

## **SAMENVATTING**

# **KLINISCHE RICHTLIJN ROND LAGE RUGPIJN EN RADICULAIRE PIJN**





SPINE SOCIETY Belgium

SSBe



## SAMENVATTING

# KLINISCHE RICHTLIJN ROND LAGE RUGPIJN EN RADICULAIRE PIJN

PETER VAN WAMBEKE, ANJA DESOMER, LUC AILLIET, ANNE BERQUIN, CHRISTOPHE DEMOULIN, BART DEPREITERE, JOHAN DEWACHTER, MIEKE DOLPHENS, PATRICE FORGET, VIRGINIE FRASSELLE, GUY HANS, DAVY HOSTE, GENEVIÈVE MAHIEU, JEF MICHIELSEN, HENRI NIELENS, THOMAS ORBAN, THIERRY PARLEVLIET, EMMANUEL SIMONS, YANNICK TOBBACKX, JAN VAN ZUNDERT, JACQUES VANDERSTRAETEN, PATRICK VANSCHAEYBROECK, JOHAN VLAEYEN, PASCALE JONCKHEER





## ■ VOORWOORD

Toen ondergetekenden nog jong waren, werd een lumbago of ischiaspijn verzorgd met... twee of drie valiezen! Plat op de rug blijven liggen en de valiezen onder de kuiten, zodat heup en knie elk in een hoek van 90° lagen. Intussen zijn de inzichten al lang diametraal omgekeerd, en de belangrijkste boodschap uit onze praktijkrichtlijn van 2006 blijft ook vandaag onverkort geldig; bij manier van spreken: sta op, zet uw valiezen aan de kant en wandel!

Maar wat weten we nog meer sinds 2006? Eerlijk gezegd is de oogst aan studies ronduit teleurstellend. En we hebben het dan niet over de kwantiteit, maar over de kwaliteit. Het is verbijsterend maar ook erg verontrustend om te moeten vaststellen dat voor een kwaal die zoveel mensen zoveel last bezorgt, en die zulk een ingrijpende maatschappelijke impact heeft, blijkbaar de middelen niet worden gevonden om degelijk onderzoek te doen naar wat er nu uiteindelijk wel werkt en wat niet.

Gelukkig konden we bij de ontwikkeling van de richtlijn beroep doen op een zeer dynamische, multidisciplinaire groep van experts, die hun *know how* hebben samengelegd om ons te helpen het kaf van het koren te scheiden. Wij danken hun zeer voor hun gewaardeerde bijdrage.

Deze richtlijn is nog maar het eerste deel van een tweeluik. Hierna komt er ook nog een voorstel voor een klinisch pad voor deze patiënten. De publicatie ervan is voorzien tegen het najaar. En misschien moeten we, na de vakantie, als onze valiezen terug zijn uitgepakt, ook eens zelf werk beginnen maken van een goed klinisch onderzoek, in het kader van ons eigen KCE-Trials programma...?

Christian LÉONARD  
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS  
Algemeen Directeur



## LIJST AFKORTINGEN

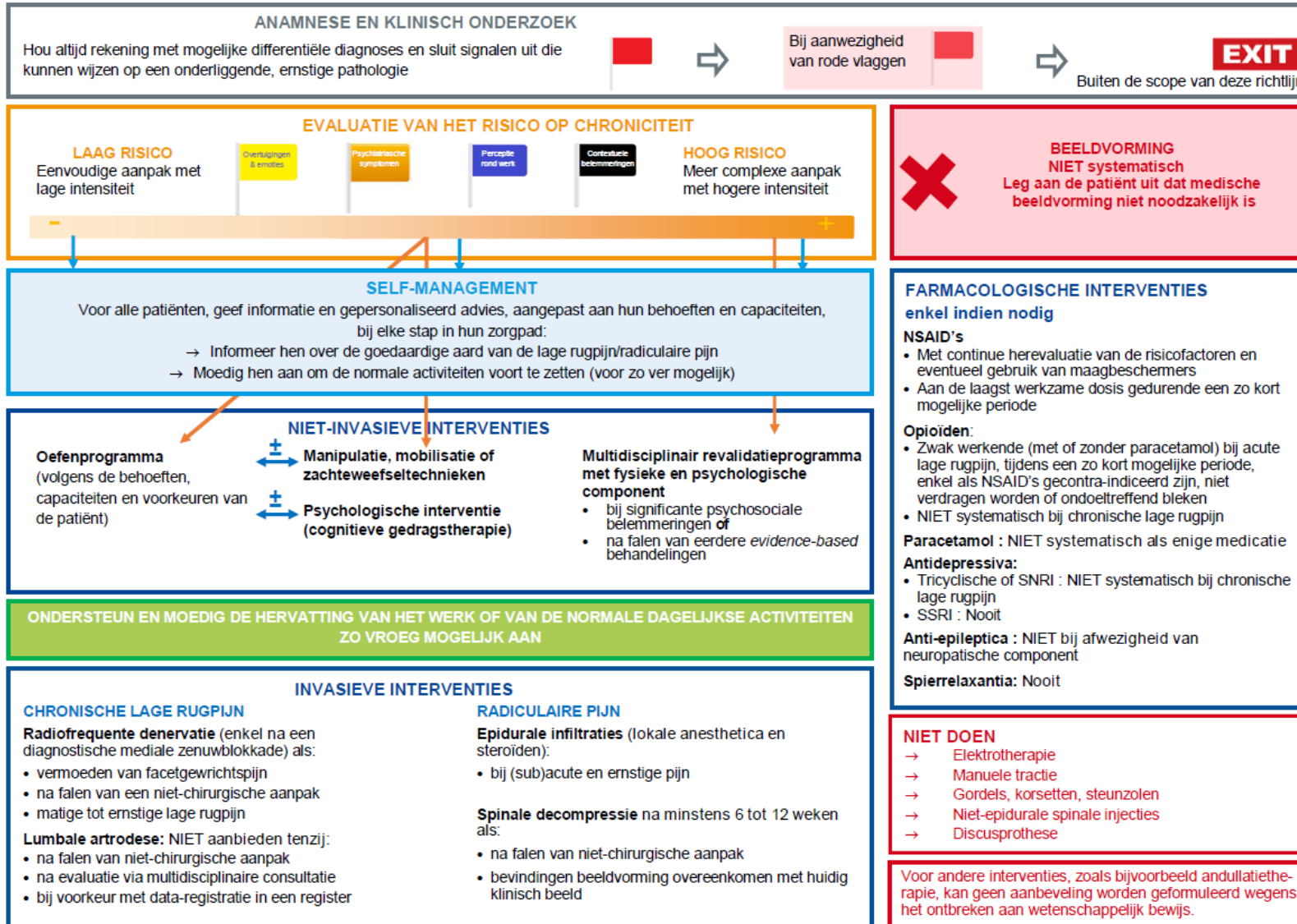
<b>AFKORTING</b>	<b>DEFINITIE</b>
<b>AXXON</b>	Representatieve beroepsvereniging voor Belgische kinesitherapeuten
<b>AZ</b>	Algemeen Ziekenhuis
<b>BCFI - CBIP</b>	Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie - Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique
<b>BBS</b>	Belgian Back Society
<b>BBVAG-APBMT</b>	Belgische Beroepsvereniging voor Arbeidsgeneesheren – Association Professionnelle Belge des Médecins du Travail
<b>BPS</b>	Belgian Pain Society
<b>BSN</b>	Belgian Society of Neurosurgery
<b>BSS</b>	Belgian Spine Society
<b>BVAS-ABSYM</b>	Belgische Vereniging van Artsensyndicaten - Association Belge des Syndicats Médicaux
<b>BVC - UBC</b>	Belgische Vereniging van Chiropractors – Union Belge des Chiropractors
<b>CEBAM</b>	Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine
<b>CHC</b>	Centre Hospitalier Chrétien
<b>CHU-UVC</b>	Centre Hospitalier Universitaire - Universitair Verplegingscentrum
<b>Fedris</b>	Federaal Agentschap voor beroepsrisico's
<b>FNO</b>	Fonds Nuts Ohra
<b>FOD-SPF</b>	Federale Overheidsdienst – Service Publique Fédéral
<b>GDG</b>	Guideline Development group
<b>GRID</b>	Groupe Régional Interdisciplinaire Douleur
<b>IDEWE</b>	Belgische Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk
<b>KU</b>	Katholieke Universiteit
<b>MRI</b>	Beeldvorming met Magnetische Resonantie
<b>NICE</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>NRS</b>	Numerical rating scale
<b>NSAID</b>	niet-steroïdale anti-inflammatoire geneesmiddelen



<b>OKE</b>	Het Ondersteunings- en Kenniscentrum Ergotherapie
<b>RBSPRM</b>	Royal Belgian Society of Physical and Rehabilitation Medicine
<b>RCT</b>	Randomized Controlled Trial
<b>RIZIV-INAMI</b>	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering- Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
<b>RZ</b>	Regionaal Ziekenhuis
<b>SSBe</b>	Spine Society of Belgium
<b>SSMG</b>	Société Scientifique de Médecine Générale
<b>SSST</b>	Société Scientifique de Santé au Travail
<b>UKO</b>	Unie voor gediplomeerden in de Kinesithérapie en Osteopathie
<b>UZ</b>	Universitair Ziekenhuis
<b>VAVP</b>	Vlaamse Anesthesiologische Vereniging voor Pijnbestrijding
<b>VBS-GBS</b>	Verbond der Belgische beroepsverenigingen van artsen-specialisten – Groupement des unions professionnelles Belges de médecins spécialistes
<b>VE</b>	Vlaams Ergotherapeutenverbond
<b>VWVA</b>	Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging Arbeidsgeneeskunde
<b>WIP</b>	World Institute of Pain
<b>WVVK</b>	Wetenschappelijke vereniging van Vlaamse kinesitherapeuten
<b>ZNA</b>	Ziekenhuis Netwerk Antwerpen
<b>ZOL</b>	Ziekenhuis Oost-Limburg



# ALGORITME







## ■ SAMENVATTING

### INHOUDSTAFEL

■	<b>VOORWOORD</b> .....	1
■	<b>ALGORITME</b> .....	4
■	<b>SAMENVATTING</b> .....	5
1.	<b>INLEIDING</b> .....	7
1.1.	METHODES.....	7
2.	<b>EVALUATIE VAN LAGE RUGPIJN EN RADICULAIRE PIJN</b> .....	8
2.1.	ANAMNESE EN KLINISCH ONDERZOEK.....	8
2.2.	RISICO-STRATIFICATIE.....	11
2.3.	BEELDVORMING.....	13
3.	<b>NIET-INVASIEVE AANPAK</b> .....	14
3.1.	SELF-MANAGEMENT.....	14
3.2.	BEGELEID OEFENPROGRAMMA.....	15
3.3.	MANUELE TECHNIEKEN.....	15
3.4.	PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES.....	16
3.5.	MULTIDISCIPLINAIR REVALIDATIEPROGRAMMA.....	17
3.6.	WERKHERVATTING.....	17
4.	<b>FARMACOLOGISCHE INTERVENTIES</b> .....	18
4.1.	NSAID'S, OPIOÏDEN OF PARACETAMOL.....	18
4.2.	ANTIDEPRESSIVA EN ANTI-EPILEPTICA.....	20
5.	<b>INVASIEVE INTERVENTIES</b> .....	21
5.1.	EPIDURALE INFILTRATIES VOOR (SUB)ACUTE RADICULAIRE PIJN.....	21
5.2.	RADIOFREQUENTE DENERVATIE: BIJ VERMOEDEN VAN CHRONISCHE FACETGEWRICHTSPIJN.....	22



5.3.	CHIRURGISCHE SPINALE DECOMPRESSIE VOOR PERSISTENTE RADICULAIRE PIJN .....	23
5.4.	ARTRODESE: ENKEL VOOR ZEER SPECIFIEKE GEVALLEN VAN LAGE RUGPIJN .....	23
<b>6.</b>	<b>NIET AANBEVOLEN INTERVENTIES .....</b>	<b>24</b>
<b>7.</b>	<b>INTERVENTIES ZONDER DUIDELIJKE AANBEVELING .....</b>	<b>26</b>
<b>8.</b>	<b>ONDERZOEKSVORSTELLEN .....</b>	<b>27</b>
<b>9.</b>	<b>NIET-BESTUDEERDE ONDERWERPEN .....</b>	<b>28</b>
<b>10.</b>	<b>IMPLEMENTATIE.....</b>	<b>28</b>
<b>11.</b>	<b>GLOSSARIUM .....</b>	<b>29</b>
<b>12.</b>	<b>VRAGENLIJSTEN.....</b>	<b>30</b>



## 1. INLEIDING

De huidige richtlijn omvat de volledige aanpak van lage rugpijn en radiculare pijn, van de eerste evaluatie tot de hervatting van de beroepsactiviteiten, met inbegrip van alle invasieve en niet-invasieve behandelingen. Ze is wel beperkt tot **lage rugpijn<sup>a</sup> en radiculare pijn die niet veroorzaakt wordt door een onderliggende, specifieke ernstige pathologie** (infectie, tumor, osteoporose, breuk, structurele afwijking, inflammatoire aandoening, cauda equina syndroom of een ernstige neurologische aandoening).

De term '**lage rugpijn**' behoeft geen specifieke definitie, maar over de term '**radiculare pijn**' bestaat er controverse. In de huidige richtlijn definiëren we radiculare pijn als een pijn in de onderste ledematen, langsheen één (of meerdere) dermatomen. Bij sommige patiënten overweegt deze pijn op de lage rugpijn, bij andere doet de pijn zich geïsoleerd voor. Niet alle radiculare pijnen hebben een neuropathische pijn component (= pijn veroorzaakt door een letsel aan het zenuwstelsel). De pijn gaat soms gepaard met neurologische tekenen en symptomen (gevoelloosheid of tintelingen in het dermatoom, reflexstoornissen, of een motorische verzwakking in een myotoom).

De richtlijn is multidisciplinair: ze is bedoeld voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij de aanpak van lage rugpijn, zoals kinesitherapeuten, huisartsen, specialisten in fysische geneeskunde en revalidatie, anesthesioloog-algologen, orthopedische chirurgen, neurochirurgen, psychologen en andere betrokken clinici.

### 1.1. Methodes

Onze aanbevelingen zijn grotendeels gebaseerd op de richtlijn "*Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management*" door NICE gepubliceerd op 30 november 2016.

Elke klinische aanbeveling werd aangepast aan de Belgische context volgens de ADAPTE methode ([www.adapte.org](http://www.adapte.org)). Dit vereiste de actieve betrokkenheid van een multidisciplinaire groep van zorgverleners van het terrein, hierna de '*Guideline Development Group*' (GDG) genoemd.

De verschillen tussen de versie van NICE en de Belgische worden duidelijk weergegeven in het wetenschappelijke rapport.

De GDG kende aan elke **aanbeveling** een **niveau van sterkte** toe. Het geeft de mate van vertrouwen van de GDG weer in de inschatting dat de gewenste effecten van een interventie zwaarder zullen doorwegen dan de ongewenste. Deze sterkte werd binnen de GDG besproken en vastgelegd op basis van vier elementen: kwaliteit van het beschikbare bewijsmateriaal, het evenwicht tussen alle gewenste en alle ongewenste effecten van de interventie, de waarden en voorkeuren van de klinici en patiënten en, ten slotte, een raming van de kosten (toewijzing van middelen).

De sterkte van de aanbevelingen wordt met de volgende termen weergegeven:

- "Aanbieden": de interventie wordt sterk aanbevolen
- "Overwegen": de interventie wordt matig aanbevolen
- "Niet aanbieden": de interventie wordt sterk afgeraden
- "Niet standaard aanbieden": de interventie wordt afgeraden

---

<sup>a</sup> De term aspecifiek werd niet gebruikt omdat deze in de literatuur inconsistente betekenissen bleek te hebben



Wanneer wetenschappelijke gegevens ontbreken (bv. geen enkele studie biedt een antwoord op de onderzoeksvraag) over een onderwerp dat de GDG als essentieel beschouwt, kan er een expertopinie worden geformuleerd, voor zover er binnen de GDG een consensus wordt bereikt. Deze expertopinie wordt uitgedrukt met andere werkwoorden dan 'aanbieden' of 'overwegen'.

Meer informatie over de methodologie vindt u terug in hoofdstuk 2 van het wetenschappelijke rapport.

## 2. EVALUATIE VAN LAGE RUGPIJN EN RADICULAIRE PIJN

### 2.1. Anamnese en klinisch onderzoek

Een uitgebreide anamnese en klinisch onderzoek vormen de eerste belangrijke stap bij de behandeling van patiënten met rugpijn en/of radiculaire pijn. Hierdoor kan een differentiële diagnose worden gesteld en kunnen signalen die kunnen wijzen op een onderliggende ernstige, zelfs zeldzame pathologie worden opgespoord.

Er is geen enkel specifiek klinisch onderzoek dat kan worden aanbevolen. Het literatuuronderzoek van NICE had enkel betrekking op klinisch onderzoek bij **radiculaire pijn**, en het kon geen enkele studie vinden die beantwoordde aan de onderzoekscriteria. De Belgische GDG voegt hieraan toe dat geen enkele test op zich voldoende sensitiviteit en specificiteit combineert om de oorzaak van een radiculaire pijn vast te stellen, zoals bv. een discushernia. Het belangrijkste doel van een anamnese en een klinisch onderzoek is het uitsluiten van onderliggende, ernstige aandoeningen bij lage rugpijn en radiculaire pijn. Daarbij gaat men signalen en symptomen opsporen die gewoonlijk 'rode vlaggen' worden genoemd. Een afzonderlijke rode vlag heeft evenmin voldoende sensitiviteit en specificiteit, maar een combinatie (in een *cluster*) kan wijzen op een specifieke aandoening, voor zover deze samenvalt met de klinische indruk van de zorgverlener. De aanwezigheid of afwezigheid van een specifieke oorzaak moet hoe dan ook altijd eerder beschouwd worden als een hypothese, dan als een definitieve diagnose, en rode vlaggen zouden bij elke consultatie opnieuw moeten worden opgespoord. Tekstkader 1 bevat een lijst van rode vlaggen, opgesteld door de GDG. De behandeling van patiënten met rode vlaggen valt buiten de scope van de huidige richtlijn.



Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Niveau van bewijskracht
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hou altijd rekening met differentiële diagnoses bij het onderzoek van de patiënt met lage rugpijn of radiculaire pijn, vooral wanneer hij/zij nieuwe symptomen vertoont, of bij verandering van de bestaande symptomen. Sluit signalen uit die kunnen wijzen op een onderliggende, ernstige pathologie (rode vlaggen), zoals kanker, infectie, trauma, inflammatoire aandoening zoals spondylartropathie, of ernstige neurologische problemen zoals het cauda equina syndroom.</li> </ul>	Expertopinie	Niet van toepassing

### Tekstkader 1 – Lijst van rode vlaggen, gegroepeerd per cluster (expertopinie)

#### Dringend (onmiddellijk)

##### Neurologische noodgevallen

- Wijdverspreide (bv. aan de armen, hersenzenuwen of bilateraal) neurologische symptomen (piramidale tekenen, coördinatieproblemen, motorische of gevoelsstoornissen ...)
- Progressieve neurologische symptomen
- Zadelanesthesie/hypo-esthesie, urineretentie, fecale of urinaire incontinentie, geïsoleerde seksuele stoornissen (cauda equina syndroom)
- Ernstig motorisch deficit (MRC score  $\leq 3/5$ ) <48 u

##### Actie

Consultatie rugchirurgie

##### Traumatische fractuur

- Ernstige lage rugpijn na significant/hoge energie trauma
- Rugpijn na trauma met spondylitis ankylosans

##### Actie

CT - consultatie rugchirurgie als +  
CT (MRI) - consultatie rugchirurgie als +

##### Vasculaire problemen

- Vasculaire tekenen (koude voet, verminderde perifere arteriële pulsatie) die kunnen wijzen op een gescheurd aneurysma van de aorta als ze gepaard gaan met lage rugpijn of zelfs met shock

##### Actie

Echografie – consultatie vaatchirurgie

#### Semi-dringend (binnen de 48u)

##### Pathologische fractuur

- Lage rugpijn na mineur trauma of zelfs zonder notie van trauma met:
  - Voorgeschiedenis/risico van osteoporose
  - Chronisch corticoïdengebruik
  - Pijn in de borstkas
  - Hogere leeftijd
  - Onverklaard gewichtsverlies, vermoeidheid
  - Voorgeschiedenis van kanker

##### Actie

Röntgen (CT) &  
Eiwitelektroforese &  
Consultatie rugchirurgie als beeldvorming +

**Infectie**

- Objectieve tekenen (bv. nachtzweeten, koorts, rillingen)
- Intraveneus druggebruik
- Immunogecompromitteerde patiënt
- Onverklaard gewichtsverlies
- Gekende voorgaande of concurrente systemische infectie of risico op infectie
- Recente chirurgische interventie
- Urinaire of huidinfectie

**Actie**

MRI &  
Labo (bv. leucocyten telling, CRP, sedimentatie) &  
Consultatie rugchirurgie &  
Consultatie internist/infectiespecialist

**Minder dringend****Tumor**

- Recente klachten van rugpijn bij leeftijd <18 of >55
- Voorgeschiedenis van kanker
- Onverklaard gewichtsverlies, vermoeidheid
- Ernstige nachtelijke pijn

**Actie**

MRI &  
Consultatie oncologie/radiotherapie & consultatie  
rugchirurgie

**Inflammatoire aandoening**

- Constante progressieve niet-mechanische pijn
- (rugpijn verbetert bij lichaamsbeweging, maar niet in rust)
- Ernstige nachtelijke pijn
- Ochtendstijfheid > 30 min of nachtelijk ontwaken bij jongere patiënten

**Actie**

Consultatie reumatologie

**Varia**

- Toenemende postoperatieve pijn
- Onhoudbare en therapieresistente lage rugpijn (>6 weken)
- Unilaterale piramidale signalen

**Actie**

MRI &  
Consultatie rugspecialist

**De sensitiviteit en specificiteit van de rode vlaggen zijn beperkt, vooral bij afzonderlijke toepassing; clinici moeten zich focussen op clusters van rode vlaggen die wijzen op een specifieke ernstige pathologie (expertopinie)**



## 2.2. Risico-stratificatie

De meeste gevallen van lage rugpijn en radiculare pijn evolueren spontaan gunstig. Bij een minderheid van de patiënten kunnen ze echter leiden tot een blijvend verlies in functionaliteit. Het identificeren van 'risico'patiënten en het hen aanbieden van een specifieke behandeling, zodat hun pijn niet chronisch wordt, zou integraal moeten deel uitmaken van de aanpak van lage rugpijn.

De fase van de evaluatie (of -stratificatie) van het risico is dus van primordiaal belang. In die fase wordt er gezocht naar elementen die wijzen op een verhoogde kans op chronische en invaliderende pijn. Deze kunnen van psychologische, psychiatrische en contextuele aard of werkgerelateerd zijn. Ze worden gele, oranje, zwarte en blauwe vlaggen genoemd (zie Tekstkader 2).

Het moment van de risico-evaluatie moet goed gekozen worden. Het komt er immers op aan om de patiënten te identificeren vooraleer ze in een spiraal van chronische pijn terechtkomen. Anderzijds moet men ook vermijden dat patiënten te snel het etiket van 'risico'patiënt krijgen, want dan lopen degenen bij wie het probleem spontaan zou kunnen verdwijnen, immers een risico op 'overbehandeling'. Het wordt daarom afgeraden om een risicostratificatie minder dan 48 uur na het eerste optreden van de pijn uit te voeren. Volgens de Belgische GDG vindt dit beter plaats bij de tweede consultatie (na ongeveer 2 weken).

### Tekstkader 2 – Lijst van gele, blauwe, zwarte en oranje vlaggen

#### Gele vlaggen

##### Overtuigingen en percepties

- Negatieve overtuigingen over de pijn: de patiënt beschouwt het letsel als oncontroleerbaar of denkt dat het zal verergeren
- De patiënt verwacht niet dat de behandeling goede resultaten zal opleveren, en dat hij niet snel het werk zal kunnen hervatten

##### Emotionele reacties

- Ontredding die niet beantwoordt aan de diagnosecriteria voor een mentale aandoening
- Ongerustheid, angsten
- Gedrag t.a.v. de pijn (met inbegrip van pijn-coping strategieën)
- Vermijden van activiteiten wegens vrees voor pijn of een nieuw letsel
- Zeer grote afhankelijkheid van passieve behandelingen (hot packs, cold packs, analgetica)

#### Oranje vlaggen

##### Psychiatrische symptomen

- Klinische depressie
- Persoonlijkheidsstoornissen

#### Zwarte vlaggen

##### Systeem- of contextuele obstakels

- Wetgeving die de mogelijkheden tot werkhervatting beperkt
- Conflict met de verzekeraar over schadevergoeding
- Te beschermende familie en zorgverleners
- Zware professionele activiteit, met weinig mogelijkheden om taken aan te passen

#### Blauwe vlaggen

##### Perceptie van de relatie tussen werk en gezondheid

- Overtuiging van de patiënt dat werk te belastend is en waarschijnlijk verder letsel zal veroorzaken
- Overtuiging dat leidinggevende en collega's hem niet ondersteunen

Bron: Michael K. Nicholas et al., in "Psychological Risk Factors ("Yellow Flags") in patients with low back pain: A Reappraisal". *PHYS THER.* 2011; 91:737-753.



De *STarT Back* en de *Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire short version (ÖMPSQ)* zijn twee voorbeelden van tools die het risico op een blijvend verlies in functionaliteit kunnen voorspellen. Ze bevatten elk ongeveer 10 vragen en zijn gemakkelijk in de praktijk te gebruiken. Beide hebben voor- en nadelen en kunnen voor verschillende doeleinden worden gebruikt<sup>b</sup>.

Beide tools zijn gevalideerd voor populaties met enkel patiënten met lage rugpijn, of voor gemengde populaties met patiënten met lage rugpijn en/of radiculare pijn. Geen van beiden is echter specifiek voor radiculare pijn gevalideerd. Ze zijn vertaald naar het Nederlands en het Frans (maar enkel de vertaling van de *STarT Back* is vandaag gevalideerd), NICE maakt het onderscheid tussen twee risicocategorieën, die elk een verschillende aanpak vergen. Daarbij zijn de scores die in de tools worden gebruikt niet strikt congruent met deze twee categorieën.

Zo omvatten de 'hoge' risicocategorieën van NICE de 'matige' en 'hoge' risicoprofielen van de *STarT Back*. De indeling van een patiënt in een categorie hangt ook af van de analyse van de zorgverlener.

Los van het aantal risicocategorieën vastgelegd door de stratificatietools, is de belangrijkste te onthouden boodschap dat **patiënten met een laag risico enkel een eenvoudige aanpak nodig hebben, terwijl patiënten met een hoger risico behoefte hebben aan een meer complexe en multimodale benadering.**

Belangrijk daarbij is ook dat een tool voor risicostratificatie de klinische beslissing kan ondersteunen, maar deze nooit kan vervangen. Bovendien moeten patiënten tijdens hun behandeling meerdere malen opnieuw worden geëvalueerd.

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Niveau van bewijskracht
<ul style="list-style-type: none"><li>Overweeg een risicostratificatie (bv. met de <i>STarT Back</i> risk assessment tool of de korte versie van de <i>Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire</i>) voor elke nieuwe episode van lage rugpijn met of zonder radiculare pijn. Deze risicostratificatie moet niet gedurende de eerste 48u na de aanvang* van de pijn worden uitgevoerd. Het doel hiervan is samen met de patiënt beslissen over een plan van aanpak aangepast aan de risicofactoren.</li></ul>	Zwak	Laag tot zeer laag
<ul style="list-style-type: none"><li>Overweeg op basis van de risicostratificatie:<ul style="list-style-type: none"><li>Een eenvoudigere en minder intensieve begeleiding van patiënten met lage rugpijn met of zonder radiculare pijn, met een goede kans op snelle verbetering en een goede uitkomst. Dit omvat bv. het geruststellen van de patiënt, hem adviseren om actief te blijven en het begeleiden bij self-management.</li><li>Een meer complexe en intensieve begeleiding van patiënten met lage rugpijn (met of zonder radiculare pijn) met een hoger risico op een slechte uitkomst. Dit omvat bv. begeleidde oefenprogramma's met of zonder manuele technieken en een psychologische interventie zoals cognitieve gedragstherapie.</li></ul></li></ul>	Zwak	Laag tot zeer laag

\*Het is aangeraden om de risicostratificatie uit te voeren bij een tweede consultatie, na ongeveer 2 weken van pijnklachten.

<sup>b</sup> De *ÖMPSQ* (alleszins in zijn lange versie) lijkt een betere voorspellende tool te zijn dan de *STarT Back* tool, maar met deze laatste kan de behandeling wel worden aangepast aan het niveau van het risico en aan het type risicofactor (eerder fysisch op gemiddeld niveau en eerder psychologisch in de hoge categorie).





### 2.3. Beeldvorming

Bij lage rugpijn en radiculaire pijn is de diagnose altijd onzeker. Het gebeurt dan ook vaak dat een arts een beroep doet op beeldvorming (RX, MRI of CT-scan) om zijn patiënt en zichzelf gerust te stellen.

Bij afwezigheid van rode vlaggen<sup>c</sup>, is het bewijs van het medische nut en de kosteneffectiviteit van beeldvorming nochtans beperkt en tegenstrijdig. In het algemeen stellen de studies enkel vast dat beeldvorming een voorlopige diagnose niet kan bevestigen of weerleggen. Bovendien ontdekken veel beeldvormingsonderzoeken zeer vaak o.a. gewrichtsdegeneratie of discushernia. Men is dan geneigd om de oorzaak van de pijn daaraan toe te schrijven, terwijl dit soort degeneraties ook vaak gezien wordt bij mensen

die geen symptomen vertonen. In dat geval kan beeldvorming zelfs een iatrogeen effect hebben, en patiënten bevestigen in hun overtuiging dat de klachten veroorzaakt worden door ernstige letsels aan de wervelkolom.

Daarnaast mag men ook het risico voor de patiënt en de kosten voor de maatschappij van meervoudige bestralingen niet onderschatten. Daarom zou beeldvorming enkel mogen worden uitgevoerd als ze een meerwaarde kan bieden voor de verdere aanpak van het probleem (bv. als een epidurale infiltratie of wervelkolomchirurgie worden overwogen), maar niet in het geval van een diagnostische onzekerheid.

In België is het maken van een onderscheid tussen de eerste en de tweede lijn voor het gebruik van beeldvorming niet nodig, omdat patiënten rechtstreekse toegang hebben tot gespecialiseerde artsen.

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Niveau van bewijskracht
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bied, bij afwezigheid van rode vlaggen, niet routinematig medische beeldvorming aan bij personen met lage rugpijn met of zonder radiculaire pijn. Schrijf enkel medische beeldvorming voor als het verwachte resultaat een invloed zal hebben op de verdere behandeling, bv. bij overweging van een invasieve interventie.</li> </ul>	Zwak	Laag tot zeer laag
<ul style="list-style-type: none"> <li>Leg aan personen met lage rugpijn met of zonder radiculaire pijn uit dat medische beeldvorming niet noodzakelijk is, ook al worden ze doorverwezen naar een specialist voor advies.</li> </ul>	Expertopinie	Niet van toepassing

<sup>c</sup> Het uitvoeren van medische beeldvorming bij signalen of symptomen die wijzen op een ernstige onderliggende aandoening (rode vlaggen) maakt geen deel uit van de scope van de huidige richtlijn en komt in dit hoofdstuk dus ook niet aan bod.



### 3. NIET-INVASIEVE AANPAK

Bij lage rugpijn en radiculare pijn is de kans op een spontaan herstel binnen enkele dagen tot weken groot. Het eerste wat dan ook moet gebeuren (en ook tijdens het verdere verloop), is het geruststellen van de patiënt over het natuurlijk verloop van zijn pijn, het aanmoedigen van self-management en hem adviseren om actief te blijven. Daarnaast kan aan de patiënt worden voorgesteld om een begeleid bewegingsprogramma te volgen.

Als bij de risico-evaluatie een verhoogd risico op chroniciteit wordt vastgesteld (zie hoofdstuk 2.2. Risico-stratificatie), kan er een complexere interventie nodig zijn, met inbegrip van manuele technieken en/of psychologische ondersteuning. Dit wordt een multimodale aanpak genoemd. Bij het opstellen van een behandelplan zou rekening moeten worden gehouden met de specifieke noden, voorkeuren en capaciteiten van de patiënt.

#### 3.1. Self-management

Het concept van self-management gaat ervan uit dat de patiënt zelf de capaciteit heeft om positieve strategieën te ontwikkelen om zich aan zijn situatie aan te passen, en dat hij zelf de vicieuze cirkel van fysieke deconditionering, een negatieve gemoedsgesteldheid, een stopzetting van zijn normale activiteiten en angstgevoelens kan doorbreken.

In de literatuur is het bewijs van de doeltreffendheid van self-management als enige interventie zwak. Het bewijs is daarentegen wel overtuigend als self-management wordt gecombineerd met andere interventies, of deel uitmaakt van multidisciplinaire revalidatieprogramma's, wat vaak het geval is. Self-management moet dus worden aangemoedigd als een goede praktijk doorheen alle stappen van de aanpak van lage rugpijn.

Om self-management aan te moedigen kan de zorgverlener o.a. de patiënt geruststellen en informeren over de oorzaak van de lage rugpijn, die (meestal) goedaardig is. Daarnaast kan hij de patiënt aanraden om fysiek actief te blijven, zijn normale activiteiten in de mate van het mogelijke verder te zetten en zelfs om (niet-begeleide) oefeningen te doen.

Het is ook een goede gelegenheid om rekening te houden met de bezorgdheden van de patiënt over zijn rugpijn en om het advies af te stemmen op diens individuele capaciteiten en veronderstellingen.

NICE onderzocht ook de aanbeveling om volledige rust te houden. Het kon geen enkel bewijs vinden dat bedrust op korte termijn schadelijk is, maar evenmin dat het voordelen biedt.

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Niveau van bewijskracht
<ul style="list-style-type: none"><li>Geef, in elke fase van het zorgpad, aan elke patiënt informatie en gepersonaliseerd advies, aangepast aan hun behoeften en capaciteiten, zodat ze hun lage rugpijn met of zonder radiculare pijn zelf kunnen aanpakken. Dit omvat:<ul style="list-style-type: none"><li>Het geven van informatie over de goedaardige aard van de lage rugpijn en de radiculare pijn</li><li>Het hen aanmoedigen om de normale activiteiten voort te zetten, en zelfs om oefeningen te doen.</li></ul></li></ul>	Expertopinie	Matig tot zeer laag



### 3.2. Begeleid oefenprogramma

De term 'oefenprogramma' omvat een brede waaier aan lichaamsoefeningen, uitgewerkt op basis van een aantal theoretische modellen. De oefeningen kunnen individueel of in groep, in verschillende omstandigheden, en onder begeleiding van diverse zorgverleners worden uitgevoerd. In deze sectie komen enkel begeleide oefeningen aan bod. De niet-begeleide worden beschouwd als self-management en werden reeds besproken in de voorgaande sectie.

In vergelijking met de standaardzorg of met andere niet-invasieve interventies stelden we vast dat elk type van oefening een bepaald voordeel biedt, zonder aantoonbaar risico. Op basis van het beschikbare bewijs, **zouden oefeningen daarom het enige verplichte onderdeel van een multimodale aanpak moeten zijn.**

Er was geen eenduidig bewijs dat een specifiek type van oefening, een bepaald programma, duur of intensiteit beter is. De doeltreffendheid lijkt zowel bij acute als bij chronische lage rugpijn vergelijkbaar te zijn. Essentieel is wel dat het oefenprogramma wordt afgestemd op wat voor de patiënt haalbaar is. NICE benadrukte ook dat groepsactiviteiten kostenbesparend kunnen zijn. In groep of individueel, het belangrijkste blijft dat de oefeningen een actieve participatie van de patiënt vragen.

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Niveau van bewijskracht
<ul style="list-style-type: none"> <li>Overweeg een oefenprogramma (specifieke oefeningen of een combinatie van verschillende types) voor personen met lage rugpijn, met of zonder radiculare pijn. Houd rekening met de specifieke behoeften, voorkeuren en mogelijkheden van elke patiënt bij de keuze van het type oefenprogramma.</li> </ul>	Zwak	Matig tot laag

### 3.3. Manuele technieken

Manuele technieken omvatten verschillende manipulatie-, mobilisatie- en zachte weefseltechnieken (met inbegrip van, maar niet beperkt tot massages). De Belgische GDG gaf de voorkeur aan de term 'manuele technieken', om verwarring te vermijden met 'manuele therapieën'. Deze laatste term duidt op de praktijk van de kinesitherapeuten met een bijzondere beroepsbekwaamheid in de manuele therapie (de zogenaamde manuele therapeuten) en die deze technieken integreren in een meer globale kinesitherapeutische behandeling.

Het wetenschappelijke bewijs in het voordeel van manuele technieken was niet betrouwbaar genoeg om deze als enige interventie aan te bevelen.

Toch bieden de technieken een klinisch voordeel bij pijnbestrijding en het verbeteren van de functie, wanneer ze worden gecombineerd met een actieve aanpak (bv. oefeningen).

Daarom vormen ze een optionele therapeutische modaliteit. Ze kunnen bijkomend worden aangeboden aan patiënten voor wie self-management en oefeningen niet volstaan, omwille van het klinisch verloop, hun risiconiveau, hun behoeften, voorkeuren of hun specifieke capaciteiten.

Daarentegen kon de literatuur geen klinisch voordeel vaststellen voor (manuele) tractie, wat door NICE ook werd beschouwd als een manuele techniek. Deze behandeling krijgt daarom een negatieve aanbeveling (zie hoofdstuk 6).



De aanbeveling m.b.t. de manuele technieken is bedoeld voor patiënten met lage rugpijn en radicaire pijn, maar de Belgische GDG wees er wel op dat de manipulatie bij patiënten met radiculair syndroom een risico kan inhouden.

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Niveau van bewijskracht
<ul style="list-style-type: none"><li>Overweeg manipulatie, mobilisatie of zachteweefseltechnieken voor de behandeling van lage rugpijn en/of radicaire pijn, maar enkel als onderdeel van een multimodale behandeling met een begeleid oefenprogramma.</li></ul>	Zwak	Hoog tot zeer laag

### 3.4. Psychologische interventies

Er werd onvoldoende bewijs gevonden om aanbevelingen te formuleren voor geïsoleerde psychologische behandelingen bij lage rugpijn of radicaire pijn. Als ze echter worden aangeboden (vooral cognitieve gedragstherapie) in combinatie met andere therapieën, zoals self-management of oefeningen, kunnen ze voor de patiënt wel een voordeel opleveren.

Psychologische interventies zouden nooit verplicht moeten worden, maar voor sommige patiënten kunnen ze op een bepaald moment in de behandeling wel belangrijk zijn (afhankelijk van hun risiconiveau).

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Niveau van bewijskracht
<ul style="list-style-type: none"><li>Overweeg een psychologische interventie* met cognitieve gedragstherapie, voor de behandeling van personen met lage rugpijn, met of zonder radicaire pijn, maar enkel als onderdeel van een multimodale behandeling met een begeleid oefenprogramma.</li></ul>	Zwak	Matig tot zeer laag

\* De psychologische interventies zijn optioneel en zijn enkel van toepassing op bepaalde patiënten op bepaalde momenten en afhankelijk van hun risiconiveau.



### 3.5. Multidisciplinair revalidatieprogramma

De multidisciplinaire revalidatieprogramma's komen voort uit een biopsychosociale benadering. Ze combineren een fysieke component (bv. specifieke oefeningen, manuele technieken) met minstens één ander psychologisch, sociaal, educatief of ergonomisch element.

Het beschikbare wetenschappelijke bewijs is vrij uiteenlopend. Een aantal studies, maar niet allemaal, wijzen op het voordeel van deze programma's. Hun hoge kost pleit echter in hun nadeel.

Daarom moeten deze programma's voorbehouden worden aan patiënten met lage rugpijn bij wie door de risicostratificatie significante psychosociale belemmeringen konden worden opgespoord die het herstel verhinderen, of bij wie de voorafgaande behandelingen geen verlichting boden.

In ons land is de toegang tot en de terugbetaling van multidisciplinaire revalidatieprogramma's in het ziekenhuis vandaag beperkt tot patiënten die al minstens 6 weken aan lage rugpijn lijden.

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Niveau van bewijskracht
<ul style="list-style-type: none"> <li>Overweeg een multidisciplinair revalidatieprogramma dat een fysieke component combineert met een psychologische component (met cognitieve gedragstherapie) en dat rekening houdt met de specifieke behoeften en mogelijkheden van de patiënt bij personen met hardnekkige lage rugpijn of radiculaire pijn:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Wanneer er psychosociale belemmeringen voor herstel zijn,</li> <li>of</li> <li>o Wanneer voorafgaande evidence-based behandelingen niet werkzaam waren.</li> </ul> </li> </ul>	Zwak	Matig tot zeer laag

### 3.6. Werkhervatting

NICE vond geen bewijs dat werkherstattingsprogramma's voordelen boden. Dit betekent volgens NICE of de Belgische GDG echter niet dat het voortzetten of hernemen van de professionele activiteit op zich niet belangrijk is. De notie van 'werk' is daarbij niet het belangrijkste. Voor mensen die niet of niet meer aan het werk zijn, is het opnieuw uitoefenen van de dagelijkse bezigheden even essentieel.

Daarom formuleerde NICE een op consensus gebaseerde opinie, bijgetreden door de Belgische GDG: het hernemen van het werk of van de normale activiteiten is één van de therapeutische doelstellingen voor mensen met lage rugpijn.

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Niveau van bewijskracht
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ondersteun en moedig de hervatting van het werk of van de normale dagelijkse activiteiten zo vroeg mogelijk aan bij personen met lage rugpijn, met of zonder radiculaire pijn.</li> </ul>	Expertopinie	Hoog tot zeer laag



## 4. FARMACOLOGISCHE INTERVENTIES

### 4.1. NSAID's, opioïden of paracetamol

Medicatie is niet altijd nodig bij lage rugpijn met of zonder radiculare pijn, ongeacht het risico op een ongunstige evolutie. Als medicatie vereist is, **geeft NICE de voorkeur aan niet-steroïdale ontstekingsremmers (NSAID's)**, op voorwaarde dat de patiënt ze verdraagt, gevolgd door lichte opioïde analgetica, met of zonder paracetamol.

Op korte termijn blijken de NSAID's (versus placebo) doeltreffend te zijn voor pijnbestrijding en voor de verbetering van de functie. Deze doeltreffendheid moet echter worden afgewogen tegen het risico op ongewenste bijwerkingen. Daarom is de aanbeveling voor orale NSAID's zwak en gaat deze gepaard met een aantal voorzorgsmaatregelen. De aanbeveling specificeert niet welk type NSAID moet worden genomen, want hun onderlinge doeltreffendheid werd niet vergeleken. De NSAID moet dus worden gekozen in functie van het risicoprofiel en de voorkeur van de patiënt.

Bepaalde studies tonen aan dat **opioïde analgetica** een effect hebben bij **chronische** lage rugpijn, maar ook dat het risico op bijwerkingen, waaronder verslaving, hoog is. Daarom worden deze producten niet systematisch aanbevolen voor deze indicatie. Als ze toch worden voorgeschreven, moet dit met grote voorzichtigheid gebeuren. Er werd geen verschil gevonden tussen sterk-werkende en zwak-werkende opioïden.

Bij acute of bij regelmatig terugkerende lage rugpijn werd er geen bewijs gevonden in het voordeel van opioïde analgetica. Toch kan, volgens een op consensus-gebaseerde expertopinie, een beperkt en zo kort mogelijk gebruik van zwak-werkende opioïden worden overwogen bij patiënten die NSAID's niet kunnen verdragen, of voor wie ze niet geschikt zijn. In dat geval kunnen opioïden gecombineerd worden met paracetamol, maar de vaste combinatie "paracetamol-tramadol" wordt door de CBIP/BCFI<sup>d</sup> niet aanbevolen.

Recent bewijs voor **paracetamol** toonde in vergelijking met placebo geen voordeel aan bij acute lage rugpijn van gematigde intensiteit (op basis van een enkele studie). Daarom is het delicaat om zijn gebruik aan te bevelen bij deze populatie. Omdat paracetamol echter doeltreffend kan zijn bij sommige patiënten met milde pijn (zelfs al is het maar door een placebo effect), kan het de enige optie zijn bij een contra-indicatie voor NSAID's of opioïden (bv. oudere patiënten met risicofactoren).

Spijerrelaxantie worden niet aanbevolen bij lage rugpijn en radiculare pijn. Ze worden besproken in hoofdstuk 6 (niet aanbevolen interventies).

---

<sup>d</sup> Volgens CBIP – BCFI: "De vaste combinatie paracetamol + tramadol heeft weinig zin: men kan tramadol moeilijk doseren en de halfwaardetijd van de twee bestanddelen is sterk verschillend."



Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Niveau van bewijskracht
<ul style="list-style-type: none"><li>Als er geneesmiddelen nodig zijn voor de behandeling van personen met lage rugpijn met of zonder radiculare pijn (bv. in functie van de ernst van de pijn of de voorkeuren van de patiënt), overweeg dan orale NSAID's. Houd daarbij rekening met mogelijke verschillen in gastro-intestinale, lever- en cardiorenale toxiciteit en met persoonsgebonden risicofactoren zoals de leeftijd.</li></ul>	Zwak	Matig tot zeer laag
<ul style="list-style-type: none"><li>Voorzie, bij het voorschrijven van orale NSAID's voor lage rugpijn, een passende klinische beoordeling, een continue herevaluatie van de evolutie van de risicofactoren en overweeg het gebruik van maagbeschermers.*</li></ul>	Expertopinie	Niet van toepassing
<ul style="list-style-type: none"><li>Geef de voorkeur, bij het voorschrijven van orale NSAID's, aan de laagst werkzame dosis gedurende een zo kort mogelijke periode.**</li></ul>	Expertopinie	Niet van toepassing
<ul style="list-style-type: none"><li>Denk aan een zwak werkend opioïd (met of zonder paracetamol) tijdens een zo kort mogelijke periode bij de behandeling van acute lage rugpijn, enkel als NSAID's gecontra-indiceerd zijn, niet verdragen worden of ondoeltreffend gebleken zijn.</li></ul>	Expertopinie	Niet van toepassing
<ul style="list-style-type: none"><li>Bied niet routinematig opioïden aan voor de behandeling van personen met chronische lage rugpijn met of zonder radiculare pijn.</li></ul>	Zwak	Hoog tot zeer laag
<ul style="list-style-type: none"><li>Bied niet routinematig paracetamol (als enige medicatie) aan voor de behandeling van lage rugpijn met of zonder radiculare pijn.</li></ul>	Zwak	Hoog tot zeer laag

*\*De GDG benadrukt dat het gebruik van maagbeschermers niet systematisch noodzakelijk is en ook afhangt van het type NSAID (gewoonlijk niet voor COX-2-selectieve NSAID's), van de duurtijd van de behandeling (gewoonlijk niet op korte termijn) en van de kenmerken van de patiënt.*

*\*\* De laagst werkzame dosis is de laagste dosis die een effect heeft op de individuele patiënt. De Belgische GDG benadrukt het risico van onder-en overdosering en stelt voor om in het merendeel van de gevallen te beginnen met de aanbevolen dosis en bij verbetering een verlaging van deze dosis te proberen.*



## 4.2. Antidepressiva en anti-epileptica

Antidepressiva en anti-epileptica worden door NICE voorgesteld als startbehandeling bij neuropathische pijn bij volwassenen. Voor patiënten met lage rugpijn zonder neuropathische component, wordt dit type medicatie echter niet aanbevolen.

De Belgische GDG nuanceerde dit standpunt enigszins voor twee soorten antidepressiva: de tricyclische antidepressiva en de niet-selectieve heropnameremmers voor serotonine en noradrenaline.

Zij kunnen helpen bij chronische pijn met centrale sensitatie (dus met een verhoogde activiteit van het centrale zenuwstelsel).

Het enige bewijs dat NICE vond voor anti-epileptica, ging enkel over patiënten met radiculare pijn. De studie toonde aan dat de medicatie, in vergelijking met placebo, de pijn kan verminderen, maar dat er zich ook vaker bijwerkingen voordoen.

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Niveau van bewijskracht
<ul style="list-style-type: none"><li>Bied geen selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI) aan voor de behandeling van personen met lage rugpijn met of zonder radiculare pijn.</li></ul>	Sterk	Matig tot zeer laag
<ul style="list-style-type: none"><li>Bied niet routinematig tricyclische antidepressiva, of niet-selectieve serotonine-norepinefrine heropnameremmers (SNRI) aan voor de behandeling van lage rugpijn met of zonder radiculare pijn. Deze aanbeveling geldt enkel bij chronische pijn; het gebruik van antidepressiva is niet aanbevolen bij acute pijn.</li></ul>	Zwak	Matig tot zeer laag
<ul style="list-style-type: none"><li>Bied geen anti-epileptica aan voor de behandeling van personen met lage rugpijn met of zonder radiculare pijn bij afwezigheid van een neuropathische component.</li></ul>	Sterk	Matig tot laag





## 5. INVASIEVE INTERVENTIES

### 5.1. Epidurale infiltraties voor (sub)acute radiculare pijn

Er bestaat weinig bewijs dat epidurale injecties met lokale verdovingsmiddelen en steroïden voordeel opleveren bij radiculare pijn en dat ze het aantal kandidaten voor chirurgische interventies zouden verkleinen. De meeste RCT's (*Randomized Controlled Trial*) gingen over patiënten met matig ernstige radiculare pijn (score van 5 of meer op een numerieke scoreschaal van 0-10).

In de Belgische context, waar patiënten rechtstreeks toegang hebben tot gespecialiseerde artsen, zonder dat er noodzakelijk een wachttijd is voor de eerste consultatie, vormt een epidurale injectie een optie voor acute radiculare pijn, maar niet in de eerste twee weken.

Sinds 1 november 2016, worden enkel de onder beeldvorming uitgevoerde radiculare of transforaminale injecties, en voor één zenuwwortel per sessie, terugbetaald in België, met een maximum van 3 injecties per jaar. Een depot-corticosteroiden-epidurale is een off-label gebruik, waarvoor dus (min. 24 u) voor de infiltratie de geïnformeerde toestemming van de patiënt vereist is. ([https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_252A\\_off-label\\_gebruik\\_Geneesmiddelen\\_Synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_252A_off-label_gebruik_Geneesmiddelen_Synthese.pdf))

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Niveau van bewijskracht
<ul style="list-style-type: none"> <li>Overweeg epidurale injecties van lokale anesthetica en steroïden* bij personen met (sub)acute (minstens 2-3 weken van pijn) en ernstige radiculare pijn**.</li> </ul>	Zwak	Matig tot zeer laag

\*In België worden sinds 1 november 2016 enkel nog de onder beeldvorming uitgevoerde radiculare of transforaminale injecties terugbetaald.

\*\*Ernstige radiculare pijn moet op individuele basis worden beoordeeld met de patiënt maar een score van 5 of meer op een numerieke schaal (NRS 0-10) kan als maatstaf gebruikt worden.



## 5.2. Radiofrequente denervatie: bij vermoeden van chronische facetgewrichtspijn

De facetgewrichten zijn gewrichtjes tussen de wervels waardoor de wervels onderling verbonden zijn en worden bezenuwd door de mediale takken van de dorsale ramus. Ze kunnen pijnklachten veroorzaken, maar de klinische diagnose is onzeker. De blokkade van de mediale zenuwtakjes naar het facetgewricht met behulp van lokale verdoving zou de diagnose minder onzeker kunnen maken. Dit is een vereiste voordat de specifieke behandeling met radiofrequente denervatie kan worden opgestart.

Een aantal studies (4 kleine RCT's) toont aan dat radiofrequente denervatie (RFD) een klinisch voordeel kan bieden aan patiënten met vermoedelijke facetgewrichtspijn.

Deze studies betreffen de aanpak van chronische pijn met een gemiddelde pijnscore van meer dan 5 en waarvoor een gepaste conservatieve behandeling niet hielp. Daarom mag RFD enkel worden overwogen bij deze specifieke populatie. Bovendien is RFD een technisch veeleisende procedure. Ze mag dan ook enkel worden uitgevoerd door goed opgeleide artsen. Voorafgaande beeldvorming is niet vereist.

In België wordt RFD terugbetaald onder de volgende voorwaarden: ze moet onder beeldvorming worden uitgevoerd, ze moet plaatsvinden op minstens 3 (unilaterale) gewrichtsniveaus en mag maximaal 3 keer per jaar worden uitgevoerd.

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Niveau van bewijskracht
<ul style="list-style-type: none"><li>Overweeg een evaluatie met het oog op een radiofrequente denervatie bij personen met chronische lage rugpijn met vermoeden van facetgewrichtspijn als:<ul style="list-style-type: none"><li>een multimodale, <i>evidence-based</i>, niet-chirurgische aanpak geen resultaat opleverde, en</li><li>de structuren bezenuwd door de mediale zenuwtakken de voornaamste bron van de pijn lijken te zijn en</li><li>de patiënt op het moment van doorverwijzing te kampen heeft met een matige tot ernstige lokale rugpijn (score van 5 of meer op een numerieke schaal van 0-10).</li></ul>Beeldvorming vóór een radiofrequente denervatie is niet nodig.</li></ul>	Zwak	Matig tot zeer laag
<ul style="list-style-type: none"><li>Voer enkel een radiofrequente denervatie uit bij personen met chronische lage rugpijn, na een positieve respons op een diagnostische mediale zenuwblokkade.</li></ul>	Expertopinie	Niet van toepassing



### 5.3. Chirurgische spinale decompressie voor persistente radiculare pijn

Zoals reeds gezegd, verdwijnen radiculare symptomen na een tijdje meestal spontaan. Toch zou er voor een subgroep van patiënten met ernstige radiculare pijn, die niet reageert op een gepaste conservatieve aanpak, een behandeling voor pijnverlichting beschikbaar moeten zijn. Uit het wetenschappelijke bewijs blijkt dat spinale decompressie hier een oplossing zou kunnen bieden.

Er is nog steeds veel controverse over het optimale tijds kader om deze interventie uit te voeren.

Daarom moet het ideale moment geval per geval bepaald worden. Bij een discushernia wordt aangeraden om minstens 6 weken te wachten, omdat vele gevallen spontaan gunstig evolueren. Deze wachtermijn is niet van toepassing als de patiënt een significant neurologisch deficit vertoont of als de pijn oncontroleerbaar is, ondanks evidence-based pijnmanagement. Voorafgaande beeldvorming is vereist, waarbij de radiologische vaststellingen moeten overeenkomen met het klinisch beeld.

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Niveau van bewijskracht
<ul style="list-style-type: none"> <li>Overweeg een chirurgische spinale decompressie bij personen met radiculare pijn (minstens 6 tot 12 weken na het begin van de symptomen) indien een niet-chirurgische multimodale, <i>evidence-based</i> behandeling de pijn of functie niet verbeterd heeft en als de bevindingen van beeldvorming overeenkomen met het huidig klinisch beeld.</li> </ul>	Zwak	Laag tot zeer laag

### 5.4. Artrodese: enkel voor zeer specifieke gevallen van lage rugpijn

Aangezien niet werd aangetoond dat spinale fusie (artrodese) een reëel voordeel biedt in vergelijking met andere behandelingen, maar dat ze toch wel degelijk risico's inhoudt, mag deze interventie niet routinematig worden aanbevolen bij mensen met lage rugpijn. Men kan echter niet uitsluiten dat een aantal zeldzame subgroepen van patiënten (bv. met degeneratieve anterolisthesis met uitgesproken instabiliteit, ernstige degeneratieve afwijkingen) er toch baat bij kunnen hebben.

Voorwaarde is dan dat de patiënten zorgvuldig worden geselecteerd en dat de voorafgaande conservatieve behandeling heeft gefaald.

In deze uitzonderlijke gevallen moet de beslissing worden voorafgegaan door een multidisciplinaire consultatie, en moet de verhouding tussen de voordelen en de risico's systematisch worden nagegaan. Op Belgisch niveau lijkt een analyse van de gegevens, binnen het kader van een register, meer haalbaar dan het uitvoeren van een RCT, zoals NICE voorstelt.

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Niveau van bewijskracht
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bied geen lumbale artrodese aan bij personen met lage rugpijn tenzij onder volgende voorwaarden:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Na falen van een niet-chirurgische evidence-based multimodale behandeling en</li> <li>na een evaluatie via een multidisciplinaire consultatie en</li> <li>bij voorkeur met data-registratie in een register.</li> </ul> </li> </ul>	Sterk	Laag tot zeer laag



## 6. NIET AANBEVOLEN INTERVENTIES

Verscheidene interventies worden niet aanbevolen, omdat studies aantonen dat ze geen klinisch voordeel opleveren, of omdat de verhouding voordelen-risico's ongunstig is. Deze interventies worden nutteloos of in sommige gevallen zelfs onveilig bevonden.

Ze worden opgesomd in onderstaande lijst, met een korte uitleg van de redenen waarom er een sterke aanbeveling tegen hun gebruik werd geformuleerd.

**Tabel 1 – Niet aanbevolen interventies voor de aanpak van lage rugpijn en radiculare pijn**

Interventies	Uitleg
<b>Gordels of korsetten</b>	Uit 5 RCT's bleek dat gordels of korsetten niet meer doeltreffend zijn dan de standaardbehandeling van lage rugpijn zonder radiculare pijn, terwijl ze voor de patiënt een extra kost kunnen inhouden. Er werd geen bewijs gevonden voor patiënten met radiculare pijn.
<b>Steunzolen</b>	Voor patiënten met lage rugpijn, met en zonder radiculare pijn, werd er voor steunzolen in 4 studies onvoldoende klinisch voordeel vastgesteld. Ook hier is er een extra kost voor de patiënt.
<b>'Rocker sole' schoenen</b>	In vergelijking met platte schoenen, leverden 'rocker sole' schoenen geen voordeel op. Er is wel een risico op ongemak, en een extra kost voor de patiënt.
<b>(manuele) Tractie</b>	Er is zeer weinig bewijs van het nut van (manuele) tractie: slechts twee studies toonden een gunstig effect aan, maar ze bevatten belangrijke methodologische problemen. Bovendien kan deze interventie risico's inhouden.
<b>Behandeling met ultrasound</b>	Er was onvoldoende bewijs van klinisch voordeel om een behandeling met ultrasound aan te bevelen bij lage rugpijn en radiculare pijn. Het enige bewijs van gunstig effect was van lage kwaliteit en was gebaseerd op een klein aantal patiënten.
<b>Percutaneous electrical nerve stimulation (PENS)</b>	Er zijn studies van lage kwaliteit op een beperkte populatie die een mogelijk effect aantonen, maar PENS wordt in de huidige praktijk niet wijdverspreid gebruikt. Het gebruik ervan aanbevelen zou dus een significante verandering van de praktijk tot gevolg hebben, en dit wordt geenszins gerechtvaardigd door het beschikbare bewijs.
<b>Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)</b>	Er werd een klinisch voordeel vastgesteld op vlak van levenskwaliteit en pijnverlichting bij lage rugpijn in vergelijking met placebo. Het aantal patiënten was echter beperkt. In het algemeen konden de voordelen van TENS echter niet worden aangetoond.
<b>Interferentiële therapie</b>	Er was een gebrek aan bewijs voor het klinische voordeel van deze vorm van elektrotherapie bij lage rugpijn. Meer specifiek konden 2 RCT's van hoge kwaliteit geen verschil met een placebo vaststellen.
<b>Spijerrelaxantia</b>	Het beschikbare bewijs biedt geen argumenten om het gebruik van spierrelaxantia bij lage rugpijn aan te bevelen. Omwille van hun bijwerkingen zouden spierrelaxantia voor deze indicatie niet mogen worden gebruikt in de klinische praktijk.



Interventies	Uitleg
	<p>NICE stelt voor om de klinische doeltreffendheid en de kosteneffectiviteit van benzodiazepines voor de acute behandeling van lage rugpijn te onderzoeken. Deze kwestie wordt door de Belgische GDG echter als achterhaald beschouwd, en werd dus niet opgenomen in deze richtlijn. Bovendien werden in België sommige spierrelaxantia (Tetrazepam) van de markt gehaald. Onze aanbeveling over deze producten is bijgevolg negatief.</p>
<b>Antibiotica</b>	<p>Eén enkele studie (zwakke tot matige kwaliteit) werd over dit onderwerp gevonden. Ze betrof patiënten met een discusprolaps, bevestigd door een MRI. Gezien de bijwerkingen die in de studie werden waargenomen, de maatschappelijke impact van antibioticagebruik en de reële overconsumptie in België, werd er besloten dat antibiotica in geen geval moeten worden aangeboden bij lage rugpijn of radiculaire pijn.</p>
<b>Niet-epidurale spinale injecties</b>	<p>Er is geen overtuigend bewijs van goede kwaliteit dat de doeltreffendheid op korte of lange termijn van deze techniek aantoont bij een populatie met lage rugpijn. Er is evenmin bewijs van bijwerkingen, maar de meerderheid van deze injecties vindt plaats met beeldvorming. Daardoor wordt de patiënt blootgesteld aan schadelijke straling. De Belgische GDG beklemtoont echter dat de aanbeveling ten nadele van de spinale injectie geen betrekking heeft op de lokale verdoving van de facetgewrichten.</p>
<b>Vervanging van een tussenwervelschijf (discusprothese)</b>	<p>Het bewijs was beperkt en het klinisch voordeel dat werd waargenomen in termen van levenskwaliteit kwam voornamelijk voort uit een studie die de vervanging van een tussenwervelschijf vergeleek met een anterieure lumbale fusie (artrodese). Deze laatste procedure wordt niet vaak uitgevoerd omdat ze niet doeltreffend is. Bovendien werd er bij de discusprothese een hoger aantal ernstige bijwerkingen vastgesteld dan bij artrodese.</p>



## 7. INTERVENTIES ZONDER DUIDELIJKE AANBEVELING

Over een aantal interventies die werden bestudeerd door NICE, konden er geen conclusies worden getrokken omdat bewijs ontbrak.

Ze worden hieronder opgesomd, met een korte uitleg van de reden waarom we geen duidelijke aanbeveling konden formuleren.

**Tabel 2 – Interventies zonder duidelijke aanbeveling voor de aanpak van lage rugpijn en radiculare pijn**

Interventies	Uitleg
<b>Topische NSAID's</b>	Topische NSAID's maakten deel uit van het literatuuronderzoek van NICE, maar er kon geen enkel bewijs worden gevonden van hun nut bij lage rugpijn. Daarom kon er specifiek voor topische NSAID's geen aanbeveling worden geformuleerd in het kader van deze richtlijn.
<b>Posturale therapieën</b>	Er kon geen RCT of observationele studie worden gevonden over de effectiviteit van posturale opvoeding/oefeningen als interventie op zich.
<b>Alexandertechniek</b>	Bewijs in het voordeel van de Alexandertechniek (mogelijke verbetering van levenskwaliteit bij lage rugpijn) kon slechts in één enkele studie worden gevonden. Dit was niet voldoende om een positieve aanbeveling te formuleren. Daarnaast benadrukte de Belgische GDG dat de Alexandertechniek geen verplicht onderdeel is van de opleiding van kinesitherapeuten en ergotherapeuten.
<b>Acupunctuur</b>	Er was geen duidelijk bewijs dat acupunctuur beter werkt dan placebo bij lage rugpijn. Er was evenmin bewijs van eventuele bijwerkingen. Het is mogelijk dat neuropathische pijn een betere indicatie is voor acupunctuur dan mechanische pijn, maar de literatuurreview laat niet toe een duidelijk onderscheid te maken tussen deze twee soorten pijn. Het is dus niet mogelijk om een eenduidige aanbeveling te formuleren.
<b>Rugschool</b>	De term "rugschool" is wijdverspreid in België. Het wijst op een multidisciplinair programma dat veel ruimer is dan het oorspronkelijke concept dat door NICE werd gebruikt (enkel educatieve sessies rond de kenmerken van lage rugpijn). De oorspronkelijke rugscholen werden verouderd bevonden en sloten niet aan bij de huidige praktijk in het Verenigd Koninkrijk. Daarom werden ze door NICE niet bestudeerd.
<b>Facetgewrichtsinfiltraties voor facetgewricht pijnsyndroom</b>	De Belgische GDG meldde dat de populatie die werd opgenomen in studies over niet-epidurale spinale infiltraties zeer ruim was en dat de patiënten met facetgewrichtspijn niet duidelijk werden geïdentificeerd. Door het gebrek aan specifiek bewijs over de voor- en nadelen van facetgewrichtsinfiltraties konden we geen duidelijke aanbeveling formuleren.
<b>Elektrofysiologische diagnostiechnieken vóór spinale decompressie</b>	De rol van elektrofysiologische technieken (electromyografie, geëvokeerde potentialen) voor de diagnose van radiculare pijn werd door NICE niet behandeld. Over dit onderwerp kon er dan ook geen conclusie worden getrokken.



## 8. ONDERZOEKSVORSTELLEN

NICE beveelt ook aan om een aantal onderwerpen te onderzoeken. De Belgische GDG trad NICE niet volledig bij, maar formuleerde wel vier

onderzoeksvragen die best via de opvolging van nieuwe klinische studies of binnen het kader van een Belgisch onderzoeksproject worden beantwoord.

**Tabel 3 – Interventies voor lage rugpijn en radiculaire pijn waarvoor een onderzoeksvraag werd geformuleerd**

Interventie	Uitleg	Methode
<b>Laser.</b> Wat is de klinische doeltreffendheid en de kosteneffectiviteit van lasertherapie bij de aanpak van lage rugpijn en radiculaire pijn?	Hoewel bepaalde vergelijkende studies wijzen op een klinisch voordeel bij de bestrijding van pijn en een verbetering van de functie, laten de kwaliteit van de studies en de toepasbaarheid van de techniek te wensen over. Er blijft onzekerheid over de doeltreffendheid en effectiviteit van lasertherapie, ondanks de veelbelovende studies. Daarom moeten de effectiviteit en kosteneffectiviteit van lasertherapie, bij lage rugpijn met en zonder radiculaire pijn, in klinische trials van hoge kwaliteit worden onderzocht.	Opvolgen van de publicatie van nieuwe trials van hoge kwaliteit
<b>Radiofrequente denervatie.</b> Wat zijn de klinische doeltreffendheid en de kosteneffectiviteit van radiofrequente denervatie op lange termijn bij chronische lage rugpijn met vermoeden van facetgewrichtspijn?	De duurtijd van de pijnverlichting na de interventie is onzeker. Uit RCT's blijkt dat de pijn minstens 6-12 maanden uitblijft, maar geen enkele studie rapporteerde resultaten op langere termijn.	Opvolgen van de publicatie van nieuwe trials van hoge kwaliteit Of Uit te voeren onderzoek in België
<b>Multidisciplinair revalidatieprogramma:</b> Wat is de ideale duurtijd van een multidisciplinair revalidatieprogramma bij lage rugpijn met of zonder radiculaire pijn?	De kosteneffectiviteit van een langdurige ondersteuning (>12 maanden) door dergelijk programma van patiënten met lage rugpijn is onbekend. NICE stelde daarom voor om deze kosteneffectiviteit te onderzoeken in termen van gebruik van middelen.  De Belgische GDG is van mening dat, door het gebrek aan data over het lange termijneffect, onderzoek naar de optimale duurtijd van zulk programma nuttiger zou zijn voor de klinische praktijk.	Uit te voeren onderzoek in België
<b>Artrodese:</b> Bij welke patiëntsubgroepen zou artrodese kunnen worden aangeboden als een chirurgische optie, op basis van een analyse van het register van patiënten die een artrodese ondergingen?	Voor zover de interventie minder voordelen biedt dan dat er risico's zijn, moet artrodese voorbehouden worden aan patiënten die na een niet-chirurgische evidence-based multimodale aanpak geen verbetering ondervonden, en na goedkeuring bij een multidisciplinaire consultatie. Een analyse van een patiëntenregister met de resultaten van artrodese, zou de identificatie mogelijk moeten maken van de patiënten die baat kunnen hebben bij deze interventie.	Uit te voeren onderzoek in België



## 9. NIET-BESTUDEERDE ONDERWERPEN

Verschillende interventies komen niet aan bod in deze richtlijn omdat ze niet werden bestudeerd door NICE.

Toch worden er sommige gepromoot in de huidige media en/of gebruikt door klinici. We raden aan om deze therapeutische opties met de nodige voorzichtigheid te gebruiken.

**Tabel 4 – Interventies voor de aanpak van lage rugpijn en/of radicaire pijn die niet werden opgenomen in de richtlijn**

Interventies	Achtergrond
<b>Orale methylprednisolon</b>	Orale methylprednisolon werd door één lid van de GDG vernoemd als behandelingsoptie van lage rugpijn (bv. in geval van een licht motorisch deficit) maar het bleek in België geen courante praktijk te zijn en rechtvaardigde daarom geen bijkomende literatuurreview.
<b>Andullatie</b>	Publiciteit voor andullatie (massagematrassen) komt frequent voor in tijdschriften en gratis aanhuiskranten. Door een gebrek aan <i>peer-reviewed</i> literatuur kan deze richtlijn het gebruik van deze interventie echter niet ondersteunen.
<b>Schokgolven</b>	Buitenlichamelijke schokgolfterapie wordt soms gebruikt bij chronische lage rugpijn, maar werd niet vermeld door NICE.
<b>Osteopathie</b>	Buiten de manuele werden andere osteopathische technieken niet onderzocht in de NICE-richtlijn. De Belgische osteopaten die betrokken waren bij de ontwikkeling van de huidige richtlijn vonden een uitbreiding van de studie naar andere technieken evenmin noodzakelijk. U vindt een KCE-rapport rond osteopathie en zijn gebruik in België (gepubliceerd in 2011) hier: <a href="https://kce.fgov.be/nl/publication/report/stand-van-zaken-voor-de-osteopathie-en-de-chiropraxie-in-belgi%C3%AB#.WOIxV16kLCA">https://kce.fgov.be/nl/publication/report/stand-van-zaken-voor-de-osteopathie-en-de-chiropraxie-in-belgi%C3%AB#.WOIxV16kLCA</a>

## 10. IMPLEMENTATIE

De aanbevelingen van de huidige richtlijn zullen worden opgenomen in een Belgisch zorgpad voor de aanpak van lage rugpijn (dat in najaar 2017 beschikbaar zal zijn op de KCE-website).

De beroepsverenigingen die betrokken zijn bij deze KCE-projecten zullen worden verzocht om de implementatie van de richtlijn en het zorgpad in de Belgische klinische praktijk te ondersteunen.





## 11. GLOSSARIUM

<b>Alexandertechniek</b>	Een techniek die mensen een aantal houdingsgewoonten en ongezonde bewegingen wil afleren en die een betere manier van bewegen wil aanleren. De lesgever helpt de patiënt om aandacht te hebben voor een sensorïële, posturale feedback en voor neuromusculaire mechanismen om de gepaste houding of beweging te bepalen.
<b>Artrodese of spinale fusie</b>	Een operatie die wordt uitgevoerd om een stevige fusie tot stand te brengen tussen twee of meerdere ruggenwervels, met de bedoeling ze te stabiliseren. Daarbij wordt botweefsel van de patiënt zelf of kunstmatige transplantaten gebruikt.
<b>Cognitieve gedragstherapie</b>	Een korte, wetenschappelijk gevalideerde therapie waarbij men schadelijke of negatieve overtuigingen en slecht aangepast gedrag wil vervangen door denkpatronen en reacties die overeenkomen met de realiteit.
<b>Epidurale injecties</b>	Een injectie in de epidurale ruimte rondom het ruggenmerg met corticosteroiden (met of zonder lokale anesthetica) of met anti-TNF stoffen, gebruikt omwille van hun ontstekingsremmende en immuniteitsonderdrukkende eigenschappen.
<b>Manuele technieken</b>	Actieve of passieve bewegingen van het neuro-musculoskeletaal systeem (gewrichten en zachte weefsels) om de mobiliteit en de functie te verbeteren en de pijn te verminderen. De in de huidige richtlijn bestudeerde manuele technieken omvatten (een combinatie van) interventies aan de zachte weefsels (zoals massages), manuele tracties, manipulaties of mobilisaties.
<b>Multidisciplinaire revalidatieprogramma's</b>	Interventies met een fysieke component (bv. specifieke oefeningen, mobilisatie, massage) en minstens een ander element van een biopsychosociale aanpak. Dit kan psychologisch, sociaal, ergonomisch of educatief zijn (een educatieve interventie zoals informatie over anatomie, psychologie, beeldvorming, coping, medicatie, familie, professioneel en sociaal leven). Deze verschillende onderdelen moeten worden aangeboden binnen een geïntegreerd programma, door één of meerdere zorgverleners die geregeld met elkaar overleggen. Het multidisciplinaire aspect heeft betrekking op de interventies binnen het programma (over de disciplines heen), en minder op het aantal mensen of disciplines dat zorgt voor de concrete uitvoering ervan.
<b>Niet-epidurale spinale injecties</b>	De injectie van verscheidene stoffen in verschillende delen van de wervelkolom, ligamenten, spieren of trigger points (de plaats waar een sterke druk in de spieren de pijn veroorzaakt). Het doel van deze injecties is het verminderen van de ontsteking in de weefsels of net het doen ontstaan van een ontsteking, om de aangroei van gezond weefsel te bevorderen. Deze term omvat een aantal technieken, zoals facetgewrichtsinjecties, de blokkering van mediale takken, intradiscale injecties en prolotherapie.
<b>Posturale therapieën</b>	Posturale therapieën willen lage rugpijn voorkomen of verminderen door een zogenaamde suboptimale houding, die een schadelijke belasting op de ruggengraat zou uitoefenen, te corrigeren.
<b>Radiofrequente denervatie</b>	De pijngeleiding in het mediale zenuwtakje naar het facetgewricht wordt onderbroken door middel van radiofrequente stroom. Deze percutane, minimaal invasieve procedure wordt uitgevoerd onder lokale of lichte intraveneuze verdoving.
<b>Self-management</b>	Een aanpak die mensen met lage rugpijn en radiculare pijn moet helpen om hun normale activiteiten terug op te nemen, en om hun symptomen en behandeling te beheren. Het concept wijst op het belang van een interactief proces, waarbij patiënt en zorgverlener samenwerken en de autonomie van de patiënt wordt nagestreefd. De aanpak omvat advies (bv. om actief te blijven), educatieve en geruiststellende programma's d.m.v. geschreven informatie en aanmoedigingen om (niet begeleide) oefeningen te doen.
<b>Spinale decompressie</b>	Bij deze interventie wordt de druk op de zenuwstructuren van de wervelkolom weggenomen. De huidige richtlijn bevat de volgende procedures: discectomie, sequestrectomie, laminectomie, facetectomie, foraminotomie, fenestratie en interlaminaire decompressie.



## 12. VRAGENLIJSTEN

### Tekstkader 3 – The STarT Back Screening Tool: Nederlandstalige versie

Naam: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Vink het vakje af wanneer je het eens of oneens bent met onderstaande stellingen door te verwijzen naar de laatste twee weken:

		Oneens	Eens	
		0	1	
1	In de laatste 2 weken <b>straalde</b> mijn rugpijn wel eens <b>uit naar één of beide benen</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	In de laatste 2 weken heb ik wel eens pijn in mijn <b>schouder</b> of <b>nek</b> gehad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Vanwege mijn rugpijn <b>liep</b> ik alleen <b>korte afstanden</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	In de laatste 2 weken <b>kleedde ik me trager</b> dan gewoonlijk <b>aan</b> vanwege mijn rugpijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Voor iemand in mijn toestand is het echt niet veilig om lichamelijk actief te zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<b>Ongeruste gedachten</b> gingen vaak door mijn hoofd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Ik vind dat mijn <b>rugpijn verschrikkelijk</b> is en ik geloof dat <b>het nooit meer beter zal worden</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Over het geheel genomen heb ik <b>niet genoten</b> van alle dingen waar ik vroeger wel van genoot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Over het geheel genomen, hoe hinderlijk was uw rugpijn in de laatste 2 weken ?			
In het geheel niet	Een beetje	Matig	Erg	Extreem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	0	0	1	1

**Totale score (alle 9) :** \_\_\_\_\_

**Sub uitslag (Q5-9) :** \_\_\_\_\_

≤3 = zwak risico

≥4= zie Sub uitslag

≤3 =gemiddeld risico

≥4= verhoogd risico

Source: [https://www.keele.ac.uk/media/keeleuniversity/group/startback/translations/Dutch%20translation\\_STarT%20Back%20Tool.pdf](https://www.keele.ac.uk/media/keeleuniversity/group/startback/translations/Dutch%20translation_STarT%20Back%20Tool.pdf)

Dit is een instrument met licentie (©2007 Keele University) dat niet aangepast mag worden. De copyright (©2007) van de STarT Back Tool en de bijhorende materialen zijn eigendom van de Keele University, de ontwikkeling van deze instrumenten was deels gefinancierd door Arthritis Research UK:

Het instrument is ontwikkeld voor gebruik door de zorgverleners, met gepaste behandelingen voor elk geïdentificeerd risicoprofiel:

i) Het instrument is niet bedoeld om een bepaald product aan te bevelen. Voor meer informatie, zie <http://www.keele.ac.uk/sbst/>

ii) Er is geen licentie nodig voor niet-commercieel gebruik. Als u de Nederlandstalige versie van de STarT Back tool in welke vorm dan ook wilt gebruiken in commerciële producten, gelieve dan contact op te nemen via [info@kce.fgov.be](mailto:info@kce.fgov.be) voor verdere informatie.





*Hier zijn een aantal dingen die andere patiënten zeggen over hun pijn. Voor elk item, omcirkel een getal van 0 tot 10 om aan te geven hoeveel lichamelijke activiteiten zoals buigen, iets tillen, wandelen of rijden gevolgen hebben of kunnen invloed hebben op uw rug.*

**7. Een toename van pijn is een teken dat ik moet stoppen met wat ik aan het doen ben tot de pijn vermindert. Omcirkel een cijfer**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geheel mee oneens										Geheel mee eens

**8. Met de huidige pijn zou ik mijn normale werk niet moeten doen. Omcirkel een cijfer**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geheel mee oneens										Geheel mee eens

*Omcirkel het getal dat het best uw huidige vermogen weergeeft om deel te nemen aan elk van deze activiteiten.*

**9. Ik kan gedurende een uur lichte werkzaamheden doen. Omcirkel een cijfer**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kan ik niet vanwege de pijn										Kan ik doen zonder dat de pijn me hindert

**10. Ik kan 's nachts slapen. Omcirkel een cijfer**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kan ik niet vanwege de pijn										Kan ik doen zonder dat de pijn me hindert

**Item 1. De eerste categorie** « 0-1 week » heeft een waarde van 1 en de laatste « >52 weken » heeft een waarde van 10. De categorie « 8-9 weken » heeft een waarde van 5.

**Item 2, 3, 4, 5, 7 et 8.** De score is die van het omcirkelde cijfer.

**Item 6, 9 et 10.** De score gelijk aan 10 min het omcirkelde cijfer.

**Totaal =**

Score >49= Verhoogd risico

*Vragenlijst hernoemen met toestemming van Prof. Dr. Steven J. Linton, eigenaar van de copyright op de Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire.*





## COLOFON

Titel:	Klinische Richtlijn rond lage rugpijn en radiculaire pijn – Samenvatting
Auteurs:	Peter Van Wambeke (UZ Leuven, GDG president), Anja Desomer (KCE), Luc Ailliet (BVC), Anne Berquin (Cliniques universitaires Saint-Luc), Christophe Demoulin (Université de Liège, CHU de Liège), Bart Depreitere (UZ Leuven), Johan Dewachter (Universiteit Antwerpen), Mieke Dolphens (Universiteit Gent), Patrice Forget (UZ Brussel, VUB), Virginie Fraselle (Cliniques universitaires Saint-Luc), Guy Hans (Universitair ziekenhuis Antwerpen), Davy Hoste (AZ Sint Lucas Brugge), Geneviève Mahieu (unité du dos CHU UCL Namur), Jef Michiels (UZ Antwerpen), Henri Nielens (Cliniques universitaires Saint-Luc), Thomas Orban (SSMG), Thierry Parlevliet (UZ Gent), Emmanuel Simons (CHU/UVC Brugmann), Yannick Tobbackx (VUB), Jan Van Zundert (ZOL, Genk), Jacques Vanderstraeten (SSMG), Patrick Vanschaeybroeck (Imelda Ziekenhuis, RZ Tienen), Johan Vlaeyen (UZ Leuven), Pascale Jonckheer (KCE)
Project coordinator:	Marijke Eyssen (KCE)
Redactie synthese:	Karin Rondia (KCE), Gudrun Briat (KCE)
Reviewers:	Raf Mertens (KCE), Dominique Roberfroid (KCE)
Externe experts:	Michael Bruneau (Hôpital Erasme ULB), Pierre Duquenne (CHC Liège; GRID), Philippe Mairiaux (Université de Liège), Everard Munting (Clinique St Pierre Ottignies; UCL), Etienne Pendeville (UCL), Benoît Pirotte (Chirec; ULB), Irène Salamun (Université de Liège), Johan Van Lerbeirghe (AZ Sint-Lucas, Gent), Dominique Verhulst (ZNA, Antwerpen)
Stakeholders:	Geoffrey Brands (CHC Liège), John Collin (APBMT), Jean-Raphael De Caluwé (AXXON, WVVK), Saskia Decuman (RIZIV – INAMI), Lies De Ruddere (Universiteit Gent), Patrick Dufrane (INAMI – RIZIV), Lode Godderis (KU Leuven), Greta Haelterman (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Martine Jeunehomme (AXXON), Caroline Larock (AXXON), Vincianne Magotteaux (VIVALIA), Michel Muller (SSST), Aline Ollevier (VIVES University College), Yves Paulus (INAMI – RIZIV), Nathalie Pauwen (AXXON), Alain Piette (SPF Emploi – FOD Werkgelegenheid), Olivier Poot (Fedris), Nathalie Roussel (Universiteit Antwerpen), Nicolas Sabbe (AXXON), Pierre-René Somville (CHU de Liège; Université de Liège), Veerle Stevens (Militair Hospitaal Koningin Astrid - Hôpital Militaire Reine Astrid), Koen Van Boxem (Sint-Jozef Kliniek, VAVP), Erik Van de Kelft (AZ Nikolaas), Dominique Van de Velde (Universiteit Gent), Michel Van den Abeele (UKO), Omer Van Haute (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique),
Externe beoordelaars:	An De Sutter (Universiteit Gent), Maurits Van Tulder (Vrije Universiteit Amsterdam)
Externe validatoren:	Fons De Schutter (CEBAM), Trudy Bekkering (CEBAM), Patrick Vankrunkelsven (CEBAM)
Dankbetuiging:	Nicolas Fairon (KCE)



Bijzondere dankbetuiging:

De auteurs van deze richtlijn willen graag de National Institute for Health and Care Excellence (NICE) bedanken voor het impressionante werk dat ze hebben geleverd voor de voorbereiding van de richtlijn rond lage rugpijn en radiculare pijn en voor hun toestemming aan het KCE en de Belgische zorgverleners om gebruik te kunnen maken van dit werk.

De oorspronkelijke richtlijn van NICE (National Institute for Health and Care Excellence), waar dit document naar verwijst, werd geproduceerd in 2016 en is gericht naar de National Health Service in Engeland en Wales. NICE was niet betrokken bij de ontwikkeling of aanpassing van de richtlijn voor gebruik in België.

Andere gemelde belangen:

Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Luc Ailliet (BVC), Anne Berquin (BPS, RBSPRM), Michaël Bruneau (dokter in Hôpital Chirec), Jean-Raphaël De Caluwé (AXXON, WVK), Mieke Dolphens (BBS), Patrice Forget (anesthesist, BPS en Cochrane Collaboration), Virginie Fraselle (revalidatie-arts in UCL; SSB), Lode Godderis (BBVAG & VWVA), Davy Hoste (SSB), Martine Jeunehomme (AXXON), Geneviève Mahieu (BBS, SSB, Eurospine), Philippe Mairiaux (APBMT), Michel Muller (arbeidsgeneesheer, SSST), Aline Ollevier (VE; OKE), Thomas Orban (SSMG), Erik Van de Kelft (BSN), Michel Van den Abeele (UKO), Patrick Van Schaeybroeck (SSB), Geoffrey Brands (CHC de Liège; ABSYM; GBS), Johan Van Lerbeirghe (SSB), Peter Van Wambeke (RBSPRM, BPS, SSB), Jan Van Zundert (BPS, VAVP, WIP)  
Honoraria of een andere compensatie voor het schrijven van een publicatie of het deelnemen aan de ontwikkeling ervan: Luc Ailliet (doctoraatsbeurs VU Amsterdam 2011 - 2015)

Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker ('Principal investigator') of onderzoeker: Luc Ailliet (Doctoraat VU Amsterdam 2011 – 2015 «*Rol van biopsychosociale factoren in het herstel van mensen met nekpijn en /of low back pain*»), Anne Berquin (Validatie Franstalige versie vragenlijst Ombro (OMPSQ)), Mieke Dolphens (Onderzoeker IWT-TBM project «*A modern neuroscience approach to chronic spinal pain*» (1 nov. 2013 – 31 okt 2017), Lode Godderis (ontwikkeling van instrumenten voor de evaluatie van de noden van andersvaliden (gefinancierd door FOD Sociale Zekerheid); ontwikkeling van een vragenlijst om de prognose voor werkhervatting te kunnen inschatten), Aline Ollevier (Coördinator en hoofdonderzoeker van «*eUlift*»), Veerle Stevens (Directeur van het programma «*Optimizing physical and psychosocial assessment in patients with non-specific chronic low back pain*»), Maurits Van Tulder (verschillende wetenschappelijke studies in het domein van rugpijn, gefinancierd door ZonMW; hoofdonderzoeker in studies rond radiofrequente denervatie voor facetgewrichtspijn en sacro-iliacale gewrichten, endoscopische transforaminale discectomie en epidurale injecties McKenzieplus; onderzoeker bij NHMRC in Australië), Johan Vlaeyen (Methusalem programma «*From acute aversive sensations to chronic bodily symptoms*» (FNO)

Een beurs, honoraria of fondsen voor een personeelslid of een andere vorm van compensatie voor het uitvoeren van onderzoek: Aline Ollevier (Erasmus + fonds EPOS)

Consultancy of tewerkstelling voor een bedrijf, vereniging of organisatie die financieel kan winnen of verliezen door de resultaten van dit rapport: Virginie Fraselle (BPS), Lode Godderis (Knowlegde, Information and Development Manager bij IDEWE), Martine Jeunehomme (Keep Moving; Commissie Risicopreventie)



Voorzitterschap of verantwoordelijke functie in een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Michaël Bruneau (beleidsraad Hôpital chirec), Mieke Dolphens (BBS), Christophe Dumoulin (BBS), Pierre Duquenne (voorzitter GRID), Patrice Forget (vice-voorzitter BPS), Lode Godderis (bestuurslid van BBVAG & VVVA), Guy Hans (voorzitter BPS), Martine Jeunehomme (lid van AXXON), Philippe Mairiaux (bestuurslid van SSST), Aline Ollevier (bestuurslid VE; voorzitter OKE), Thomas Orban (vice-voorzitter SSMG), Thierry Parlevliet (bestuurslid SSBe, penningmeester RBSPRM), Michel Van den Abeele (voorzitter UKO), Omer Van Haute (gezondheidseconomische evaluaties van programma's voor chronisch zieken, vice-voorzitter vzw ICF-Platform), Johan Van Lerbeirghe (oud-voorzitter SSBe, penningmeester SSBe), Peter Van Wambeke (bestuurslid RBSPRM, SSBe), Jan Van Zundert (Medisch diensthoofd multidisciplinair pijncentrum, ZOL, Genk), Dominique Verhulst (voorzitter van BSS)

Andere mogelijke belangen die kunnen leiden tot een potentieel of reëel belangenconflict: Martine Jeunehomme (eindwerken), Maurits van Tulder (Co-uitgever van de Cochrane Back and Neck Group)

Layout:

Joyce Grijseels, Ine Verhulst

**Disclaimer:**

- **De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>).**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

Publicatiedatum: 19 mei 2017  
Domein: Good Clinical Practice (GCP)  
MeSH: Low back pain, sciatica, practice guideline  
NLM classificatie: WE 755  
Taal: Nederlands  
Formaat: Adobe® PDF™ (A4)  
Wettelijk depot: D/2017/10.273/33  
ISSN: 2466-6432





Copyright:

De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties>.



Hoe refereren naar dit document?

Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, Depreitere B, Dewachter J, Dolphens M, Forget P, Fraselle V, Hans G, Hoste D, Mahieu G, Michielsen J, Nielens H, Orban T, Parlevliet T, Simons E, Tobbackx Y, Van Zundert J, Vanderstraeten J, Vanschaeybroeck P, Vlaeyen J, Jonckheer P. Klinische Richtlijn rond lage rugpijn en radiculaire pijn – Samenvatting. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 287As. D/2017/10.273/33.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.