

Van aanbeveling naar praktijk

Het lumbosacraal radiculair syndroom (LRS)

In december 2021 is de hernieuwde KNGF-richtlijn Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) gepubliceerd.¹ Een belangrijk verschil met de vorige KNGF-richtlijn Lage rugpijn, uit 2013,² is de toevoeging van het LRS. De richtlijn geeft aanbevelingen voor het fysiotherapeutisch diagnostisch en therapeutisch handelen bij patiënten met een LRS. In dit artikel wordt een aanzet gegeven de aanbevelingen concreter te vertalen naar de praktijk. Bovendien worden de aanbevelingen vergeleken met aanbevelingen uit andere relevante richtlijnen.



Tekst: Adri Apeldoorn, Hans van Helvoirt, Nynke Swart en Raymond Ostelo

Waarom de toevoeging van LRS?

Er lagen verschillende redenen ten grondslag aan het toevoegen van LRS aan de KNGF-richtlijn Lage rugpijn. Zo komen aanbevelingen voor het fysiotherapeutisch handelen bij patiënten met lage rugpijn en bij patiënten met een LRS met weinig of milde klachten in belangrijke mate overeen, is het LRS niet altijd goed te onderscheiden van lage rugpijn (met name bij weinig of milde klachten), bestonden er voor het LRS nog geen KNGF-richtlijnen en is de toevoeging in lijn met recente internationale richtlijnen van hoge methodologische kwaliteit.^{3,4} Onder LRS wordt verstaan: pijn in de bil en/of in het been uitstralende pijn, vergezeld van een of meerdere klachten of symptomen die suggestief zijn voor een aandoening van een specifieke lumbosacrale zenuwwortel, zoals prikkelingsverschijnselen (paresthesiën) en neurologische uitvalsverschijnselen (hypesthesie/hypalgesie, parese, verlaagde reflexen).^{1,5} Voor informatie over de epidemiologie, pathofysiologie, prognostische factoren voor aanhoudende klachten, symptomatologie, lichamelijk onderzoek en redenen om (terug) te verwijzen naar de huisarts verwijzen we naar de KNGF-richtlijn Lage rugpijn en LRS.¹

Indicatiestelling voor fysiotherapie bij LRS

In de KNGF-richtlijn komt de indicatiestelling voor fysiotherapie bij patiënten met een LRS overeen met die voor lage rugpijn en is deze als volgt beschreven:

Bepaal op basis van de anamnese en het lichamelijk onderzoek of er een indicatie is voor fysio- of oefentherapie.

Er is een indicatie om fysio- of oefentherapie te starten wanneer:

- een patiënt met lage rugpijn bij de fysio- of oefentherapeut komt met een hulpvraag die gerelateerd is aan beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of maatschappelijke participatie op basis van het bewegend functioneren, en
- de therapeut geen aanleiding ziet om (terug) te verwijzen naar de huisarts of de verwijzend specialist (oftewel afwezigheid van 'rode vlaggen').

De KNGF-richtlijn geldt dus niet voor patiënten met een LRS én kenmerken die wijzen op een mogelijke onderliggende ernstige pathologie, zoals koorts, urine-incontinentie, ernstige motorische uitval (MRC-score ≤ 3 uit 5), en/of ernstige pijn (NPRS ≥ 8).¹

Behandeling van het LRS

De KNGF-richtlijn adviseert bij de behandeling rekening te houden met de mate

van weefselreactiviteit. De mate van weefselreactiviteit reflecteert het vermogen van weefsel om fysieke prikkels te verwerken en is waarschijnlijk gerelateerd aan de fysieke toestand van de patiënt en de mate van ontstekingsactiviteit.⁶⁻⁸ De KNGF-richtlijn verdeelt de mate van weefselreactiviteit in drie niveaus (hoog, matig en laag) en sluit hiermee aan bij de richtlijn frozen shoulder van de American Physical Therapy Association.⁶ Voor het vaststellen van de mate van weefselreactiviteit is onderzoek naar de relatie tussen pijn en actieve en passieve bewegingen belangrijk. Ook diverse andere klinische bevindingen kunnen worden gebruikt bij de beoordeling van de mate van reactiviteit, zoals het pijnniveau, de mate van fysieke beperkingen, en de range of motion van de lumbale wervelkolom. De behandelvorm en de behandelintensiteit dienen vervolgens te worden afgestemd op de ernst van de weefselreactiviteit.^{1,6,7} Het bepalen van behandelinterventies op basis van de mate van weefselreactiviteit heeft de potentie om gericht en effectiever te kunnen behandelen.⁸

Richtlijnen van de medisch specialisten

De NHG-standaard Lumbosacraal radiculair syndroom (2015)⁹ adviseert naast pijnmedicatie een activerende benadering voor zover de klachten dit toelaten

(inclusief werk), eventueel onder begeleiding van een fysiotherapeut. De belasting dient aanvankelijk stapsgewijs uitgebreid te worden. Indien de klachten juist bij liggen duidelijk minder zijn, kan de patiënt bedrust houden. De periode met bedrust dient zo kort mogelijk gehouden te worden. In de meeste gevallen is het voldoende om bewegingen die de pijn provoceren of de rug belasten, tijdelijk te vermijden.

De indicatiestelling voor fysiotherapie volgens de NHG-Standaard en de KNGF-richtlijn komen niet geheel overeen. Volgens de NHG-Standaard dient behandeling door een fysiotherapeut alleen overwogen te worden indien 1) de patiënt naar inschatting van de arts een intensievere activerende begeleiding heeft, 2) de patiënt enigszins afgeremd moet worden bij het opvoeren van de fysieke activiteiten en 3) begeleiding nodig is ten aanzien van het bewegingspatroon in geval van een parese. Verwijzing naar een manueel therapeut voor behandeling met technieken als manipulatie en tractie wordt niet aanbevolen.

De richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom (LRS) van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (2020)⁵ voegt hieraan toe dat een fysio- of oefentherapeut de patiënt kan begeleiden gedurende de eerste maanden van een LRS, omdat in deze periode over het algemeen een conservatief beleid wordt gevoerd. In de eerste maanden ervaren patiënten

vaak onzekerheid ten aanzien van hun pijn en weten ze niet goed wat ze moeten doen om de pijn te verzachten.

Huidige evidentie van fysiotherapeutische behandelmethoden

Literatuuronderzoek naar randomised clinical trials (RCT's) van interventies die zijn onderzocht in de KNGF-richtlijn (educatie, oefentherapie, gedragsgeoriënteerde behandeling, mobilisaties, manipulaties, massage en elektrotherapie) voor patiënten met een LRS levert acht publicaties op.¹⁰⁻¹⁷ (Zie tabel 3 op www.kngf.nl/fysio-praxis voor een overzicht van deze RCT's.) Hierbij is gezocht in richtlijnen^{1,3,5,9} en een systematisch literatuuronderzoek¹⁸ en zijn alleen artikelen geselecteerd waarbij de interventies ten opzichte van elkaar zijn onderzocht, of ten opzichte van wachtlijst, placebo of geen behandeling. Bovendien diende meer dan 50% van de geïncludeerde patiënten gediagnosticeerd te zijn met een LRS.

In dit artikel is geen ruimte voor een uitgebreide bespreking van de acht RCT's, maar de bewijskracht (kwaliteit van bewijs) op verschillende uitkomstmaten voor specifieke interventies voor patiënten met een LRS is laag tot zeer laag. Voor meer informatie verwijzen we naar de KNGF-richtlijn Lage rugpijn en LRS¹ en de NICE-richtlijn.³

Mobilisaties en manipulaties

De KNGF-richtlijn en de NICE-richtlijn rapporteren beide een zeer lage bewijskracht

voor mobilisaties en manipulaties bij patiënten met een LRS. De werkgroep van de KNGF-richtlijn formuleerde vanwege deze grote onzekerheden een zwakke aanbeveling tegen het toepassen van mobilisaties en manipulaties bij patiënten met een LRS. Deze aanbeveling is niet alleen gebaseerd op de grote onzekerheid ten aanzien van de effectiviteit bij een LRS, maar ook op basis van de grote onzekerheid ten aanzien van mogelijke ernstige bijwerkingen, zoals forse pijntoe-namen en motorische uitval. In tegenstelling tot de KNGF-richtlijn geeft de NICE-richtlijn een zwakke aanbeveling vóór mobilisaties en manipulaties. De NICE-richtlijn adviseert deze interventies alleen toe te passen in combinatie met een oefenprogramma vanwege de zeer lage bewijskracht.³ Hoewel beide richtlijnen niet exact dezelfde inclusiecriteria hebben gehanteerd voor geschikte RCT's, zijn de 'overige overwegingen' waarschijnlijk de reden geweest voor het verschil tussen de aanbevelingen. Zo erkent de NICE-richtlijn dat mobilisaties en manipulaties ernstige bijwerkingen kunnen geven bij patiënten met een LRS, maar wordt hier minder de nadruk opgelegd, omdat de door hen geïncludeerde RCT's geen ernstige bijwerkingen lieten zien.

Vertaling van de aanbevelingen in de KNGF-richtlijn naar de praktijk

De KNGF-richtlijn heeft concrete aanbevelingen geformuleerd voor de

Tabel 1

Hoge weefselreactiviteit	Matige weefselreactiviteit	Lage weefselreactiviteit
• Veel pijn ($\geq 7/10$) • Nachtelijke pijn en/of pijn in rust • Zeer beperkte lumbale flexie ROM van 0 tot 30 graden • Pijn in de lumbale wervelkolom of het been binnen de maximale ROM van de LWK bij vooroverbuigen vanuit stand • Ochtendpijn of -stijfheid die langer duurt dan 60 minuten • Kortdurend lopen leidt niet tot pijnvermindering • Fysiek activiteitsniveau zeer ernstig beperkt ($\geq 60\%$ beperkt op functionaliteitsvragenlijsten)	• Middelmatige pijn (4-6/10) • Soms nachtelijke pijn en/of in rust • Voornamelijk pijn in de lumbale wervelkolom of het been in de eindstandige ROM van de LWK bij vooroverbuigen vanuit stand • Fysiek activiteitsniveau ernstig beperkt (40-60% beperkt op functionaliteitsvragenlijsten)	• Weinig pijn ($\leq 3/10$) • Geen nachtelijke pijn en geen pijn in rust • Enige (herkenbare) pijn in de lumbale wervelkolom of het been in de eindstandige ROM van de LWK bij vooroverbuigen vanuit stand • Fysiek activiteitsniveau matig beperkt (20-40% beperkt op functionaliteitsvragenlijsten)

Onderverdeling mate van weefselreactiviteit* bij patiënten met een lumbosacraal radiculair syndroom (LRS)

ROM: range of motion, LWK: lumbale wervelkolom

*De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de mate van weefselreactiviteit in hoog, matig en laag was voldoende (PABAK-OS 0,69 [95% BI = 0,59 tot 0,78]) bij 101 patiënten met schouderklachten en 24 beoordelaars.¹⁹

Tabel 2

Hoge weefselreactiviteit	Matige weefselreactiviteit	Lage weefselreactiviteit
Informeren, uitleggen, sturen, begeleiden • Informatie over LRS • Informatie over ongewenste toename van weefselreactiviteit (geen pijn toename bestaan tijdens en/of na de behandeling, ADL of duurtraining [evt. max. 15 min. indien de patiënt anders niets kan doen]) • Pijneducatie • Uitleg belasting-belastbaarheid • Uitleg herstelbelemmerende en herstelbevorderende factoren • Naar behoefte overdag rusten in een comfortabele lighouding om de mate van weefselreactiviteit te verminderen; de duur en frequentie van het liggen is afhankelijk van de pijnintensiteit en het effect van rusten Oefenen • Houdingsinstructie gericht op pijnreductie • Actieve ROM-oefeningen gericht op pijnreductie, belast (stand of zit) of onbelast (lig) • Niet intensieve duurtraining zoals wandelen, fietsen, zwemmen (1 uur per dag eventueel in kortdurende blokken van 10-15 minuten) • Ontspanningsoefeningen	Informeren, uitleggen, sturen, begeleiden • Informatie over LRS • Informatie over ongewenste toename van weefselreactiviteit (geringe pijn toename bestaan tijdens de behandeling, ADL of duurtraining tot maximaal 4 uur na de activiteit) • Pijneducatie • Uitleg belasting-belastbaarheid • Uitleg herstelbelemmerende en herstelbevorderende factoren • Naar behoefte overdag rusten in een comfortabele lighouding om de mate van weefselreactiviteit te verminderen; de duur en frequentie van het liggen is afhankelijk van de pijnintensiteit en het effect van rusten Oefenen • Houdingsinstructie gericht op pijnreductie • Graduele opbouw actieve ROM-oefeningen en normale motoriek belast (stand of zit) of onbelast (lig) • Duurtraining zoals wandelen, fietsen, zwemmen (minimaal 1 uur per dag aaneengesloten) • Ontspanningsoefeningen	Informeren, uitleggen, sturen, begeleiden • Informatie over LRS • Informatie over ongewenste toename van weefselreactiviteit (geringe pijn toename bestaan tijdens de behandeling, ADL of duurtraining tot maximaal 4 uur na de activiteit) • Pijneducatie • Uitleg belasting-belastbaarheid • Uitleg herstelbelemmerende en herstelbevorderende factoren Oefenen • Optimaliseren van de functie van de lumbale wervelkolom (kracht, mobiliteit [artrogeen, myofasciaal, neurogeen], en motorische controle • Graduele opbouw intensieve duurtraining (60-70% van de max. hartslag, minimaal 1 uur aaneengesloten 2-3x per week)
Wees alert op toenemende pijn of klachten gedurende de tijd (dagen/weken), zoals nachtelijke pijn en ochtendstijfheid		

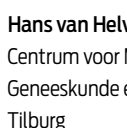
Overzicht fysiotherapeutische behandelstrategieën bij patiënten met een lumbosacraal radiculair syndroom (LRS)

LRS: lumbosacraal radiculair syndroom, ADL: activiteiten dagelijks leven, ROM: range of motion

behandeling van patiënten met een LRS. In twee tabellen hebben we getracht deze aanbevelingen concreter te vertalen naar de praktijk. Tabel 1 toont een praktische invulling voor de beoordeling van weefselreactiviteit en tabel 2 een overzicht van de behandelstrategieën die hieraan gekoppeld zijn. De inhoud van de tabellen borduurt voort op de KNGF-richtlijn en is bewerkt en aangevuld op basis van expert-opinie van de auteurs van deze bijdrage. Onderzoek naar de onderbouwing van de inhoud van tabel 1 en 2 wordt door ons aanbevolen. Uiteindelijk zal dit moeten leiden tot meer specifieke aanbevelingen voor de fysiotherapeut voor de behandeling van patiënten met een LRS.



Adri Apeldoorn, Noordwest
Ziekenhuisgroep, afdeling
Revalidatie, Alkmaar; Breederode
Hogeschool, master Manuele
Therapie, Rotterdam.



Hans van Helvoirt, Rugpoli Brabant,
Centrum voor Musculoskeletale
Geneeskunde en Anesthesiologie,
Tilburg



Nynke Swart, senior beleidsmede-
werker richtlijnontwikkeling KNGF,
Amersfoort



Raymond Ostelo, hoogleraar
Evidence Based Physiotherapie,
Department of Health Sciences
(Faculty of Science, VU) &
Department of Epidemiology and
Data Science (Amsterdam UMC, locatie VUmc) en
Amsterdam Movement Sciences research institute



a.t.apeldoorn@nwz.nl



Literatuur en tabel 3:
www.kngf.nl/fysiopraxis