

Patiënt met onbegrepen lagerugpijn heeft recht op MRI

De tweede herziening van de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn bevat geen wezenlijke veranderingen ten opzichte van de versie uit 2005.¹ Dat is logisch, omdat de huidige wetenschappelijke stand van zaken nauwelijks anders is dan die van twaalf jaar geleden. Opvallend is wel dat het lichamenlijk onderzoek vrijwel uit de standaard van 2017 is verdwenen en dat nog luider dan voorheen de roep klinkt om geen röntgenonderzoek of MRI te laten doen.

Naar ons idee gaat de standaard te veel uit van de gedachte dat de anamnese sensitief genoeg is om specifieke oorzaken op het spoor te komen. Er staat letterlijk: 'Stel de diagnose aspecifieke lagerugpijn [...] indien een specifieke oorzaak onwaarschijnlijk is.' Beter zou zijn: 'Stel de diagnose aspecifieke lagerugpijn indien een specifieke oorzaak uitgesloten is.' Natuurlijk is 100% zekerheid nooit te verkrijgen, maar met een röntgenfoto, een MRI en een bloedonderzoek (BSE en CRP) kom je heel dichtbij.

In de standaard staat ook: 'Beeldvormende diagnostiek bij aspecifieke lagerugpijn wordt niet aanbevolen.' Dat is natuurlijk helemaal waar. Als je een diagnose hebt gesteld is nadere diagnostiek overbodig. Het probleem is dat de diagnose aspecifieke lagerugpijn pas met grote zekerheid kan worden gesteld nadat beeldvormende diagnostiek is gedaan.

We denken dat het door het NHC voorgestelde beleid goed werkt bij rugpijn die korter dan twee tot drie maanden bestaat. De meeste specifieke aandoeningen kom je met de anamnese en het beloop tijdig op het spoor. Merkwaardig is dat de standaard pleit voor een langdurig en kostbaar revalidatie-

traject als een patiënt niet herstelt, terwijl de diagnose slechts gebaseerd is op de anamnese en een gebrekkig lichamenlijk onderzoek. Het door de standaard voorgestelde lichamenlijk onderzoek houdt het volgende in: 'Onderzoek hoe de patiënt beweegt om een indruk te krijgen van de mate van bewegingsbeperking en ernst van de klachten, lokaliseer de pijn en let op ernstige houdingsafwijkingen.'

TERUGHOUDENDHEID BIJ MRI

Onderzoek laat zien dat het meestal jaren duurt (mediaan vijf jaar) voordat de diagnose axiale spondylartropathie wordt gesteld.² Voor intradurale tumoren duurt het gemiddeld één jaar.³ We kennen allemaal een patiënt die toch een tumor, een hernia of een ernstige spondylolisthesis had terwijl niets in die richting wees, behalve dat hij niet opknapte. Een uitvoerig lichamenlijk onderzoek voor elke patiënt die niet binnen twee tot drie maanden herstelt zou een optie zijn. Maar zelfs een uitvoerige anamnese en een uitgebreid lichamenlijk onderzoek zijn waarschijnlijk niet afdoende om met grote zekerheid een specifieke oorzaak voor lagerugpijn uit te sluiten. Op een MRI kunnen echter vrijwel alle genoemde specifieke aandoeningen met een hoge mate van sensitiviteit en specificiteit worden vastgesteld.

De terughoudendheid rond het gebruik van MRI is gebaseerd op twee stellingen. De eerste is dat een MRI duur zou zijn. In de jaren negentig van de vorige eeuw kostte een MRI-scan ongeveer € 850. Daar moest iemand met een modaal inkomen toen drie weken voor werken. Op dit moment kost een MRI van de lumbale wervelkolom nog slechts € 228. Dat is goedkoper dan negen behandelingen fysiotherapie. Completeer het onderzoek met een oriënterend bloedonderzoek (BSE en CRP) en een röntgenfoto van de SI-gewrichten, en voor in totaal € 300 heeft de patiënt de zekerheid die hij anno 2017 mag verwachten.



Foto: Shutterstock

Gebruik van MRI zou duur zijn, maar kost momenteel € 228 (lumbale wervelkolom).

Het tweede bezwaar van beeldvormende diagnostiek is dat het gevaar bestaat dat nietszeggende 'afwijkingen' worden aangegrepen om aspecifieke klachten te verklaren. Dat gevaar is inderdaad reëel. De huisarts zou geholpen zijn als de standaard zou aangeven hoe de huisarts tactisch kan omgaan met de uitslag, maar er is geen goede reden om de foto's dan maar niet te laten maken. Bij een gunstige uitslag is het voor de patiënt gemakkelijker om een multidisciplinair revalidatietraject te accepteren. Ook daarmee zou de huisarts geholpen zijn. ■

LITERATUUR

- 1 Bons SCS, Borg MAJP, Van den Donk M, Koes BW, Kuijpers T, Ostelo RWJG, et al. NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn. Huisarts Wet 2017;60:78-84.
- 2 Sykes MP, Doll H, Sengupta R, Gaffney K. Delay to diagnosis in axial spondyloarthritis: are we improving in the UK? Rheumatology (Oxford) 2015;54:2283-4.
- 3 Segal D, Lidar Z, Corn A, Constantini S. Delay in diagnosis of primary intradural spinal cord tumors. Surg Neurol Int 2012;3:52.

Erasmus MC, afdeling Revalidatie, Rotterdam: dr. J.M.A. Mens, arts-onderzoeker. Oud-Beijerland, Leerpunt Koel, Zwijndrecht: A. Deijl, huisarts. LUMC Leiden, afdeling Neurochirurgie: prof.dr. W.C. Peul, neurochirurg. MRI-centrum, Amsterdam: J.F.H. Velduizen, radioloog. MRI-centrum, Maastricht: prof.dr. J.T. Wilmink, neuroradioloog • Correspondentie: info@janmens.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: J.F.A. Velduizen is eigenaar van een MRI-centrum.