak? 'Het was natuurlijk niet iets waar ik al jaren mee bezig was geweest, maar ik vond het wel leuk. Het was een duidelijk en lekker praktisch onderwerp, waar zowel patiënt als huisarts iets aan zouden hebben. En het zou de zorg in de eerste lijn kunnen verbeteren.'

Injecties in de pijnpoli

'We richtten ons op radiculare rugpijn omdat daarbij ontsteking een rol speelt en we wilden het effect van ontstekingsremmers testen', vertelt Spijker. Ze includeerde hiertoe in totaal 63 patiënten en verdeelde deze in een interventiegroep van 33 patiënten en een controlegroep van 30 patiënten. Spijker: 'We gingen er op voorhand van uit dat huisartsen goed kunnen differentiëren tussen radiculare en niet-radiculaire rugpijn. Zodra zich een patiënt aandiende in de interventiegroep kreeg deze binnen een dag een corticosteroideninjectie. Deze werd toegediend in de pijnpoli, want huisartsen dienen dergelijke epidurale injecties niet zelf toe; dat is echt anesthesiologenwerk. Maar er was geen sprake van een formele verwijzing. De huisarts bleef hoofdbehandelaar en ook de diagnostiek lag puur in handen van de huisarts. Het injecteren in de pijnpoli verliep in elk geval prima en de anesthesioloog heeft uiteindelijk geen enkele patiënt uit het onderzoek overgenomen.'

Geen klinisch relevant verschil

Spijker onderzocht vervolgens de effectiviteit van de corticosteroideninjecties op de ervaren pijn, de functionele beperkingen, de patiënttevredenheid, de kwaliteit van leven en de kosteneffectiviteit. Ze volgde hiertoe een jaar lang de geïncludeerde patiënten die vragenlijst-

ten over hun klachten invulden en een kostendagboek bijhielden. Spijker: 'De belangrijkste uitkomstmaat was pijn, maar ook de beperkingen die mensen ervoeren. Echter, we vonden weliswaar een statistisch significant verschil in de ervaren pijn, maar dit was te klein om klinisch relevant te zijn voor de patiënt.'

Dit is des te opmerkelijker omdat er al veel placebocontroleerde onderzoeken waren die een gunstig effect van corticosteroideninjecties op pijn en beperkingen aantoonde, zeker als deze kort na het ontstaan van de klachten werden toegediend. Bovendien gingen de patiënten wel beter functioneren. Heeft Spijker hiervoor een verklaring? 'Nee, we weten dat niet precies. Ofwel pijn is niet de belangrijkste bepalende factor voor wat je wel of niet kunt doen, ofwel de grenswaarde voor klinische relevantie moet worden bijgesteld. Dat laatste denk ik echter niet, want daarover is goed nagedacht. En tot slot kan het nog liggen aan het placebo-effect. In elk geval konden we aan de hand van de scores geen verklaring vinden.'

Forse kostenbesparing

Een belangrijk effect van de corticosteroideninjecties was dat de mensen uit de interventiegroep eerder weer aan het werk gingen. Spijker: 'De mensen die een injectie kregen maakten op alle fronten minder kosten, maar vooral was er bij hen sprake van minder werkverzuim en dat verschil was aanzienlijk. Hierdoor was er een forse kostenbesparing in de interventiegroep. We hebben erover gespeculeerd wat hiervan de oorzaak kan zijn geweest. Misschien was er ook hier sprake van een placebo-effect; er was nu immers een "echte" behandeling geweest. Maar we weten dat niet zeker, want we hebben het niet uitgezocht.'

Patiënttevredenheid en kwaliteit van leven

Ook de patiënttevredenheid was groter in de interventiegroep. Spijker: 'We hebben dat simpelweg gemeten door de mensen te vragen om een rapportcijfer te geven voor de ontvangen zorg. Daar



zat een verschil tussen van bijna twee punten en we kregen ook dankbare brieven van de patiënten uit de interventiegroep. Maar ja, die grotere patiënttevreden is ook wel logisch, want de gewone behandeling houdt eigenlijk niets in. Als huisarts weet je wel dat de klachten na verloop van tijd vanzelf overgaan, maar toch stuur je je patiënten feitelijk met een kluitje in het riet. Met zo'n prik doe je tenminste iets en natuurlijk zijn mensen daar dan tevreden over.'

En was ook de kwaliteit van leven beter in de interventiegroep? Spijker: 'Nee, weliswaar knapten de mensen uit de interventiegroep iets meer op maar bij beide groepen nam de kwaliteit van leven toe in de loop der tijd; die verschillen waren niet interessant.'

Niet geblindeerd

Nu het verschil tussen beide groepen was dat er wel of geen 'extra' behandeling plaatsvond, kunnen de onderzoeksresultaten op diverse fronten vertekend zijn geraakt. Is het achteraf dan niet jammer dat de patiënten niet geblindeerd werden, nu het onderzoek niet het resultaat heeft laten zien wat eigenlijk was verwacht? Spijker: 'We hebben daarover goed nagedacht. In placebogecontroleerde trials was het gunstige effect al aangetoond, dus dat hoefden wij niet opnieuw te doen. Wij probeerden juist de dagelijkse praktijk van de huisarts zoveel mogelijk te benaderen. Zouden de injecties ook iets doen als we het op deze manier gingen invoeren?'

Maar het is juist zo opmerkelijk dat de injecties nu níét het gunstige effect hadden op de klachten, waarmee het uitgangspunt van het onderzoek min of meer wordt tegengesproken. Spijker: 'Misschien waren onze patiënten te heterogeen; misschien is het effect gunstiger in subgroepen. Ook hadden we juist de ernstiger patiënten in onze interventiegroep, al hebben we daarvoor wel kunnen corrigeren.'

Toch maar prikken?

Effect op de pijn of niet, de gunstige resultaten op het gebied van functionele

beperkingen, patiënttevredenheid en vooral kostenbesparing door minder ziekteverzuim liegen er niet om. Zou Spijker dus toch het geven van corticosteroideninjecties adviseren? 'Nee, het effect op de primaire uitkomstmaat is te klein om dergelijke invasieve ingrepen te overwegen. Die kunnen misgaan of nadelige bijwerkingen hebben, en al zijn die zeldzaam, de kans is niet nul. Anderzijds, het bewijs uit de placebogecontroleerde trials verdwijnt niet, dus als je nou een heel kansrijke patiënt hebt, kun je de voors en tegens wel uitleggen. Maar al met al vormt wat wij gevonden hebben geen aanleiding om op grote schaal te gaan prikken.'

Registratiefoutje...

Een zijstapje uit het onderzoek verdient ook nog aandacht. Spijker: 'Een toevalbevinding uit het dossieronderzoek was dat huisartsen altijd registreren op ICPC-code L86. Iedereen gebruikt die code bij elke patiënt met uitstralende lagerugpijn, maar slechts de helft daarvan betreft het lumbosacraal radiculair syndroom. Onze manier van registreren betekent dus dat we geen idee hebben wat de prevalentie is in de huisartsenpraktijk. Dat maakt weliswaar niet uit voor je uiteindelijke behandeling, maar onderzoekers hebben hier niets aan. En ook is het goed om je te realiseren dat je bij niet-radiculaire rugpijn zeker geen injecties moet geven!'

De eigen spreekkamer

Denkt Spijker dat haar aanpak in de eigen spreekkamer, gezien haar onderzoeksbevindingen, anders is dan die van andere huisartsen? 'Het is natuurlijk een onderwerp waar ik nu veel van afweet en dat ik goed kan uitleggen. Patiënten vinden dat ook fijn. Maar mijn behandeling is behoorlijk recht door zee! Ik zal alleen niet gauw iemand onnodig verwijzen, maar ik weet niet of collega's dat anders doen dan ik.'

Werken aan de standaard

Spijker heeft ook meegeschreven aan de laatste actualisering van de standaard. Hoe heeft ze dat gevonden? 'Dat

zat in het staartje van mijn promotie. Het was wel een heel hectische tijd want ik werkte toen ook alweer in de praktijk. Maar ik vond het wel erg leuk en ik heb er veel aan gehad. Je hoort mensen die echt verstand hebben van zo'n onderwerp en dat scherpt je eigen meningen. En misschien was ik in de werkgroep uiteindelijk toch meer voorstander van corticosteroideninjecties dan de anderen. Als je patiënt wanhopig wordt – of jijzelf – dan is de praktijk soms weerbarstig.'

Na de promotie

De promotie is nu een jaar geleden, maar de kans is klein dat Spijker zich daarna is gaan vervelen, al is het maar omdat haar gezin vijf – deels jonge – kinderen telt. 'Ook draai ik weer twee dagen per week mee in de praktijk, plus de diensten. Ik was er na de bevalling van de jongste twee jaar tussenuit geweest en het heeft me best wat energie gekost om alles weer in mijn vingers te krijgen. Ik vond dat er verrassend veel dingen waren veranderd in zo'n korte tijd. Maar ik vind het praktiseren, en vooral het patiëntencontact, wel weer heel leuk!'

Zou Spijker ooit nog overwegen om weer onderzoek te gaan doen? 'Ja, dat denk ik wel, maar voorlopig niet. We zijn bezig onze praktijk te academiseren en daar richt ik me nu eerst op. Maar het lijkt me leuk om onderzoek te begeleiden en er in elk geval mee bezig te blijven.'

En gaat Spijker ook weer meewerken aan de volgende actualisering van de NHG-Standaard? 'Als ze me ervoor vragen: heel graag! Ik heb daar erg van genoten.' ■

Ans Stalenhoef