

Nekpijn

CJ Vos, AP Verhagen, GPH Hermans

Van klacht naar probleem

In de loop van één jaar heeft ongeveer 30% van de bevolking wel eens last van nekpijn en daarvan heeft 14% langer dan 6 maanden klachten.¹ Slechts een beperkt aantal mensen met nekpijn consulteert de huisarts voor onderzoek en advies. De meest gemelde klacht is pijn. Deze gaat vaak samen met een stijf gevoel en/of uitstralende pijn naar het hoofd, arm of schouderregio. De meeste patiënten ervaren hun nekpijn als een hinderlijk fenomeen en worden er in hun dagelijks leven door beperkt. Nekpijn is vaak een reden voor ziekteverzuim.² In sommige takken van industrie veroorzaakt nekpijn net zoveel verzuim als lage-rugpijn.² We spreken van acute nekpijn als deze korter dan 6 weken duurt en van chronische nekpijn bij klachten die langer dan 6 maanden aanhouden. Vooral plotselinge, heftige pijn, functiebeperking en onzekerheid over de oorzaak zijn redenen voor een consult. Het is onbekend of de patiënt bij een bezoek aan de huisarts vooral pijnstilling of geruststelling wil of een verwijzing naar de fysiotherapeut. Er zijn ongeveer 60 specifieke oorzaken voor nekpijn bekend volgens de International Association for the Study of Pain (IASP).³ In de meeste gevallen wordt er geen oorzaak gevonden en is er sprake van aspecifieke of mechanische nekpijn. Tumoren, infecties, fracturen en vasculaire oorzaken komen relatief weinig voor. Nekpijn na een kop-staartbotsing is nogal eens aanleiding voor een consult. Daarbij spelen naast de ernst van de klachten ook nog ande-

Samenvatting

Vos CJ, Verhagen AP, Hermans GPH. Nekpijn. Huisarts Wet 2004;47(6):306-9.

Nekpijn is een veelvoorkomende klacht; meestal is er sprake van aspecifieke nekpijn. De huisarts ziet slechts het topje van de ijsberg en hij dient zich telkens af te vragen waarom juist deze patiënt de moeite neemt om hem hiervoor te consulteren. Is het angst voor een ernstige oorzaak of voor een chronisch of invaliderend beloop? Als de vraagstelling eenmaal helder is, dan is het een stuk eenvoudiger bij aspecifieke nekpijn uit te leggen dat verder onderzoek zelden nodig is. De grote lijn in de anamnese is het uitsluiten van specifieke oorzaken. Is dat eenmaal gebeurd, dan volstaat een beperkt lichamelijk onderzoek. Daarbij wordt vooral gekeken naar de mobiliteit. Aanvullende diagnostiek is zelden nodig.

Erasmus Medisch Centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam; C.J.Vos, huisarts; mw. dr. A.P. Verhagen, epidemioloog; dr. G.P.H. Hermans, gepensioneerd orthopedisch chirurg te Hilversum.

Correspondentie: voskees@knmg.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Methodologie

Deze bijdrage is gebaseerd op een Medline-search over de periode 1980 tot en met december 2003. Hierbij werd het trefwoord *neck pain* telkens gecombineerd met een de volgende MeSH-terminen voor epidemiologie: *incidence*, *prevalence* of *sensitivity*; voor het diagnostisch proces: *diagnosis*, *physical examination*, *laboratory tests* of *X ray examination*; voor huisartsgeneeskundig handelen: *general practice*, *primary care* of *family practice*. Meer informatie over de gevolgde zoekstrategie is op te vragen bij de eerste auteur.

re factoren een rol zoals een mogelijke schadeclaim. Soms komt een verzoek van politie of verzekeraars om daarover een uitspraak te doen. Ook familie, burens en collega's dringen er bij de patiënt vaak op aan vooral de huisarts te bezoeken. Bij kinderen met een plotseling begin van een stijve nek zijn ouders soms bang dat dit het begin van een meningitis kan betekenen.

Van probleem naar differentiële diagnose

Acute nekpijn is meestal onschuldige aard. Soms is er een acuut ontstaansmoment zoals het stoten van het hoofd of een val. Regelmatig is de oorzaak niet direct duidelijk en noemt de patiënt als verklaring voor het ontstaan ervan zaken zoals 'ik zal wel kou hebben gehad.' Meestal heeft nekpijn met acute of chronische overbelasting van de cervicale wervelkolom te maken. Hoewel men vaak hypertonie van de nekspieren vindt, hoeft dat niet de oorzaak van de klachten te zijn.

Een *nekhernia* ontstaat als een discusprotrusie het myelum heeft bereikt en indrukt (graad-4-protrusie). Bij de nekhernia staat de pijn in de arm op de voorgrond. Pijn in de nek ontbreekt soms zelfs. Het karakter van de pijn wordt omschreven als scherp, schietend of snijdend. Dit in tegenstelling tot de pseudo-radiculaire pijn vanuit de facetgewrichten die als dof, zeurend of drukkend wordt ervaren.⁴ Daarnaast ontstaan tintelingen in een dermatoom en vaak enig krachtsverlies. In 70% van de gevallen betreft het een hernia op C6-C7-niveau. Hierdoor ontstaat radiculopathie van C7, hetgeen uitstralende pijn over de strekzijde van boven- en onderarm geeft met tintelingen in de wijs- en middelvinger en enige zwakte van de triceps brachii.⁴

Het afschuiven van een wervel ten opzichte van de onderliggende wervel wordt *spondylolisthesis* genoemd. Vooral een trauma, maar ook degeneratieve veranderingen in vergevorderde stadia kunnen dit veroorzaken. De diagnose kan alleen röntgenologisch worden gesteld. In lichte mate leidt het tot verminderde proprioceptieve functie op segmentaal niveau, wat zich uit in een gevoel van instabiliteit door een verminderde of afwezige functie van de kleine nekspieren.

Maligniteiten hebben zelden hun primaire oorsprong in de nek: vaker betreft het een metastase van een bronchus-, prostaat- of mammacarcinoom.

Torticollis is een heftige, vaak eenzijdige hypertonie van de m. sternocleidomastoideus of de mm. scaleni. Soms is dit aangeboren of treedt het op als contractuur na een verbranding. Bij kinderen en adolescenten kan het ook door domperidon worden veroorzaakt. De *facetgewrichten* spelen een belangrijke rol in chronische pijnklachten. Zij vormen eigenlijk het enige directe contactpunt tussen de nekwerfels onderling en zijn gevoelig voor beschadiging. Bij het ouder worden vindt er een natuurlijke degeneratie van de cervicale wervelkolom plaats, met name laagcervicaal. Duidelijke spondylotische en spondylartrotische veranderingen vinden we op de röntgenfoto al in de helft van de gevallen bij 40-50 jarigen. De bevindingen op de foto's correleren slecht met de klachten die de patiënt heeft.³ Cervicale artrose komt zelfs meer voor bij mensen die helemaal geen nekkklachten hebben.

Epidemiologie

Uit onderzoek blijkt dat er 15,9 bezoeken voor nekpijn aan de huisarts per 1000 patiënten per jaar zijn.² Van de mensen die met acute nekpijnklachten bij de huisarts komen, worden de klachten uiteindelijk bij 1 op de 10 mensen chronisch. In de *tabel* zijn de diagnoses vermeld die in het Transitieproject zijn verzameld.⁵ De incidentie van whiplashklachten bedraagt 1-2%, met een man-vrouwverhouding van 1:2. Verhoudingsgewijs zijn vooral jonge vrouwen het slachtoffer. Een jaar na het trauma heeft 20-30% nog steeds klachten en 5% ernstige klachten.⁶ Ongeveer 0,5-1% van de totale bevolking heeft chronische nekpijn ten gevolge van een auto-ongeval.³

Tabel Einddiagnosen bij neksymptomen/klachten als contactreden aan het begin van een episode (in procenten)⁵

Nekklachten als symptoomdiagnose	45
Spierpijn/fibrositis	18
Syndromen cervicale wervelkolom	14
Spierspanningshoofdpijn	2
Whiplash	2
Andere ziekten bewegingsapparaat	2
Artrose	2
Distorsie	1
Schouderaandoening	1
Verworven afwijking wervelkolom	1
Andere ziekten zenuwstelsel (waaronder nekhernia)	1

Diagnostiek in de huisartsenpraktijk

Voorgeschiedenis

Bij reumatoïde artritis kan nekpijn optreden als gevolg van een weinig voorkomende, maar ernstige complicatie: een dislocatie van de dens die tot myelumcompressie kan leiden. Bij een bekende maligniteit moet een wervelmetastase overwogen worden als oorzaak van plotseling ontstane nekpijn.

Anamnese

De anamnese is het belangrijkste hulpmiddel bij het stellen van een waarschijnlijke diagnose.⁴

De kern

- ▶ Aspecifieke nekpijn komt het meest voor.
- ▶ Het onderscheiden van radiculare uitstraling en pseudo-radiculaire uitstraling is belangrijk in de diagnostiek.
- ▶ Spierhypertonie is vaak secundair aan een in de cervicale wervelkolom gelegen afwijking.
- ▶ Met de anamnese kan men vaak al specifieke en aspecifieke oorzaken van nekpijn van elkaar onderscheiden.

Aard, ernst en lokalisatie van de pijn. Aspecifieke nekpijn wordt in het algemeen gevoeld als een dof, zeurend of zwaar gevoel. De pijn bij een nekhernia is daarentegen veel meer scherp en snijvend van karakter.³

Erg heftige pijn past beter bij een specifieke oorzaak zoals een hernia of wervelmetastase dan bij een 'aspecifieke pijn'. Als de pijn uitstraalt naar het hoofd, schouder, arm of naar het gebied tussen de schouderbladen zegt dat wat over het niveau in de nek waar de aandoening zich bevindt. Het gebied waar de pijn naar uitstraalt, wordt niet bepaald door de structuur die het veroorzaakt, maar hangt samen met de segmentale innervatie.⁷ Bij cervicogene hoofdpijn ontstaat de pijn in de nek door bewegingen van de nek of door lang volgehouden ongemakkelijke posities van het hoofd, waarna de pijn zich uitbreidt naar het hoofd; deze hoofdpijn is vaak éénzijdig.⁸ Een cervicale hernia geeft uitstraling in de arm en hand omdat deze bijna altijd laagcervicaal gelokaliseerd is. De pijn bij een cervicale hernia wordt veelal erger door hoesten en niezen. Vaak veroorzaakt omhoogkijken in de richting van de aangedane zijde een toename van de pijnklachten.

Ontstaan en beloop. Bij aspecifieke nekpijn is de oorzaak vaak niet duidelijk. De nekbelasting die het beroep oplevert kan een belangrijke veroorzaker van de klachten van patiënt blijken te zijn. Denk daarbij aan monotone beroepen met veel eenzijdige belasting zoals lopendebandwerk, langdurig zittend werk aan een beeldscherm of beroepen met een sterk excentrische repeterende belasting zoals werkers met een drillboor.^{3,9} **A**

Beïnvloedende factoren. Meestal is extensie de pijnlijkste beweging. Het hoofd langere tijd vasthouden buiten de neutrale middenstand wekt ook vaak pijn op, zoals gebeurt bij lezen en werken achter de computer. Belangrijk is te weten welke andere belastende factoren in werk en privé-leven pijnklachten provoceren. Bij instabiliteit heeft de patiënt het gevoel dat de nek ondersteuning nodig heeft. Het hoofd voelt zo zwaar aan.

Bijkomende klachten. Hoe is het met de kracht en het gevoel in de armen en handen? Zijn er loopstoornissen, duizeligheid, visusklachten of oorsuizen? Zijn er klachten zoals vergeetachtigheid en concentratiestoornissen? Maakt de patiënt zich zorgen over de oorzaak van de nekpijn of over het verdere beloop ervan of is men bang om de nek te bewegen? Krachtsverlies en sensibiliteitsstoornissen komen vooral voor bij cervicale hernia's. Het gevoel van onhandigheid van de handen, krachtsverlies van de handen, gevoelsstoornissen van handen en voeten en loopstoornissen kunnen een uiting zijn van myelumcompressie zoals bij het syndroom van Verbiest. Duizeligheid, vergeetachtigheid, concentra-

Bewijskracht

In dit artikel wordt de bewijskracht uitgedrukt met behulp van de volgende letters:

- E** voldoende bewijskracht
- A** aanwijzingen of indirect bewijs
- C** consensus uit richtlijnen en standaarden

tiestoornissen, visus- en oorklachten en overgevoeligheid voor licht en geluid komen vooral bij whiplash voor. Angst voor een ernstige ziekte of blijvende invaliditeit is een sterk remmende factor in het herstel van een patiënt. Hetzelfde geldt ook voor bewegingsangst.¹⁰ **A**

Alarmsymptomen bij nekpijn

- ▶ pijn van onduidelijke oorsprong bij een maligniteit of osteoporose in de voorgeschiedenis (metastase of pathologische fractuur)
- ▶ heftige uitstralende pijn naar één arm met sensibiliteits- en/of krachtsverlies en reflexafwijkingen (nekhernia)
- ▶ nekpijn met geleidelijk progressief krachts- en/of sensibiliteitsverlies in armen of benen (myelumcompressie)
- ▶ nekpijn of nekstijfheid en hoge koorts (meningitis)

Lichamelijk onderzoek

Inspectie. Houdt de patiënt zijn hoofd scheef in een soort dwangstand? De vraag is of het de pijn zelf is die deze stand veroorzaakt of dat het bewegingsangst is. Bij het laatste is er een duidelijk verschil in actieve en passieve beweeglijkheid. Bij chronische nekpijnpatiënten zien we regelmatig een anteropositie van het hoofd door een verscherping van de cervicothoracale overgang.

Lokalisatie van de pijn. Vraag aan de patiënt om aan te wijzen waar deze de meeste pijn heeft en hoe de uitstraling precies loopt. Bij pseudo-radiculaire pijnklachten wordt deze vaak als een dof, zeurend gevoel ervaren en is het moeilijk om de grens ervan exact te lokaliseren. Een radiculare klacht is scherp van aard en de patiënt kan het beloop van de uitstraling meestal wel vrij nauwkeurig aangeven.

Palpatie. Het palperen van de processus spinosus heeft geen diagnostische waarde. Het vinden van een duidelijk links-rechtsverschil in tonus van de nekspieren heeft alleen betekenis als er ook een links-rechtsverschil is in ervaren klachten.

Onderzoek van de beweeglijkheid van de nek. Laat de patiënt in zittende houding actief rotatie en lateroflexie uitvoeren. Kijk daarbij of deze links en rechts verschillend wordt uitgevoerd. Vraag daarna of hij flexie en extensie wil uitvoeren. Bij het toenemen van de leeftijd nemen de normale bewegingsuitslagen af. Voor het schatten of de beweeglijkheid nog net normaal of afwijkend is, dient hiermee rekening te worden gehouden.^{3,11} **E**

Na het actieve bewegingsonderzoek volgt het passief uitvoeren van de bewegingen. Ga daartoe achter de patiënt staan. Het is eenvoudiger om direct na een actief uitgevoerde beweging deze ook passief af te maken. Doe dit vooral rustig en voorzichtig;

anders leidt het door toename van de pijn tot actief spierverzet en is verder bewegingsonderzoek vaak niet meer mogelijk. Passief onderzoek kan ondersteund worden door geleid actief bewegen. Vraag dan aan de patiënt om bij het inzetten van de passieve beweging actief mee te bewegen. Dit geeft de patiënt het gevoel van controle over de beweging. De beweging kan dan vaak een stuk makkelijker worden uitgevoerd. Hypertonie van de cervicale musculatuur is vaak een reactie op de onderliggende oorzaak en is zelden een op zichzelf staand fenomeen.³ **A**

Een verminderde beweeglijkheid kan bij elke oorzaak van nekpijn optreden en is op zichzelf niet indicatief voor een specifieke diagnose. Nekstijfheid bij meningitis daarentegen geeft een beperking van de actieve en passieve flexiemogelijkheid terwijl de rotaties en lateroflexies onbeperkt zijn. Daarentegen is het vinden van reflex-, krachts- en/of sensibiliteitsafwijkingen bij een vermoeden van een nekhernia een sterke ondersteuning van de diagnose.^{3,4} **A**

Aanvullend onderzoek

Bloedonderzoek: BSE. De bepaling van de bezinkingssnelheid kan zinvol zijn bij een vermoeden van een maligniteit, reuma of infectie. Een normale bezinkingssnelheid sluit een maligniteit of infectie echter niet uit!

Röntgenonderzoek. Angst voor het missen van een maligniteit of een fractuur is waarschijnlijk de meest voorkomende reden voor artsen om een röntgenfoto te laten maken. Een groot Amerikaans onderzoek met 5 jaar follow-up toont aan dat er geen medisch belangrijke diagnose gemist zou zijn als er geen nekfoto's gemaakt waren. In dit onderzoek was de prevalentie van 'relevante' afwijkingen 0,38%.¹² Bij een patiënt met aspecifieke nekpijn is een röntgenfoto niet zinvol. Het vermoeden van een spondylolisthesis rechtvaardigt het aanvragen van zogenaamde functiefoto's. Hierbij wordt van de patiënt in maximale flexie en maximale extensie een röntgenfoto gemaakt. Het is bij het aanvragen van deze opnamen wel belangrijk om aan te geven dat er instabiliteitsklachten zijn om een goede interpretatie mogelijk te maken.

Betekenis van aanvullend onderzoek. Specialistisch onderzoek bij aspecifieke nekpijn is over het algemeen niet zinvol. Soms zijn er andere dan louter medische overwegingen om toch een advies te vragen: erge ongerustheid van de patiënt, een dreigende arbeidsongeschiktheid of verzekeringsprocedures. Bij een vermoeden van een nekhernia is verwijzing naar een neuroloog of neurochirurg geïndiceerd. Op welk moment dit moet gebeuren is discutabel. Bij niet al te heftige klachten en beperkte motorische uitval lijkt

Inmiddels zijn verschenen: De Jongh TOH, De Vries H, Grundmeijer HGLM, redactie. Diagnostiek van alledaagse klachten I. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002 en: De Vries H, De Jongh TOH, Grundmeijer HGLM, redactie. Diagnostiek van alledaagse klachten II. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003.

In de serie Diagnostiek in H&W worden een aantal hoofdstukken uit deze boeken in bewerkte vorm geplaatst.

een afwachtende houding gedurende 3-4 weken gerechtvaardigd. Wanneer de arts aan een specifieke oorzaak denkt, zoals een hernia, metastase of infectie, is de MRI-scan thans het onderzoek van eerste keus. Voor het ontdekken van metastasen is de MRI-scan sensitiever dan een botscan. De specialist kan met de MRI-scan de mate van discusprotrusie en spondylolisthesis bepalen en stelt eventueel de indicatie voor een chirurgische ingreep.

Literatuur

- 1 Borghouts JAJ, Koes BW, Bouter LM. The clinical course and prognostic factors of non-specific neck pain. *Pain* 1998;77:1-13.
- 2 Borghouts JAJ, Koes BW, Vondeling H, Bouter LM. Cost-of-Illness of neck pain in the Netherlands in 1996. *Pain* 1999;80:629-36.
- 3 Bogduk N. The Neck. *Bailliere's Clinical Rheumatology* 1999;13:261-85.
- 4 Van Gijn J. Pijn in de arm met tintelende wijs- en middelvinger; discusprolaps. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989;133:1529-31.
- 5 Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. *Episo-degegevens uit de huisartspraktijk*. Bussum: Coutinho, 1998.
- 6 Rodanov BP, Sturzenegger M. Predicting recovery from common whiplash. *European Neurology* 1996;36:48-51.
- 7 Dwyer A, Bogduk N. Cervical zygapophyseal joint pain patterns. A study in normal volunteers. *Spine* 1990;15:453-57.
- 8 Sjaastad O, Frederiksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: Diagnostic Criteria. *Headache* 1998;38:442-5.
- 9 Croft PR, Lewis M, Papageorgiou AC, Thomas E, Jayson MIV, Macfarlane GJ. Risk factors for neck pain: a longitudinal study in the general population. *Pain* 2001;93:317-25.
- 10 Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000;85:317-32.
- 11 Lee H, Nicholson LL, Adams RD. Cervical range of motion associations with subclinical neck pain. *Spine* 2003;29:33-40.
- 12 Johnson MJ, Lucas GL. Value of cervical spine radiographs as a screening tool. *Clin Orthop* 1997;340:102-8.

Intermezzo

De nek als bakermat voor de ziel

Vrijwel letterlijk scharniert het leven – althans beweging – om enkel, knie, heup, schouder en nek. Een aparte positie is daarbij weggelegd voor de nek. Lettend op spreek- en zegswijzen, is de nek een symbool voor de kwetsbaarheid van de mens. Iemand 'de nekslag toedienen' is dramatischer dan iemand 'over de knie leggen'. De nek is ook een symbool voor verlangen, wij kijken immers 'reikhalzend' naar iets uit. Toch is de nek opvallend weinig bezongen in literatuur.

Een lange cyclus van de opvallende dichter Tonnus Oosterhoff begint aldus:

*dat is waar daar stond een appelboom die later is gerooid, hij had
een ziekte en dat gele ding daar aan die tak dat was
zo'n schommel
wat zeg je?
zo'n plastic schommel
peuterschommel waar je niet uit vallen kan een plastic
broek een soort Gods hand maar dan voor kleintjes.*

Ouders herkennen deze klassieke scène. Het kind op de schommel, woest alsmat woester heen en weer vliegend. Achter de bezorgde blikken van de ouders verschuilt zich een soort oerangst ('wat gebeurt er als ons kind uit de schommel vliegt...?') die niet minder wordt door voorzorgsmaatregelen als kuipstoeltjes ('stel dat de ketting knapt...').

Uit het verdere verloop van het gedicht blijkt dat het kind in de schommel niets is overkomen. Want in het derde deel van de cyclus zien wij het kind als volwassene, liggend in het ziekenhuis:

*Defecatie en urinelozing pols afwezig en geen ademhaling maar
de nek is volgens de ziekenhuisarts niet gebroken asphyxie
maar niet gebroken*

Hij is een kasplantje geworden na een ongeval of een poging tot zelfmoord. Waar daadwerkelijk leven ontbreekt, beklijft voor familie en vrienden bijna alleen het voorbije leven, zoals dat vastligt op oude films en foto's, onder andere als kind op de schommel. Is er redding voor de patiënt? Oosterhoff noteert:

*achter in de keel zit een klein doosje met juwelen levenskracht
je maakt het open door te trekken aan de tong*

*trek aan de tong! trek aan de tong! trek aan de tong, bevrijdt de
tweede ziel in 't zelfde lichaam*

Diep in de halsstreek zit dus het geheim van leven. De tong dient als slinger voor het leven. Trek eraan en er klinkt muziek. Een tweede, niet-vermoede leven, begint. De bezieling is terug in een doodgewaand lichaam.

Frans Meulenbergh

Oosterhoff T. *Wij zagen ons in een kleine groep mensen veranderen*. De *Bezi-ge Bij*, Amsterdam, 2002:37-41.