

HNP-poli: polikliniek voor patiënten met een lumbosacraal radiculair syndroom

Editorial bij de bijdrage van M.G. Smits, A. van Huffelen, I. Jansen, A.J.M. Vos, C. Jansen, P.H.P. Jansen, M. Smidt en F.A. Timmer

M.J.A. Malessy en W.C. Peul

(Tijdschr Neurol Neurochir 2007;108:266-7)

Wat is nu belangrijk voor een patiënt die met pijn in het been bij de huisarts komt? Uiteraard dat hij of zij zo spoedig mogelijk zonder pijn volledig kan functioneren. Of dit snel bereikt kan worden en de manier waarop hangt af van de diagnose en de therapeutische mogelijkheden. Bovenaan in de differentiaaldiagnostiek staat het radiculair syndroom, gevolgd door aandoeningen van het bewegingsapparaat. Anamnese, pijnkarakteristieken en bevindingen bij neurologisch onderzoek zijn in veel gevallen tamelijk klassiek voor radiculair prikkeling. Als de diagnose pijn op basis van radiculair prikkeling gesteld wordt door de huisarts, wat is dan de beste aanpak voor de patiënt? Goede informatievoorziening is essentieel. De kans dat een lumbale HNP ten grondslag ligt aan de klachten is vrij groot.¹ Pijn op basis van een HNP gaat bijna altijd vanzelf over. Globaal kan worden gesteld dat bij ±70% van de patiënten de pijn binnen 2 maanden is verdwenen.² Het grote probleem is dat per individu niet te zeggen is na hoeveel tijd de pijn zal overgaan. Er is bijvoorbeeld geen voorspellende waarde tussen het natuurlijke beloop en de proef van Lasègue. De patiënt zal pijnstilling moeten krijgen en geadviseerd worden te blijven mobiliseren. Bedrust en fysiotherapie zullen het natuurlijke beloop van de hernia niet veranderen.^{3,4}

Wanneer is het moment aangebroken dat het zinvol is om bij een patiënt met radiculair prikkelingsklachten een MRI te vervaardigen?

Tegenwoordig kan de huisarts rechtstreeks een MRI aanvragen. Indien er bij de huisarts twijfel bestaat over de diagnose, dan rijst de vraag of de huisarts zelf

een MRI moet laten vervaardigen of dat het beter is om direct naar een specialist te verwijzen. Daar slechts 60-70% van de door huisartsen verwezen patiënten een HNP hebben, leidt het rechtstreeks aanvragen van MRI's tot ondoelmatig gebruik van deze diagnostiek. Het behoeft geen betoog dat een door de huisarts aangevraagde MRI zonder daar een operatieve interventie aan te koppelen, geen consequenties heeft en dus leidt tot overbodige kosten van zorg. Een patiënt is goed te informeren en te behandelen op basis van het klinische beeld alleen. Of de HNP op de MRI nu groot is of klein, het klinische beloop is daar niet aan gerelateerd.⁵ Dus alleen indien MRI-diagnostiek wezenlijke veranderingen in het therapeutisch handelen brengt, te weten van pijnbestrijding naar operatie, is het zinvol om dit onderzoek te verrichten. Dit moment is daar, als de patiënt met behulp van maximale medicamenteuze pijnbestrijding het niet redt. Als het wel gaat, maar lang gaat duren en de patiënt aangeeft het niet langer vol te houden, kan dit ook een omslagpunt geven.

In de tot op heden gehanteerde consensus staat dat indien er een periode van 6 weken is verstreken, de mogelijkheid tot chirurgische behandeling kan worden overwogen. Omdat de wachttijden voor toegang tot de polikliniek Neurologie en MRI-diagnostiek bij elkaar enkele weken kunnen bedragen, beschrijven Smits et al. in dit nummer van TNN een op ICT berustende werkwijze van een rugpijnpoli. Hierdoor kan een patiënt met pijn in het been 'snel en efficiënt' behandeld worden.

Normaliter wordt pas besloten tot aanvullend onderzoek als eerst onderzoek door de neuroloog heeft plaatsgevonden. Bij patiënten die verwezen worden naar de rugpijnpoli, is deze volgorde omgekeerd, dat wil zeggen, er wordt eerst een MRI ver-

Auteurs: dr. M.J.A. Malessy en dr. W.C. Peul, afdeling Neurochirurgie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden.

Correspondentie graag richten aan dr. M.J.A. Malessy, neurochirurg, afdeling Neurochirurgie J11-R, Leids Universitair Medisch Centrum, postbus 9600, 2300 RC Leiden, tel: +31 (0)71 526 39 57, e-mailadres: m.j.a.malessy@lumc.nl

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

vaardig en KNF-onderzoek verricht. Dit aanvullende onderzoek kan binnen 14 dagen plaatsvinden, dus als de patiënt 2 maanden klachten heeft.

Recentelijk is gebleken dat het volgens de richtlijn vroeg operatieve beleid, vergeleken met langer afwachten en opereren, na gemiddeld 18 weken weliswaar leidde tot sneller herstel van beenpijn maar met gelijke resultaten binnen 1 jaar. Van de patiënten bleek 60% geen operatie nodig te hebben. MRI-parameters hadden geen voorspellende waarde.⁵ MRI-diagnostiek vóór die tijd heeft dus geen zin. KNF-onderzoek voor de diagnostiek van de HNP is obsoleet. Het geeft geen enkele additieve informatie boven de anamnestiche gegevens en bevindingen bij neurologisch onderzoek.⁶ Het effect van wortelblokkades of steroïden bij het radiculair prikkelingsbeeld is nooit bewezen.⁷ De argumenten die door Smits et al worden aangedragen om de voorgestelde werkwijze te rechtvaardigen, worden naar onze mening op geen enkele wijze ondersteund in de literatuur.^{8,9} ICT-technologie is een verworvenheid, maar de vraag is of deze aanpak niet leidt tot overmedicalisering van patiënten met een radiculair prikkelingsyndroom. De dubieuze tweede plaats die Nederland wereldwijd inneemt met betrekking tot het aantal herniaoperaties per 100.000 inwoners, zou wat ons betreft moeten leiden tot een wat restrictiever beleid aangaande diagnostiek en invasieve behandelingen.

Referenties

1. Vroomen PC, De Krom MC, Wilmink JT, Kester AD, Knottnerus JA. Diagnostic value of history and physical examination in patients suspected of lumbosacral nerve root compression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;72:630-4.
2. Hofstee DJ, Gijtenbeek JM, Hoogland PH, Van Houwelingen HC, Kloet A, Lötters F, et al. Westeinde sciatica trial: randomized controlled study of bed rest and physiotherapy for acute sciatica. *J Neurosurg* 2002;96:45-9.
3. Luijsterburg PA, Verhagen AP, Ostelo RW, Van Os TA, Peul WC, Koes BW. Effectiveness of conservative treatments for the lumbosacral radicular syndrome: a systematic review. *Eur Spine J* 2007;16:881-99.
4. Vroomen PC, De Krom MC, Wilmink JT, Kester AD, Knottnerus JA. Lack of effectiveness of bed rest for sciatica. *N Engl J Med* 1999;340:418-23.
5. Peul WC, Van Houwelingen HC, Van den Hout WB, Brand R, Eekhof JA, Tans JT, et al. Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica. *N Engl J Med* 2007;356:2245-56.
6. Albeck MJ, Taher G, Lauritzen M, Trojaborg W. Diagnostic value of electrophysiological tests in patients with sciatica. *Acta Neurol Scand* 2000;101:249-54.
7. Gibson JN, Waddell G. Surgical interventions for lumbar disc prolapse: updated cochrane review. *Spine* 2007;32:1735-47.
8. Deyo RA. Back surgery--who needs it? *N Engl J Med* 2007;356:2239-43.
9. Koes BW, Van Tulder MW, Peul WC. Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ* 2007;334:1313-7.