

# NAAR EEN EVIDENCE-BASED BEHANDELING VAN LUMBO-ISCHIALGIE OVER DE LIJNEN HEEN

Tijdens de Wetenschappelijke Raad van 28 april 2016 werd gedurende de lezing 'Spine Unit 2.0' dieper ingegaan op de multidisciplinaire aanpak van lumbo-ischialgie, in het ZOL en over de lijnen heen. Sprekers waren dr. Jan Van Zundert (Anesthesiologie-MPC), dr. Rob van den Oever (directeur Gezondheidsbeleid CM), dr. Dieter Peuskens (Neurochirurgie), dr. Ann Van Goethem (Revalidatie) en dr. Pascal Van elderen (Anesthesiologie-Urgentiegeneeskunde-MPC).

## Historiek en huidige werking

In het ZOL werd in 2008 een evidence-based, ziekenhuisbreed protocol voor lumbo-ischialgie vastgelegd en een multidisciplinair overleg opgestart. Intussen is de werkgroep 'Limburgs Pijnprotocol', waar ook het ZOL deel van uitmaakt, gestart met de uitwerking van een provinciebreed draaiboek voor rugpijn en ischias. Naast incorporatie van evidence-based therapie voor specifieke problemen, is er ook aandacht voor de preventie en behandeling van specifieke ruglast. Hierin vervult de huisarts een cruciale rol.

Lage rugpijn is een zeer frequente aandoening waar 50 tot 80 procent van de bevolking wel eens mee te maken krijgt. Lage rugpijn is al verschillende jaren op rij de belangrijkste oorzaak van disfunctioneren volgens de Global Burden of Disease-index (The Lancet, december 2015) (fig.1). Dit is een gradatie van 301 pathologieën volgens het ongemak dat patiënten ervaren ten gevolge van dit medisch probleem. Het is de grootste oorzaak van arbeidsongeschiktheid in onze samenleving.

Lage rugpijn behelst een totale jaarlijkse kost hoger dan het budget gespendeerd aan kankerpijn, hartfalen en diabetes samen.

In tegenstelling tot wat vroeger werd geloofd, zal één derde van de patiënten na een plotse opstoot van rugpijn nog steeds

klachten ondervinden na 12 maanden. In veel gevallen gaan angst voor beweging en stemmingsproblematiek hand in hand met langdurige pijnsyndromen.

Opvallend genoeg stellen we vast dat bij slechts tien procent van de patiënten met chronische rugpijn een specifieke oorzaak wordt gevonden die ook kan worden aangepakt.

In de zoektocht van een patiënt naar oplossingen worden vaak verschillende specialisten geconsulteerd en uitgebreide onderzoeken uitgevoerd. De patiënt krijgt verschillende maar soms ook tegenstrijdige boodschappen, waarvoor een eenduidige aanpak nog belangrijker wordt.

## Management van lumbo-ischialgie

Bij onverwikkelde ischialgie en lumbalgie is analgesie per os, geruststelling en informatie via de eerstelijns de correcte opstart voor een behandeling. Langdurige arbeidsongeschiktheid is niet gewenst. Verder kan met oefeningen en conditietraining gestart worden, gezien dit de beste resultaten geeft.

Om chronificatie te voorkomen, dient een correcte medicatie opgestart te worden. Bij een acuut lumboradiculair syndroom zijn NSAID's de beste keuze, mits beperkt gebruik in tijd en dosis. Combineren met paracetamol (1g / dosis) in een eerste fase werkt additief. Toe-

voegen van codeïne en tramadol bij intensere pijnproblemen werkt synergetisch maar retard-preparaten zijn te verkiezen, gezien er hierbij minder middelenmisbruik optreedt.

Indien bijkomend een neuropathische pijncomponent in de problematiek betrokken is, kunnen antidepressiva (tricyclische antidepressiva of SNRI's) of anti-epileptica (gabapentine, pregabaline) geassocieerd worden. Associëren van opioïden in een vroeg stadium wordt afgeraden omdat dit langdurig gebruik bevordert, evenals een negatief verder verloop.

## Indicatie tot Medische Beeldvorming (MBV)

Technische onderzoeken dienen uitgevoerd worden in geval van 'red flags', een Cauda Equina syndroom en bij sensorimotorische uitval. (fig.3)

De dienst Neurochirurgie hoeft enkel ingeschakeld te worden bij specifieke indicaties. (fig. 4)

Bij complexere problemen kunnen patiënten verwezen worden naar de Spoedgevallendienst. Hier dient natuurlijk verder gekeken te worden dan naar spinale oorzaken van pijn. Atypische angor, aortadissectie, nefrolithiasis, retroperitoneale tumoren en pancreatitis behoren tot de differentieel diagnostische mogelijkheden.

Vorig jaar werden er 1023 patiënten met lage

Mean YLDs x1000	Mean rank (95% UI)	1990 leading causes	2013 leading causes	Mean rank (95% UI)	Mean YLDs (x1000)	Median percentage change
46068	1.3 (1-2)	1 Low back pain	1 Low back pain	1.0 (1-1)	72318	57% (53 to 61)
40079	2.0 (1-3)	2 Iron-deficiency anaemia	2 Major depression	2.1 (2-4)	51784	53% (49 to 59)
33711	2.8 (1-4)	3 Major depression	3 Iron-deficiency anaemia	3.6 (2-6)	36663	-9% (-10 to -7)
22294	4.7 (4-6)	4 Neck pain	4 Neck pain	4.3 (3-6)	34348	54% (49 to 60)
21633	5.1 (3-7)	5 Other hearing loss	5 Other hearing loss	5.3 (3-9)	32580	51% (45 to 55)
19805	5.8 (4-8)	6 Migraine	6 Migraine	6.6 (3-10)	28898	46% (41 to 50)
17180	6.9 (4-9)	7 Anxiety disorders	7 Diabetes	6.7 (5-9)	29518	136% (127 to 144)
15151	7.9 (6-10)	8 COPD	8 COPD	7.8 (4-10)	26131	72% (67 to 79)
12672	9.5 (7-12)	9 Other musculoskeletal	9 Anxiety disorders	8.5 (5-10)	24356	42% (36 to 47)
12533	9.5 (8-11)	10 Diabetes	10 Other musculoskeletal	9.2 (7-10)	22644	79% (75 to 83)

figuur 1

rugpijn verwezen naar de Spoedgevallendienst van het ZOL. Bij deze groep zijn er heel wat verschillende pathologieën aanwezig. (fig.2)

### Beleidsvisie vanwege de overheid

In België stijgt het aantal ingrepen en heringrepen aan de wervelzuil maar daarnaast ook het aantal neuromodulatie-ingrepen (fig. 5). Implantaten brengen een grote kost met zich mee maar ook de arbeidsongeschiktheid die hiermee gepaard gaat, vormt een enorme socio-economische kost.

De overheid overweegt een nieuwe, multidisciplinaire aanpak van wervelzuilpathologie met een uniform beleid, zowel naar diagnostiek als therapie. Tevens wenst men een database aan te maken voor de registratie van behandelingen en hun effect.

Hiervoor wil men nieuwe nomenclatuur in het leven roepen, mits de aanwezigheid van een organisatorische en functionele Spine Unit. Interne of externe deelname aan een multidisciplinair spinaal consult zal worden gehonoreerd. Tevens is er een apart honorarium voor een (monodisciplinair) intake-onderzoek voorzien.

### De SPINE UNIT

Om erkend te worden als Spine Unit type 1 moet er een bepaalde omkadering voorzien zijn.

Het team dient samengesteld te zijn uit een geneesheer-specialist Orthopedie of Neurochirurgie met een specifieke ervaring in wervelkolompathologie en een geneesheer-specialist Fysische Geneeskunde met een specifieke ervaring in wervelkolompathologie. Tot slot een geneesheer-specialist Anesthesiologie met een specifieke ervaring in de behandeling van pijn van spinale oorsprong.

Allen dienen minstens vier halve dagen in het ziekenhuis te werken en

meer dan 200 spine-patiënten per jaar zien. Voor de fysisch geneesheer betekent dit 300 intake raadplegingen van spine-patiënten per jaar.

Daarnaast vraagt men een paramedische omkadering met tenminste één kinesitherapeut met specifieke ervaring in de wervelkolompathologie en tenminste één klinisch psycholoog, beschikbaar voor de Spine Unit.

In de toekomst zal bovendien in de basisopleiding voor artsen en paramedici een extra opleiding voor wervelkolompathologie voorzien worden.

De Spine Unit moet geleid worden door een coördinator die voor de organisatorische regeling van het maandelijks spinaal overleg instaat. Hij of zij dient ook urgentieopvang te voorzien, een spinaal handboek op te stellen, toe te zien op het naleven van de normen en tot slot procedures voor het verwijzen naar andere instellingen te voorzien.

Volgende patiënten dienen besproken te worden:

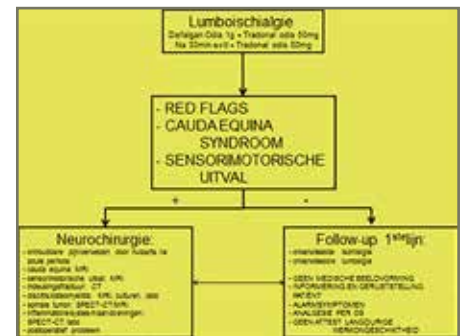
- patiënten met chronische niet-specifieke nekpijn of rugpijn waarvoor een chirurgische behandeling overwogen wordt;
- patiënten met chronische niet-specifieke rugpijn waarvoor na 6 maanden accurate conservatieve- en revalidatietherapie onvoldoende effect bekomen wordt;
- patiënten met chronische nekpijn/rugpijn met of zonder brachialgie/ischialgie voorafgaand aan een vierde therapeutische, interventionele pijnbehandeling binnen de 12 maanden;
- patiënten bij wie omwille van degeneratieve pathologie een lumbale fusie op meer dan 3 niveaus overwogen wordt;
- patiënten bij wie omwille van degeneratieve pathologie een tweede redo- ingreep op index niveau overwogen wordt;
- patiënten met radiculopathie die op invaliderende wijze langer dan 6 maanden blijft bestaan, ondanks niet-chirurgische therapie;
- Patiënten met 'gele vlaggen', i.e. indicatoren die wijzen op een verhoogd risico op een ongunstige prognose en bij wie een chirurgische behandeling overwogen wordt;
- patiënten voor wie neuromodulatie overwogen wordt.



figuur 2



figuur 3



figuur 4

Na de spine-raadpleging dient de aanwezige coördinator een verslag op te stellen met de volgende gegevens:

- een beschrijving van de diagnose;
- een voorgesteld behandlungsplan inclusief eventuele alternatieven;
- een beschrijving van de voorgestelde medische opvolging;
- een voorstel over de arbeidsongeschiktheid, indien geïndiceerd.

Het verslag wordt bezorgd aan de leden van de Spine Unit, de verwijzende arts, de huisarts, de adviserend geneesheer en wordt opgeslagen in het centraal medisch dossier.

Alle gegevens worden centraal geregistreerd in een daarvoor ontwikkeld programma. Op termijn dienen hier alle wervelkolompathologiebehandelingen (chirurgie, revalidatie, pijntherapie) in opgenomen te worden.

De Patient reported outcome-parameters worden vastgelegd en opgevolgd door de Spine Society of Belgium (SSBe) en de pijntherapeuten. Het pilootprogramma zal opgestart worden in tien centra.

Bedoeling is door een betere samenwerking van specialisten van Spine Units en Multidisciplinaire Pijncentra te komen tot betere behandelingsresultaten van spine-pathologie. Dit door in te zetten op uniformiteit, overleg, correcte indicatiestelling en outcome-metingen.

De overheid voorziet dat deze nieuwe structuur medio 2017 in werking zal treden.

## Evidence-based behandeling van lumbo-ischialgie over de lijnen heen

Een adequaat management van de lagerugpijn-patiënt is noodzakelijk om chronificatie te voorkomen. Eén arts zou casusmanager moeten zijn van het behandelingsprotocol van een patiënt. Het vroegtijdig herkennen van yellow flags (psychosociale stressoren), uniforme communicatie en het voorkomen van tijdverlies bij de aansturing van de behandeling, zijn hierbij de uitdaging.

In een prehospitaltraject coördineert de huisarts de diagnosestelling en therapie. Hierbij wordt gestreefd naar correcte informering

en re-integratie. Het aanleggen van een dossier conform het protocol en tijdsverloop maar ook een vlotte toegankelijkheid tot technische onderzoeken en specialistisch advies zijn noodzakelijk. Na drie tot vier weken ongecompliceerde lumboradiculaire pijn dient een herevaluatie te gebeuren door de huisarts.

Indien specialistische hulp gewenst is, moet er een vlotte en tijdige overgang mogelijk zijn. Het spinaal protocol moet door de betrokken specialisten aanvaard en toegepast worden.

In het kader van dit protocol is het (rekening houdend met de internationale erkende tijdslijn: zie fig. 6) absoluut noodzakelijk dat de patiënt met persistentende radiculare pijn binnen de 6 weken tot 3 maanden gezien wordt door de neurochirurg om een eventuele decompressie te overwegen en chronificatie te vermijden.

Bij specifieke rugpijn is een vroegtijdig multidisciplinair overleg gewenst. Als er geen zinvolle opties meer kunnen aangeboden worden, wordt de patiënt gezien op het spine-overleg voor een afrondingsfase en worden duidelijke behandelings- en/of revalidatiemogelijkheden voorgesteld. De huisarts en eventueel een psycholoog kan de patiënt ondersteunen bij de acceptatie van de voorstellen, samen met de eventuele consequenties naar maatschappelijk functioneren.

Dit concept werd uitgewerkt door de Limburgse Pijncentra. De conceptuele- en validatiefase is lopende en men hoopt op de implementatie ervan in het najaar van 2016.

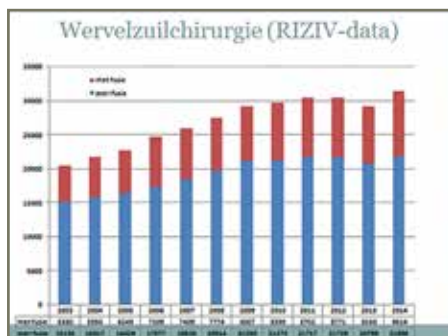
Hierbij wordt gestreefd naar:

- gerichte trainingen voor eerste- en tweedelijns, fysiotherapeuten
- protocol in handig formaat beschikbaar bv online/app (fig. 7)
- organisatie beschikbaarheid specialistisch advies/beeldvorming

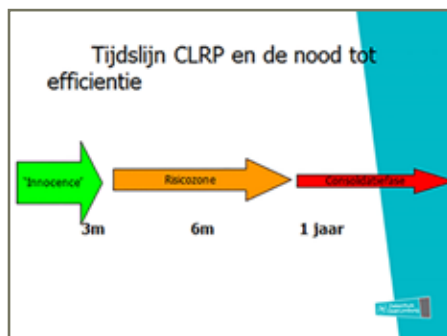
## Pijnrevalidatie: iedereen aan zet!

### Het biopsychosociaal model in de praktijk

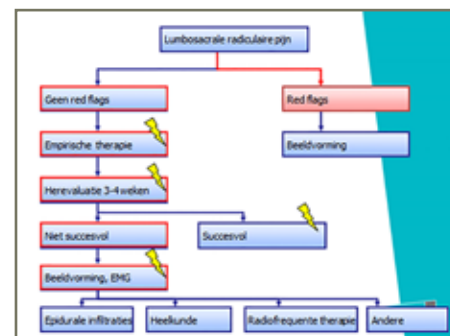
Binnen de revalidatie focust men op functionele handhaving of herstel, ondanks de aanhoudende pijn.



figuur 5



figuur 6



figuur 7

Revalidatie start tijdens het acute moment. Adequate pijnmedicatie, samen met geruststelling, pijneducatie, bewegingsadvies en advies met betrekking tot werkbehoud zijn de correcte start om het functioneel leven te handhaven.

Via communicatie, educatie en motivationele gesprekken krijgt de patiënt inzicht in zijn eigen omgaan (gedrag, denken, perceptie) met pijn. Deze gedeelde kennis kan leiden tot het opstarten van een persoonlijk actieplan (opbouwende activiteitenagenda, actief oefenprogramma/werk).

Bij vroege 'disuse' of verminderde lichamelijke activiteit, passieve coping, sociaal isolement en psychisch lijden is een multidisciplinair kader aangewezen. Op vraag van de patiënt en met patiëntgerichte doelen kan een functioneel pijnrevalidatietraject opgesteld worden in nauwe samenwerking met de eerste-, tweede- en derdelijn. Naast een fysiek traject geven cognitieve gedragstherapieën (bv. ACT-Exposure) bijkomende opties.

### Het Limburgs model

Sinds 2008 wordt er in het ZOL gewerkt aan een evidence-based aanpak van spinale problematiek. Zo werd er een ziekenhuisbreed protocol voor lumbo-ischialgie vastgelegd. In 2009 werd een multidisciplinair overleg opgestart in het kader van de Spine Unit.

Van overheidswege bestaat de vraag om spinale zorg protocolmatig te aan te pakken om zo de wildgroei aan invasieve procedures voor specifieke rugproblemen te beperken.

De werkgroep 'Limburgs Pijnprotocol' werkt een provinciebreed draaiboek uit voor rugpijn en ischias. Naast incorporatie van evidence-based therapie voor specifieke problemen, is er ook aandacht voor de preventie en behandeling van aspecifieke ruglast met kans op chronificatie. Hierin vervult de huisarts een cruciale rol.

Het protocol is in de interne validatiefase en zal in het najaar worden voorgesteld in samenwerking met de verschillende ziekenhuizen en huisartsenkringen:

### 2 Multidisciplinaire Centra voor Chronische Pijn (MCCP)

- Ziekenhuis Oost-Limburg - Genk
- Jessaziekenhuis - Hasselt

### 7 Multidisciplinaire Algologische Teams (MAT)

- Ziekenhuis Oost-Limburg - Genk
- Jessaziekenhuis - Hasselt
- AZ Vesalius - Tongeren
- Mariaziekenhuis Noord-Limburg - Overpelt
- St-Franciscusziekenhuis – Tongeren
- Ziekenhuis Maas en Kempen – Maaseik
- Regionaal Ziekenhuis St-Trudo – Sint-Truiden

### Limburgs Huisartsen Platform (LHP)

- koepel van 13 Limburgse Huisartsenkringen

Het protocol heeft als doel de patiëntenflow beter te stroomlijnen volgens de principes van het biopsychosociaal model in de eerste-, tweede- en derdelijn. Daarnaast het vermijden van medical shopping en het toepassen van evidence-based hande-

len op farmacologisch, multidisciplinair en interventieel vlak en wat betreft de revalidatie. Er wordt aandacht gegeven aan analgeticamisbruik en er wordt een pijnrevalidatieprogramma uitgebouwd.

Aan de huisartsen wordt gevraagd om bij verwijzing een volledige en correcte verwijsbrief mee te geven waarbij voorgeschiedenis, medicatiegebruik maar ook mogelijke stressoren (yellow flags) benoemd worden. Er werd met de huisartsen afgesproken dat zij de opvolging van de medicatievoorschriften op zich nemen om analgeticamisbruik te voorkomen. Ook arbeidsongeschiktheid wordt door de huisarts voorgeschreven, indien nodig in overleg met de arbeidsgeneesheer of verzekeringsarts.

Er wordt een leidraad uitgewerkt voor medicatiegebruik. Tevens worden er postinterventionele richtlijnen opgesteld zodat de huisarts na een behandeling in een pijncentrum weet wat hij of zij kan verwachten en problemen kan herkennen. Ook voor de kinesitherapeut in de eerste lijn wordt een advies voorzien.

In de toekomst zal dit worden gebundeld in een gemeenschappelijke website: Transmuraal Limburgs Pijnprotocol.

**Dr. Martine Puylaert**  
Anesthesioloog en pijnspecialist