

Bij de meeste patiënten met lagerugpijn is goede zorg juist geen MRI

In het opiniestuk van Jan Mens et al. uitent de auteurs kritiek op de nieuwe NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn.¹ Wij kunnen ons vinden in de kernboodschap van het commentaar, namelijk dat alertheid op een specifieke oorzaak van de klachten bij onverklaarbare lagerugpijn van belang is. Aandacht voor het diagnosticeren van mogelijke, specifieke oorzaken is dan ook in de herziene versie van de standaard op verschillende plekken duidelijker voor het voetlicht gebracht en komt onder andere tot uiting in de eerste kernboodschap: *'Houd rekening met een specifieke oorzaak van de rugpijn bij klachten die niet passen bij het normale patroon van aspecifieke lagerugpijn en bij een onverklaarbaar langdurig of progressief beloop.'*

Mens et al. vinden echter dat men de diagnose aspecifieke lagerugpijn pas met grote zekerheid kan stellen als een specifieke oorzaak is uitgesloten. Zij pleiten er daarom voor om bij alle patiënten met langdurige klachten (twee tot drie maanden) uitgebreide diagnostiek in te zetten.

IS DIT EEN GOED IDEE?

Elke dag gaan er in heel Nederland ongeveer 2500 mensen naar hun huisarts vanwege rugklachten. Dat zijn bijna 700.000 spreekuurbezoeken per jaar.² Een groot deel van deze patiënten (25 tot 50%) zal langer dan drie maanden klachten houden.^{3,4} Gelukkig zal het uiteindelijk bij minder dan 5% van deze patiënten gaan om een specifieke vorm van rugpijn (hernia, tumor, axiale spondylartropathie).^{5,6}

Vanwege het ontbreken van een duidelijke relatie tussen klachten en (degeneratieve) afwijkingen bij beeldvorming zijn kosten in de NHG-Standaard niet meegewogen. Maar uitgebreide diagnostiek bij de grote groep patiënten met langdurige klachten zal naast on-

nodige ongerustheid en medicalisering leiden tot hoge kosten voor de gezondheidszorg.⁷ Ook internationale richtlijnen bevelen aan om diagnostische beeldvorming alleen te gebruiken bij het vermoeden van ernstige pathologie (cauda-equina-syndroom, maligniteit, fractuur, discitis).⁸⁻¹⁰ De belangrijkste reden hiervoor is dat laagdrempelige beeldvormende diagnostiek geen gunstige invloed heeft op het beloop van de klachten, angstreductie of arbeidsverzuim.^{11,12} Er zijn geen aanwijzingen dat het laagdrempelig verrichten van beeldvormende diagnostiek tot een sneller herstel leidt. Sterker nog, de hoge prevalentie van degeneratieve afwijkingen op een MRI-scan, die over het algemeen geen klinische betekenis hebben, kunnen juist aanleiding geven tot onnodige ongerustheid bij de patiënt, met medicalisering en/of angst om te bewegen als gevolg. Daardoor kan het herstel vertra- gen.^{7,11}

MISSEN WE GEEN ERNSTIGE DIAGNOSE?

Natuurlijk heeft elke patiënt recht op de best mogelijke zorg. Hoe zorgen we ervoor dat er bij zo min mogelijk patiënten een specifieke diagnose wordt gemist?

Ten eerste is het van belang dat een generalist de patiënt onderzoekt, die vervolgens beoordeelt of er klachten zijn die passen bij een specifieke oorzaak (zie [tabel 1] van de NHG-Standaard). De nieuwe standaard gaat uitgebreid in op mogelijke aanwijzingen (ook bij het lichamelijk onderzoek) voor bijvoorbeeld tumoren of axiale spondylarthropathieën, gebaseerd op recent onderzoek binnen de eerste lijn en opgesteld in samenspraak met de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie en Nederlandse Vereniging voor Orthopedie.^{4,13,14}

Daarnaast is het van belang dat de patiënt bij een vermoeden van een spe-

cifieke oorzaak bij blijvende klachten opnieuw laagdrempelig onderzocht kan worden en dat er dan aandacht is voor eventueel nieuwe aanwijzingen voor een specifieke oorzaak. Oftewel controle, controle en nog eens controle. Opnieuw iets waar onze eerste lijn goed in is.

En ten slotte is het van belang dat er bij een vermoeden van een specifieke oorzaak laagdrempelig voor verdere diagnostiek naar de tweede lijn kan worden verwezen. Zo zijn er samenwerkingsafspraken opgesteld met de Nederlandse Vereniging voor Orthopedie, die onder andere hebben geresulteerd in een laagdrempelig verwijsbeleid bij patiënten met rugpijn en een maligniteit in de voorgeschiedenis.

De vrees van Mens et al. dat patiënten met een specifieke oorzaak van de klachten ten onrechte een multidisciplinaire behandeling zullen ondergaan is niet gerechtvaardigd. In de aanbevelingen komt duidelijk naar voren dat een onverklaarbaar langdurig beloop reden is om een specialist te consulteren of hiernaar te verwijzen.

De NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn biedt de huisarts voldoende handvatten bij diagnostiek en behandeling van de patiënt met lagerugpijn, en om een specifieke oorzaak vroegtijdig te onderkennen. De aanbevelingen zijn, voor zover mogelijk, evidence-based en zijn opgesteld in samenwerking met verschillende beroepsgroepen. Juist zonder MRI kan goede huisartsgeneeskundige zorg worden geleverd. ■

LITERATUUR

- 1 Bons SCS, Borg MAJP, Van den Donk M, Koes BW, Kuijpers T, Ostelo RWJG, et al. NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn (Tweede herziening). Huisarts Wet 2017;60:78-84.

De literatuurverwijzingen zijn te vinden bij dit artikel op www.henw.org.



LITERATUUR

- 1 Bons SCS, Borg MAJP, Van den Donk M, Koes BW, Kuijpers T, Ostelo RWJG, et al. NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn (tweede herziening). Huisarts Wet 2017;60:78-84.
- 2 NIVEL. Incidenties en prevalenties (2014). www.nivel.nl/nl/nzr/incidenties-en-prevalenties.
- 3 Itz CJ, Geurts JW, Van Kleef M, Nelemans P. Clinical course of non-specific low back pain: a systematic review of prospective cohort studies set in primary care. Eur J Pain 2013;17:5-15.
- 4 Van Tulder MW, Koes BW. Evidence-based handelen bij lage rugpijn. Epidemiologie, preventie, diagnostiek, behandeling en richtlijnen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2013.
- 5 Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? JAMA 1992;268:760-5.
- 6 Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, et al. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. Arthritis Rheum 2009;60:3072-80.
- 7 Deyo RA, Jarvik JC, Chou R. Low back pain in primary care. Brit Med J 2014;349:g4266.
- 8 Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. Lancet 2009;373:463-72.
- 9 Chou R, Deyo RA, Jarvik JC. Appropriate use of lumbar imaging for evaluation of low back pain. Radiol Clin North Am 2012;50:569-85.
- 10 National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management (NICE guideline NG59). 2016.
- 11 Ash LM, Modic MT, Obuchowski NA, Ross JS, Brant-Zawadzki MN, Groff PN. Effects of diagnostic information, per se, on patient outcomes in acute radiculopathy and low back pain. AJNR Am J Neuroradiol 2008;29:1098-103.
- 12 You JJ, Bederman SS, Symons S, Bell CM, Yun L, Laupacis A, et al. Patterns of care after magnetic resonance imaging of the spine in primary care. Spine (Phila Pa 1976) 2013;38:51-9.
- 13 Downie A, Williams CM, Henschke N, Hancock MJ, Ostelo RW, De Vet HC, et al. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: systematic review. Brit Med J 2013;347:f7095.
- 14 Van Hoesen L, Luime J, Han H, Vergouwe Y, Weel A. Identifying axial spondyloarthritis in Dutch primary care patients, ages 20-45 years, with chronic low back pain. Arthritis Care Res (Hoboken) 2014;66:446-53.