

# Nekpijn

Jasper Schellingerhout

## Wat is het probleem?

Huisartsen zien op hun spreekuur regelmatig patiënten die klagen over nekpijn: pijn en/of stijfheid in de regio tussen het achterhoofd en de schouders, eventueel in combinatie met bewegingsbeperking van het hoofd. De oorzaak van nekpijn is veelal onschuldig, maar de huisarts moet alert zijn op mogelijk ernstiger aandoeningen.

## Wat moet ik weten?

Nekpijn is na lage rugpijn en schouderklachten de meest voorkomende klacht van het bewegingsapparaat in de algemene bevolking in Nederland (prevalentie 33% per jaar). Kenmerkend voor nekpijn is het fluctuerende en veelal langdurige beloop. De prevalentie van chronische nekpijn (langer dan 6 maanden klachten) in de algemene bevolking is dan ook ongeveer 10% per jaar. De kans op een langdurig beloop is verhoogd bij één of meer van de volgende kenmerken: hoge leeftijd, hoge pijnintensiteit bij presentatie van de klachten, eerdere episode van nekpijn, en/of tegelijkertijd aanwezig zijn van lage rugpijn.

Slechts 38% van de mensen met nekpijn gaat voor deze klacht naar de huisarts. Dit betekent dat een huisarts gemiddeld elke drie dagen een patiënt met nekpijn ziet. Meestal gaat het om aspecifieke nekpijn, oftewel nekpijn zonder aanwijsbare onderliggende oorzaak. Er is echter een aantal specifieke onderliggende aandoeningen waarop de huisarts alert dient te zijn, zoals een (pathologische) fractuur, een cervicale hernia, een infectie, een reumatologische aandoening en een eventuele maligniteit. Sommigen zien ook whiplash als een specifieke diagnose, maar deze lijkt voornamelijk prognostisch en therapeutisch weinig te verschillen van aspecifieke nekpijn.

Nederlandse huisartsen behandelen aspecifieke nekpijn in circa 40% van de gevallen door zelfzorgadviezen in combinatie met medicatie (paracetamol, NSAID's en/of spierverslappende middelen) en verwijzen ongeveer 50% van de patiënten naar een fysiotherapeut of manueel therapeut. Systematische literatuuronderzoeken wijzen uit dat fysiotherapie en manuele therapie effectiever zijn dan adviezen met medicatie, maar dat het verschil in effect relatief gering is.

Er zijn op dit moment geen goede richtlijnen beschikbaar voor de diagnostiek en behandeling van nekpijn.

## Auteursgegevens

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam; J.M. Schellingerhout: huisarts en epidemioloog.  
Correspondentie: j.schellingerhout@erasmusmc.nl

## Wat moet ik doen?

Richt anamnese en lichamelijk onderzoek vooral op de specifieke oorzaken van nekpijn. Let bij de anamnese op krachtverlies in de armen, sensibiliteitsstoornissen, een voorafgaand trauma, gewichtsverlies, koorts, een eerdere operatie aan de nek, en comorbiditeit als osteoporose of kanker in de voorgeschiedenis. Let bij lichamelijk onderzoek op neurologische uitval en tekenen van infectie. Functietests van de nek, zoals het bepalen van de bewegingsvrijheid en provocatietests, zijn over het algemeen onbetrouwbaar en van geringe voorspellende waarde. Zet aanvullend onderzoek alleen in bij verdenking op een specifieke onderliggende oorzaak. Verricht geen routinematig bloedonderzoek en beeldvormend onderzoek, deze hebben geen toegevoegde waarde.

Voer in eerste instantie een afwachtend beleid, eventueel gecombineerd met medicatie om klachten als pijn en stijfheid te onderdrukken, zoals paracetamol, een NSAID en/of spierverslappende middelen. Herhaal de anamnese en het lichamelijk onderzoek als de klachten na enkele weken niet verbeteren of tussentijds verergeren. Als er nog steeds geen aanwijzingen zijn voor een specifieke oorzaak, overweeg dan, in samenspraak met de patiënt, om te verwijzen naar een fysiotherapeut of manueel therapeut voor een activerende en functiegerichte behandeling. Verwijs alleen naar een specialist (neuroloog, reumatoloog, orthopeed) bij verdenking op een specifieke oorzaak van de nekpijn.

## Wat moet ik uitleggen?

Leg uit dat nekpijn geen specifieke oorzaak heeft, vaak vanzelf overgaat en soms een fluctuerend en langdurig beloop kent. Zonder aanwijzingen voor een specifieke onderliggende oorzaak is er geen reden voor verdere diagnostiek. Adviseer om gewoon te blijven bewegen op geleide van de pijn en om een pijnstillertje in te nemen wanneer de pijn te hinderlijk wordt. Raad de patiënt aan terug te komen als de klachten na twee tot vier weken niet verbeteren of tussentijds verergeren.

## Literatuur

- 1 Nordin M, Carragee EJ, Hogg-Johnson S, Weiner SS, Hurwitz EL, Peloso PM, et al. Assessment of neck pain and its associated disorders: results of the bone and joint decade 2000-2010 task force on neck pain and its associated disorders. *Spine* 2008;33:S101-22.
- 2 Picavet HS, Schouten JS. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study. *Pain* 2003;102:167-78.
- 3 Vos C, Verhagen AP, Passchier J, Koes BW. Management of acute neck pain in general practice: a prospective study. *Br J Gen Pract* 2007;57:23-8.