

Rugklachten bij ouderen

Samenvatting

Enthoven WTM. *Rugklachten bij ouderen*. Huisarts Wet 2017;60(2):75-6. Rugpijn is voor veel ouderen een belangrijk probleem. Een aanzienlijk deel van hen heeft langdurig rugpijn en ondervindt fysieke beperkingen. Die kunnen leiden tot inactiviteit, wat weer kan leiden tot meer rugpijn en meer fysieke beperkingen.

Aan rugklachten kan een ernstige onderliggende aandoening ten grondslag liggen, maar dit lijkt bij ouderen niet veel vaker het geval dan in andere leeftijdscategorieën. Dat geldt ook voor de diagnose 'wervelfractuur'. Alarmsymptomen hebben weinig voorspellende waarde.

Onderzoek heeft tot nog toe weinig duidelijkheid opgeleverd over de variabelen die geassocieerd zijn met een ongunstige prognose. Het is dan ook nog niet goed mogelijk ze in de praktijk te gebruiken om het beloop te voorspellen of een gerichte behandeling aan te bieden.

In onze onderzoekspopulatie werden pijnstillers veel gebruikt, maar hun effectiviteit lijkt gering. Bij ouderen is bovendien het risico op bijwerkingen relatief groot. Het is daarom belangrijk de voor- en nadelen van pijnstillers – ook vrij verkrijgbare – met de patiënt te bespreken.

INLEIDING

Rugpijn komt in de algemene bevolking veel voor; de puntprevalentie is 12%.¹ Het is ook een belangrijke oorzaak van fysieke beperkingen.² Weliswaar zoeken lang niet alle patiënten medische hulp voor hun rugklachten,³⁻⁵ maar in de huisartsenpraktijk gaan veel consulten toch wel over rugklachten.^{6,7}

Een aanzienlijk deel van de patiënten met rugpijn is van gevorderde leeftijd. Hoewel er relatief weinig onderzoek naar is gedaan, lijkt het erop dat ouderen meer episodes met ernstige rugpijn doormaken en meer fysieke beperkingen ervaren dan jongere patiënten.⁸ Door de dubbele vergrijzing neemt het aantal ouderen met rugklachten toe, daarom is het belangrijk beloop en kenmerken van deze klachten bij ouderen in kaart te brengen. Ik heb daarover in maart 2016 nieuwe gegevens gepresenteerd in mijn proefschrift *Back pain in older adults; subgroups and health care utilization*, en die in het perspectief van de bestaande literatuur geplaatst. Deze beschouwing is gebaseerd op mijn proefschrift.

HET BACE-ONDERZOEK

In het onderzoek Back Complaints in the Elders (BACE) zijn patiënten ouder dan 55 jaar gevolgd nadat zij zich met rugklachten bij de huisarts presenteerden.⁹ De inclusie vond plaats tussen maart 2009 en september 2011 vanuit huisartsenpraktijken rond Rotterdam. De 675 geïncludeerde patiënten werden 5 jaar lang gevolgd door middel van vragenlijsten. De onderzoekers rapporteerden al over verschillen binnen de onderzoekspopulatie, tussen de jongere groep van 55-74 jaar en de oudere groep van ≥ 75 jaar.¹⁰ In de oudere groep waren

de fysieke beperkingen significant groter en was de kwaliteit van leven lager. In deze groep werden ook vaker depressieve symptomen gerapporteerd en er waren meer rugpatiënten met kinesiofobie.

De absolute verschillen waren relatief klein. Het verschil in gerapporteerde fysieke beperkingen was 2,7 punten op een 24-puntsschaal, waarop een verschil van meer dan 2-5 punten klinisch relevant geacht wordt.^{11,12} Wel zal het verschil naar verwachting groter zijn als men leeftijdscategorieën vergelekt die verder uiteenliggen, of wanneer men ouderen vergelekt met een populatie jonger dan 55 jaar. Naarmate patiënten meer fysieke beperkingen hebben, worden ze fysiek minder actief, zeker op hogere leeftijd.¹³ Aangezien lichamelijke inactiviteit geassocieerd is met rugpijn en meer fysieke beperkingen,¹⁴ kan zo een negatieve spiraal ontstaan waarin de patiënt steeds meer zorg nodig heeft en uiteindelijk wellicht zijn zelfstandigheid verliest. Het is daarom belangrijk juist bij ouderen met rugklachten te benadrukken dat zij moeten blijven bewegen.

ONDERLIGGENDE PATHOLOGIE

In de algemene literatuur komt naar voren dat rugklachten bij een klein deel van de patiënten het gevolg zijn van een onderliggende aandoening. Deze onderliggende pathologie behoeft een andere behandeling en daarom is het belangrijk patiënten te herkennen bij wie mogelijk sprake is van zo'n onderliggende oorzaak. Over het algemeen heeft men het idee dat ernstige pathologie toeneemt met de leeftijd en dat zo'n onderliggende aandoening dus vaker zal voorkomen bij ouderen met rugklachten. Het is daarom verrassend dat dit in het BACE-onderzoek niet duidelijk naar voren komt. Wij vonden gedurende 1 jaar follow-up bij slechts 6% van de deelnemers een onderliggende pathologie.¹⁵ Dat is vergelijkbaar met de prevalenties van 1-5% die genoemd worden in andere onderzoeken binnen eerstelijns populaties, waarin alle leeftijdsgroepen vertegenwoordigd waren.^{16,17} Ook de verdeling van

De kern

- Van de patiënten met rugklachten is een aanzienlijk deel ouder dan 55 jaar.
- Bij een groot deel van de ouderen met rugpijn zijn de klachten langdurig en zorgen ze voor fysieke beperkingen.
- Bij ouderen lijkt niet veel vaker sprake van een ernstige onderliggende aandoening dan bij andere leeftijdsgroepen.
- Alarmsymptomen zijn slechte voorspellers voor de diagnose 'wervelfractuur'.
- Pijnstillers worden veel gebruikt voor rugklachten, ondanks hun beperkte effectiviteit en de kans op bijwerkingen.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam; dr. W.T.M. Enthoven, huisarts in opleiding • Correspondentie: w.enthoven@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

onderliggende oorzaken was vergelijkbaar: zowel in de literatuur als in ons onderzoek zijn wervelfracturen de vaakst voorkomende onderliggende aandoening.

Om wervelfracturen in de praktijk te diagnosticeren raden de meeste richtlijnen aan af te gaan op alarmsymptomen.^{18,19} Ook in het BACE-onderzoek bleek een aantal alarmsymptomen geassocieerd met de aanwezigheid van een wervelfractuur: leeftijd ≥ 75 jaar, trauma, osteoporose, pijnscore ≥ 7 op een tienpuntsschaal en thoracale pijnklachten. Andere alarmsymptomen, zoals kloppijn op de wervelkolom, vrouwelijk geslacht en plotse lengtevermindering, bleken niet geassocieerd met een wervelfractuur.

De alarmsymptomen die geassocieerd waren met de diagnose 'wervelfractuur' hadden geringe diagnostische waarde en weinig voorspellende kracht voor het beloop. De beste voorspeller bleek 'klachten als gevolg van trauma'. In een eerder onderzoek zijn verschillende alarmsymptomen gecombineerd, waardoor de diagnostische waarde voor wervelfractuur beter werd. Dit hebben wij ook gedaan, echter zonder duidelijke verbetering in diagnostische waarde: de gecombineerde alarmsymptomen lijken wervelfracturen niet beter te voorspellen dan het alarmsymptoom 'trauma' alleen.

De tegenstrijdige resultaten van verschillende onderzoeken en de beperkte voorspellende waarde van alarmsymptomen maken het vooralsnog moeilijk te beslissen of alarmsymptomen überhaupt zouden moeten worden opgenomen in de richtlijnen, en zo ja, welke alarmsymptomen dat dan moeten zijn. Voor geen van de alarmsymptomen is voldoende wetenschappelijke onderbouwing.

BELOEP OVER DRIE JAAR

In het kader van het BACE-onderzoek werden drie maanden en drie jaar na inclusie de rugklachten gemeten.²⁰ Na drie maanden bleek de gemiddelde pijnscore te verbeteren van 5,2 naar 3,6 op een tienpuntsschaal. Desondanks gaven op dat moment nog 380 van de 675 patiënten aan dat zij niet hersteld waren van hun klachten. Na drie jaar konden we in het beloop van de rugpijn verschillende trajecten identificeren aan de hand van patiënten bij wie het beloop van de pijnscores ongeveer gelijk was. Deze drie pijntrajecten benoemden we als 'hoog', 'gemiddeld' en 'laag'.

We onderzochten welke prognostische factoren er waren voor het uitblijven van herstel na drie maanden en ook voor een ongunstig beloop over drie jaar. Variabelen die zowel geassocieerd waren met uitblijvend herstel na drie maanden als met een ongunstig beloop over drie jaar waren negatieve verwachtingen ten aanzien van herstel en langere duur van de klachten bij aanvang van het onderzoek. Uit ander onderzoek bleek dat patiënten die bij aanvang negatieve verwachtingen hebben over hun herstel ook meer fysieke beperkingen hebben en minder verbetering ervaren.²¹ De invloed van deze verwachting lijkt hardnekkig: in ander onderzoek bleek het beïnvloeden van deze verwachting geen effect te hebben op hoe de klachten zich ontwikkelden.²² Het is goed mogelijk dat het beïnvloeden van verwachtingen geen effect heeft op het beloop van de klachten.

Als men patiënten met een hoog risico op chronische rugpijn zou kunnen identificeren, zouden er interventies kunnen worden ontwikkeld. Er is veel onderzoek gedaan naar een groot aantal prognostische factoren, maar dit heeft niet geleid tot duidelijke overeenstemming over welke factoren nu het meest bijdragen en de betreffende factoren zijn zelden gevalideerd in onafhankelijke populaties.

Kortom, het is nog niet duidelijk welke (oudere) patiënten een verhoogd risico lopen op chronische rugklachten en hoe we deze vroegtijdig kunnen onderkennen en behandelen.

PIJNSTILLING

De richtlijnen voor rugpijn adviseren de patiënt actief te blijven en zo nodig pijnstillers te gebruiken.¹⁸ Doordat ouderen daarnaast vaak ook andere aandoeningen hebben en meerdere geneesmiddelen gebruiken, komen bijwerkingen en interacties bij hen vaker voor dan bij jongere patiënten. De WHO-pijnladder noemt paracetamol als pijnstiller van eerste keus, met name door het relatief gunstige bijwerkingenprofiel. Paracetamol wordt inderdaad breed ingezet voor verschillende soorten pijn, maar het onderliggende bewijs is schaars. Een recent onderzoek liet zien dat paracetamol bij patiënten met lagerugklachten niet effectiever is dan placebo.²³ Daarbij moet wel worden opgemerkt dat dit resultaat nog niet is gerepliceerd en ook nog niet vergeleken is met alleen geruststelling of het advies actief te blijven.

De tweede trede op de WHO-pijnladder zijn NSAID's waarvan bekend is dat ze ernstige bijwerkingen kunnen hebben, zoals nierfalen, cardiovasculair risico en gastro-intestinale problemen.^{24,25} Met name door deze bijwerkingen verdient het gebruik van NSAID's bij oudere patiënten speciale aandacht: het moet bij voorkeur kortdurend zijn (maximaal twee weken) en bij patiënten met een verhoogd risico op gastro-intestinale complicaties worden gecombineerd met een maagbeschermend middel zoals omeprazol. In een Cochrane-review bleken NSAID's bij chronische rugklachten in alle leeftijdscategorieën significant beter dan placebo, maar het verschil was klein: 7 punten op een pijnschaal van 0-100.²⁶ Het is de vraag of dit verschil behalve statistisch significant ook klinisch relevant is. In onderzoek naar NSAID's bij patiënten met acute rugklachten (niet specifiek ouderen) bleek het effect van deze middelen klein.²⁷ Desondanks gebruiken veel oudere patiënten (ruim 70%) pijnstillers, zowel vrij verkrijgbaar als op recept.²⁸ NSAID's en paracetamol zijn de meestgebruikte.

Vooraf voor oudere patiënten is het belangrijk dat zij zich bewust zijn van de risico's van pijnstillers, en van de mogelijkheid dat hun effect op de klachten gering zal zijn. De huisarts kan deze voor- en nadelen in de spreekkamer bespreken alvorens ze voor te schrijven, maar het is ook belangrijk ze te bespreken met patiënten die de middelen zelf kopen, zeker als er contra-indicaties zijn voor NSAID-gebruik. ■

LITERATUUR

De literatuurlijst kunt u vinden op www.henw.org/archief, rubriek Beschouwing.



LITERATUUR

- 1 Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* 2012;64:2028-37.
- 2 Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2163-96.
- 3 Ferreira ML, Machado G, Latimer J, Maher C, Ferreira PH, Smeets RJ. Factors defining care-seeking in low back pain--a meta-analysis of population based surveys. *Eur J Pain* 2010;14:747 e1-7.
- 4 IJzelenberg W, Burdorf A. Patterns of care for low back pain in a working population. *Spine* 2004;29:1362-8.
- 5 Walker BF, Muller R, Grant WD. Low back pain in Australian adults: health provider utilization and care seeking. *J Manipulative Physiol Ther* 2004;27(5):327-35.
- 6 Joud A, Petersson IF, Englund M. Low back pain: epidemiology of consultations. *Arthritis Care Res* 2012;64:1084-8.
- 7 Yokota RTC, Berger N, Nusselder WJ, Robine JM, Tafforeau J, Deboosere P, et al. Contribution of chronic diseases to the disability burden in a population 15 years and older, Belgium, 1997-2008. *BMC Public Health* 2015;15:299.
- 8 Dionne CE, Dunn KM, Croft PR. Does back pain prevalence really decrease with increasing age? A systematic review. *Age Ageing* 2006;35:229-34.
- 9 Scheele J, Luijsterburg PA, Ferreira ML, Maher CG, Pereira L, Peul WC, et al. Back complaints in the elders (BACE); design of cohort studies in primary care: an international consortium. *BMC Musculoskelet Disord* 2011;12:193.
- 10 Scheele J, Enthoven WT, Bierma-Zeinstra SM, Peul WC, van Tulder MW, Bohnen AM, et al. Characteristics of older patients with back pain in general practice: BACE cohort study. *Eur J Pain* 2014;18:279-87.
- 11 Ostelo RW, Deyo RA, Stratford P, Waddell G, Croft P, Von Korf M, et al. Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain: towards international consensus regarding minimal important change. *Spine* 2008;33(1):90-4.
- 12 Patrick DL, Deyo RA, Atlas SJ, Singer DE, Chapin A, Keller RB. Assessing health-related quality of life in patients with sciatica. *Spine* 1995;20:1899-908.
- 13 Leboeuf-Yde C, Fejer R, Nielsen J, Kyvik KO, Hartvigsen J. Consequences of spinal pain: do age and gender matter? A Danish cross-sectional population-based study of 34,902 individuals 20-71 years of age. *BMC Musculoskelet Disord* 2011;12:39.
- 14 Teichtahl AJ, Urquhart DM, Wang Y, Wluka AE, O'Sullivan R, Jones G, et al. Physical inactivity is associated with narrower lumbar intervertebral discs, high fat content of paraspinal muscles and low back pain and disability. *Arthritis Res Ther* 2015;17:114.
- 15 Enthoven WT, Geuze J, Scheele J, Bierma-Zeinstra SM, Bueving HJ, Bohnen AM, et al. Prevalence and 'red flags' regarding specified causes of back pain in older adults presenting in general practice. *Phys Ther* 2016;96:305-12.
- 16 Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT, Jr., Shekelle P, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007;147:478-91.
- 17 Henschke N, Maher CG, Refshauge KM. A systematic review identifies five 'red flags' to screen for vertebral fracture in patients with low back pain. *J Clin Epidemiol* 2008;61:110-8.
- 18 Koes BW, Van Tulder MW, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2010;19:2075-94.
- 19 Van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, Del Real MT, Hutchinson A, et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006;15 Suppl 2:S169-91.
- 20 Scheele J, Enthoven WT, Bierma-Zeinstra SM, Peul WC, Van Tulder MW, Bohnen AM, et al. Course and prognosis of older back pain patients in general practice: a prospective cohort study. *Pain* 2013;154:951-7.
- 21 Rundell SD, Sherman KJ, Heagerty PJ, Mock CN, Jarvik JG. The clinical course of pain and function in older adults with a new primary care visit for back pain. *J Am Geriatr Soc* 2015;63:524-30.
- 22 Kamper SJ, Kongsted A, Haanstra TM, Hestbaek L. Do recovery expectations change over time? *Eur Spine J* 2015;24(2):218-26.
- 23 Williams CM, Maher CG, Latimer J, McLachlan AJ, Hancock MJ, Day RO, et al. Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2014;384:1586-96.
- 24 Sostres C, Gargallo CJ, Lanás A. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and upper and lower gastrointestinal mucosal damage. *Arthritis Res Ther* 2013;15 Suppl 3:S3.
- 25 Trelle S, Reichenbach S, Wandel S, Hildebrand P, Tschannen B, Villiger PM, et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. *BMJ* 2011;342:c7086.
- 26 Enthoven WT, Roelofs PD, Deyo RA, Van Tulder MW, Koes BW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2:CD012087.
- 27 Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW, Scholten RJ, Van Tulder MW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;1:CD000396.
- 28 Enthoven WT, Scheele J, Bierma-Zeinstra SM, Bueving HJ, Bohnen AM, Peul WC, et al. Analgesic use in older adults with back pain: the BACE study. *Pain Med* 2014;15(10):1704-14.