



Nerass Voorjaarscongres 24 april 2015: Ruggenspraak 2.0. Over specifieke en aspecifieke rugpijn, triage en juiste behandeling op het juiste moment

60-80% van de mensen heeft ooit in zijn leven een periode met rugpijn. Als rugklachten chronisch worden leidt dat veelal tot overbehandeling, medicalisering en shopgedrag. Negentig procent van de rugklachten is “aspecifiek”, dat wil zeggen dat de mate van pijn niet volledig is toe te schrijven aan een anatomisch substraat. De kunst is om de aspecifieke lage rugpijn te onderscheiden van “specifieke” lage rugpijn, omdat de behandeling fundamenteel verschilt. Verkeerde of overbehandeling kan schadelijk zijn, zowel voor de patiënt als voor de Nederlandse schatkist. Pijnbehandeling is symptoombestrijding en nooit voldoende. Alle patiënten met rugklachten hebben een beweegprogramma nodig en patiënten met chronische aspecifieke rugpijn een revalidatieprogramma.

Tijdens dit Nerass voorjaarscongres “Ruggenspraak 2.0” bespraken orthopeden, reumatologen, internisten-endocrinologen, anesthesisten, revalidatieartsen, fysiotherapeuten de verschillende oorzaken en behandel mogelijkheden van chronische rugklachten.

Triage in Lage Rugpijnloket

Om somatisatie en overbehandeling in de tweede lijn te voorkomen en te zorgen voor adequate behandeling op het juiste moment, werd het Lage Rugpijnloket in het leven geroepen. Het Lage Rugpijnloket is een triage poli, bedoeld voor patiënten met vertraagd herstel van rugklachten (langer dan 3 maanden), maar nog niet jarenlang klachten hebben, aldus Aart-Jan Teunissen, anesthesioloog-pijnspecialist in het Maastad Ziekenhuis en één van de initiatiefnemers van het Lage Rugpijnloket, samen met Pfizer, Achmea, Maastad Ziekenhuis, orthopeden, reumatologen, anesthesiologen-pijnspecialisten en huisartsen. Het Lage Rugpijnloket wordt bemand door huisartsen met de kaderopleiding bewegingsapparaat met aanvullende training. Bijkomend voordeel is dat het eerste lijns zorg is en het niet ten koste gaat van het eigen risico. Afhankelijk van de bevindingen wordt de patiënt met uitleg en advies terugverwezen, wordt extra onderzoek verricht of wordt hij verwezen naar een passende specialist in de tweede lijn. Hiervoor zijn poliplaatsen gereserveerd bij de specialisten in het Maastadziekenhuis. Alleen patiënten met de juiste indicatie komen terecht bij de pijnspecialist. Deze heeft verschillende behandel mogelijkheden in zijn arsenaal: niet invasieve middelen als medicijnen, TENS en psychologische begeleiding en invasieve middelen zoals verschillende vormen van pijnblokkades en neuromodulatie. De invasieve vormen van pijnbestrijding worden op dit moment niet vergoed, omdat het wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit nog niet voldoende is. Patiënten kunnen wel invasieve pijnbehandeling krijgen in studieverband. Op dit moment loopt in verschillende centra het MinT (Minimale interventionele Therapie) onderzoek, waarin de effectiviteit en doelmatigheid van pijnblokkade met een beweegprogramma vergeleken wordt met een beweegprogramma zonder pijnblokkade. De uitkomsten van de MINT studie zullen in de loop van dit jaar gepubliceerd worden

Selectie van patiënten voor pijnbehandeling cruciaal

Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen de subgroepen van patiënten met lage rugklachten: radicaire pijn moet onderscheiden worden van pseudoradicaire pijn, referred pain vanuit de facet gewrichten, discogene pijn of pijn uit de SI gewrichten. Pijn uit de facet gewrichten komt veel voor, in 15-40% van de gevallen van lage rugpijn. Het kan behandeld worden door blokkade van de facetgewrichten. Eerst wordt een proefblokkade uitgevoerd met een verdovend middel al dan niet in combinatie met corticosteroid. Meer dan 50% pijn reductie wordt beschouwd als een succesvolle blokkade. In tweede instantie wordt een definitieve blokkade gegeven met bijvoorbeeld warmte of pulsed radiofrequente behandeling.

Diagnose en behandeling van discogene rugpijn

Discogene rugpijn is een witte raaf, aldus Jan Willem van Kallewaard, anesthesioloog-pijnspecialist van het Rijnstate Ziekenhuis in Arnhem. Daarom is goede selectie voor specifieke behandelingen zo belangrijk. De bron van discogene pijn is een scheur in de discus waardoor zenuwen nabij de annulus fibrosis geprikkeld kunnen raken. Als dat plotseling gebeurt door een bepaalde beweging of belasting voelt dat “alsof het in je rug schiet”. Een andere oorzaak van discogene pijn is low-grade spondylodiscitis door propioni bacterium acnes. MRI is behulpzaam bij het diagnosticeren van discogene rugpijn. Daarvoor is zowel een T1 al een T2 setting nodig. Het MODIC 1 sign type 1, waarbij de discus bij de T1 setting een hypodens signaal geeft en bij de T2 een hyperdens signaal, is geassocieerd met discogene pijn of low grade spondylodiscitis. Het type 2 modic sign past bij degeneratie.

Een interessante minimaal invasieve behandeling, waarbij het dorsale deel van de discus met 2 naaldjes wordt voorzien van warmte, is de Cooled RF-techniek. Andere mogelijkheid is injectie van de discus met methyleenblauw, een neurotoxisch en tevens bactericide middel, dat veel goedkoper is. Een naald in een discus steken kan degeneratie initiëren; daarom is goede selectie cruciaal. Omdat de bewijslast nog te gering is om deze techniek in de algemene praktijk toe te passen en invasieve pijn behandeling in principe niet vergoed wordt door de verzekering, kunnen deze behandelingen alleen in studieverband gegeven worden. Op dit moment wordt door Van Kallewaard in een prospectieve studie de effectiviteit van methyleenblauwe injecties vergeleken met placebo (1). Pijnbehandeling alleen is echter niet voldoende, aldus Van Kallewaard. Hiermee wordt de oorzaak van de pijn niet weggenomen. Een goede behandeling van discogene pijn bestaat niet zonder beweegprogramma, stelt van Kallewaard.

Percutane vertebroplastiek: niet vergoed, toch plaats in behandeling van osteoporotische inzakingsfractuur

Percutane augmentatie van een osteoporotische ingezakte wervel door het inspuiten van cement is vergeleken met andere wervelkolomchirurgie weinig invasief. Het stabiliseert de wervel en geeft snelle afname van pijn. De indicatie wordt gesteld op basis van de trias: locale drukpijn op de processus spinosus, corresponderend met een compressiefractuur en beenmerg oedeem op MRI ter plaatse. In het LUMC zijn er goede resultaten na falen van conservatieve chirurgie en er zijn vele studies die een positief effect hebben laten zien, aldus Marc Nieuwenhuijse, orthopaedisch chirurg in opleiding in het LUMC. Recente onderzoeken echter laten zien dat de resultaten vergeleken met een sham operatie niet significant beter zijn. Op basis van deze studies worden in de meeste richtlijnen percutane vertebroplastiek niet meer aangeraden. Op de opzet en uitvoering van de studies is wel wat aan te merken. Bovendien is het nog maar de vraag of de placebo behandeling werkelijk placebo was of eigenlijk een alternatieve behandeling. Als percutane vertebroplastiek vergeleken wordt met conservatieve behandeling is er wel een significant effect (2). Volgens de CBO richtlijn is er alleen plaats voor bij falen van optimale conservatieve therapie en dient er zorgvuldige patiënten selectie plaats te vinden. De verzekering vergoedt het echter niet, ondanks bezwaar van de NOV en NVA. Nieuwenhuijse betreurt dat bij het opstellen van richtlijnen en de bepaling of zorg wel of niet vergoed

wordt de nuance uit het oog verloren wordt. Volgens van Nieuwenhuijse is er weldegelijk plaats voor percutane vertebroplastiek als conservatieve behandeling faalt, voorlopig bij gebrek aan vergoeding alleen in studieverband.

Awareness voor osteoporose bij reumapatiënten

Velen van ons hebben patiënten in hun praktijk die onder onze ogen progressieve osteoporose ontwikkelen en steeds krommer worden. Voor een deel is dat te wijten aan onvoldoende awareness van de dokter, die druk bezig is met het managen van de inflammatoire aandoening, waarvoor de patiënt in eerste instantie onder zijn hoede is, aldus Willemijn Noort-van der Laan, reumatoloog in de st. Maartenskliniek Woerden. En voor een deel is het gebrek aan interesse voor osteoporose, waardoor de kennis niet op peil is. En dat terwijl osteoporose vaak een direct gevolg is van de inflammatoire aandoening en van de behandeling met steroïden en dus meer op het netvlies zou moeten staan van reumatologen. Om ieders kennis bij te spijkeren gaf Noort-van der Laan een overzicht over de pathogenese van osteoporose, de rol van de bot remodelling unit en aangrijpingspunten van medicijnen tegen osteoporose. De presentatie is na te lezen op de Nerass website.

Herkennen, behandelen en compliance bij osteoporose

Volgens Natasha Appelman-Dijkstra, internist-endocrinoloog in het LUMC, zijn de huidige resorptieremmers uitermate effectief en is de meeste winst te halen in het verbeteren van het herkennen van de patiënten en verbeteren van de compliantie. Bisfosfonaten hebben bewezen het aantal nieuwe fracturen significant te verminderen en kunnen mortaliteit aanzienlijk verminderen (zoledronaat 28% na een heupfractuur). De meeste patiënten die een fractuur krijgen hebben osteopenie. De FRAX is een heel bruikbaar hulpmiddel om patiënten at risk op te sporen en verder te analyseren. Onderliggende aandoeningen moeten opgespoord worden en behandeld. En compliantie moet proactief gecheckt worden. Het volstaat dus niet om patiënten met osteoporose medicatie terug te verwijzen naar de eerste lijn zonder een vorm van nazorg. Naast resorptieremmers is het heel belangrijk vit D voldoende te suppleren, waarbij de streefwaarde 75 nmol per liter is. Met 800 IE vitamine D lukt het bij vrijwel alle patiënten het vit D op peil te houden. Calcium suppletie is alleen nodig bij onvoldoende calcium intake. Voor het gemak wordt calcium met vit D voorgeschreven, maar Calciumpreparaten worden vaak slecht verdragen en daarom niet ingenomen. Appelman heeft daarom de voorkeur voor anti-osteoporosemedicatie een combinatiepreparaat van een bisfosfonaat met vitamine D en voldoende calcium intake via de voeding.

Cervicale wervelkolom problemen bij RA steeds zeldzamer

Hoewel door de steeds betere behandeling van RA problemen in de cervicale wervelkolom steeds zeldzamer worden, moet nog steeds gewaakt worden voor C1-C2 instabiliteit, als patiënten voor een operatie geïntubeerd moeten worden, aldus Barend van Royen, orthopaedisch chirurg en reumachirurg in het VUmc. Daarom moet in de preoperatieve screening een flexie-extensie foto gemaakt worden om instabiliteit aan te tonen of uit te sluiten. Pannus- en erosievorming kan atlanto-axiale subluxatie veroorzaken, waardoor het myelum in het gedrang komt. Door het C1 en C2 operatief vast te zetten kunnen problemen ten gevolge van instabiliteit voorkomen worden.

Let op wervelfractuur bij geankyloseerde wervelkolom

Bij ankyloserende spondylitis (AS) ligt een ander gevaar op de loer, aldus van Royen. Bij gevorderde ankylose is de wervelkolom broos en star. Door een relatief klein trauma kan gemakkelijk een fractuur in de wervelkolom ontstaan, die vaak niet direct herkend wordt, maar wel tot een dwarslaesie kan leiden. Soms is er niet eens sprake van een trauma en ontstaat de fractuur tijdens een potje tennis. Daarom heeft elke AS patiënt met acute nieuwe rugpijn, een (minimaal) trauma of plotse toename van beweeglijkheid van de

wervelkolom een fractuur totdat het tegendeel bewezen is. Bij een niet duidelijk afwijkende röntgen foto moet een CT gemaakt worden, waarop de fractuur opeens wel duidelijk zichtbaar kan zijn. Bij AS patiënten die door hyperkyfose niet meer vooruit kunnen kijken, waardoor ze enorm beperkt zijn of bij wie de interne organen in de knel komen, kan een wigosteotomie uitkomst bieden in de lumbale wervelkolom waardoor het hoofd weer boven de wervelkolom terecht komt. Bij stijve heupen is het aan te bevelen eerst een totale heupprothese uit te voeren.

Betere behandeling van axiale spondyloartritis door eerdere diagnose

Voordat patiënten met axiale spondyloartritis (SpA) afwijkingen krijgen op de röntgenfoto, hebben ze gemiddeld al acht jaar klachten, aldus Anneke Spoorenberg, reumatoloog in het UMCG. Daarom is het zinvol deze patiënten al in een eerder stadium te identificeren en behandelen. Niet alle patiënten met niet-radiologische SpA ontwikkelen uiteindelijk radiologische SpA. Opvallend is dat relatief meer vrouwen (55%) niet radiologische axiale SpA hebben, terwijl meer mannen radiologische axiale SpA (65%) hebben. De nieuwe ASAS criteria maken het mogelijk op basis van inflammatoire rugklachten en twee of mee SpA kenmerken de diagnose axiale SpA te stellen. In tegenstelling tot degeneratieve rugklachten reageert axiale SpA in 80% van de gevallen goed op NSAIDs. Hoewel de groep patiënten met niet-radiologische axiale SpA verschilt van radiologische is de behandeling met TNF-blokkers even effectief. De MRI is een onmisbaar hulpmiddel geworden om patiënten met niet-radiologische SpA te herkennen, vindt Spoorenberg. Zeker als bij falen op twee of meer NSAIDs een TNF-blokker overwogen wordt, moet er voldoende zekerheid zijn op het bestaan van sacroliitis of spondyloartritis. Ook het effect op therapie kan goed met MRI vastgelegd worden.

Houdt de SpA patiënt in beweging

Fysiotherapie is de hoeksteen van de behandeling axiale SpA, aldus Florus van der Giessen, physician assistent in het HAGA ziekenhuis, onderzoeker in het LUMC en in het verleden werkzaam als fysiotherapeut. Hoewel het effect klein tot gemiddeld is, de evidence beperkt is, is de algemene conclusie uit meta-analyses dat oefentherapie een gunstige effectiviteit op spierkracht, lenigheid, conditie en zelfgerapporteerde ziekteactiviteit heeft. In de meeste studies voldoen de oefenprogramma's die geëvalueerd worden echter niet aan de criteria voor het verbeteren van kracht en conditie. De studies waarin dit wel het geval is laten grotere effect sizes zien. Een blijvend aandachtspunt is de compliance van patiënten die meedoen aan oefentherapie. In de meeste studies betrof het behoorlijk intensieve oefentherapie onder begeleiding van een fysiotherapeut. Dat houden velen niet vol. Bij axiale SpA is het daarom belangrijk om adequaat beweeggedrag aan te leren, die patiënten, bij voorkeur met plezier, kunnen volhouden. Daarvoor heeft de patiënt kennis, vaardigheden, motivatie en ervaring nodig. De fysiotherapeut en oefentherapeut kunnen dat dit binnen oefentherapie bieden, maar er is veel verschil in kennis en kunde bij deze therapeuten. Daarom pleit Van der Giessen voor standaardisering oefentherapeutische behandelprogramma's en moet de therapie erop gericht zijn dat de SpA patiënt zelfstandig een adequaat niveau van bewegend functioneren kan behouden in beweging blijft.

Chronische pijn door verstoorde modulatie pijnprikkels

Centrale sensitatie is een belangrijk mechanisme bij chronische pijn waarbij informatie versterkt en sneller wordt doorgegeven. Zenuwprikkels worden op meerdere plekken gemoduleerd, waarbij informatie kan worden versterkt of gedempt. In de afdalende banen in de achterhoorn worden prikkels gedempt en getuned. Bij patiënten met een inflammatoire aandoening kan centrale sensitatie ook optreden met als gevolg dat deze patiënten pijn houden terwijl ze in remissie zijn. Ophogen van medicatie is bij deze patiënten geen goed idee.

Pijn is een emotie

Veel hersengebieden zijn betrokken bij pijn verwerking en gewaarwording, waarbij de thalamus een centrale rol heeft. Hierdoor bestaat er overlap en zijn gebieden die betrokken zijn bij rouwverwerking overlappen ook betrokken bij chronische pijn. Emoties beïnvloeden de mate van pijn die ervaren wordt. Angst versterkt pijn, afleiding dempt. Hoe de directe omgeving reageert maakt ook uit. Een toedekkende partner versterkt de pijn. Als op een bepaalde plaats in het lichaam langdurig pijn wordt gevoeld, wordt het betrokken hersengebied groter. Chronische pijn is dus multidimensionele ontregeling waarbij biologische, psychologische en omgevingsfactoren een rol spelen, het biopsychosociale model. Het kan bijgesteld worden, aldus René Oosterwijk, revalidatiearts in het Medisch Centrum Alkmaar en CIR.

Chronische pijn: eerder in revalidatieprogramma!

Pijngedrag is reversibel door strakke regie tijdens behandelprogramma en confrontatie niet te vermijden. De behandeling is gericht op veranderen van pijngedrag door psychologische interventies op cognities, fysiotherapie om beweegangst te overwinnen, een gezond beweegpatroon te ontwikkelen en te leren ontspannen, ergotherapie om te leren een balans te vinden tussen belasting en belastbaarheid en maatschappelijk werk.

Ook moet de omgeving, partner of ouders bij de behandeling betrokken worden. Pijn medicatie heeft maar een heel beperkte plaats bij het behandelen van chronische pijn. Amitriptyline kan helpen bij patiënten die slecht slapen. Morfine en aanverwante middelen hebben volgens Oosterwijk geen plaats. Ze zijn niet effectief, hebben bijwerkingen en helpen de patiënt niet vooruit. Nu worden patiënten met chronische pijn pas als al het andere gefaald heeft naar een revalidatiearts of programma verwezen. Dat zou veel eerder moeten gebeuren. Dat zou veel chronisch leed voorkomen.

Willemijn Noort-van der Laan
Secretaris Nerass en reumatoloog Sint Maartenskliniek

Literatuur

1. Efficacy, Safety, and Predictors of Intradiscal Methylene Blue Injection for Discogenic Low Back Pain: Results of a Multicenter Prospective Clinical Series. Kallewaard JW, Geurts JW, Kessels A, Willems P, van Santbrink H, van Kleef M. Pain Pract. 2015 Mar 6. Epub ahead of print
2. Vertebroplasty versus conservative treatment in acute osteoporotic vertebral compression fractures (Vertos II): an open-label randomised trial. Klazen CA1, Lohle PN, de Vries J, Jansen FH, Tielbeek AV, Blonk MC, Venmans A, van Rooij WJ, Schoemaker MC, Juttmann JR, Lo TH, Verhaar HJ, van der Graaf Y, van Everdingen KJ, Muller AF, Elgersma OE, Halkema DR, Fransen H, Janssens X, Buskens E, Mali WP. Lancet. 2010;25;376(9746):1085-92.

