

# Klinische richtlijn rond lage rugpijn en radiculaire pijn

A. DESOMER<sup>1, 3</sup>, P. VAN WAMBEKE<sup>2</sup>, P. JONCKHEER<sup>1</sup>

## Samenvatting

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) ontwikkelde een richtlijn over de aanpak van lage rugpijn en radiculaire pijn, van de eerste evaluatie tot de hervatting van de beroepsactiviteiten, met inbegrip van alle invasieve en niet-invasieve behandelingen.

De richtlijn is bedoeld voor klinici die betrokken zijn bij de aanpak van lage rugpijn (o.a. kinesitherapeuten, huisartsen, specialisten in fysische geneeskunde en revalidatie, anesthesioloog-algologen, orthopedische chirurgen, neurochirurgen, psychologen). Een recent gepubliceerde richtlijn van het Britse „National Institute for Health and Care Excellence” (NICE) werd grotendeels als uitgangspunt gebruikt en aangepast aan de Belgische context. Een algoritme moet de bruikbaarheid van de richtlijn bevorderen. In een aansluitend KCE-project wordt een klinisch zorgpad ontwikkeld voor de optimale aanpak van lage rugpijn in de Belgische context. Hierbij zal ook rekening worden gehouden met mogelijke barrières bij de implementatie van een dergelijk zorgpad.

## Inleiding

Afgelopen jaar kampte één Belg op vijf met lage rugpijn (1). Velen consulteren een zorgverlener om zo snel mogelijk van de klachten verlost te zijn. Door de combinatie van het vaak voorkomen van de klacht, het hoge gebruik van de gezondheidszorg en de maatschappelijke kost, vormt lage rugpijn een belangrijk probleem voor de volksgezondheid.

In 2006 reeds ontwikkelde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) (Kader 1) een eerste klinische praktijkrichtlijn over de aanpak van chronische lage rugpijn (2). Gezien de richtlijn intussen meer dan tien jaar oud is, besliste het KCE

tot een herziening ervan. De huidige richtlijn is breder dan de KCE-richtlijn uit 2006 en omvat de aanpak van zowel acute als chronische lage rug- en radiculaire pijn. Ze is bedoeld voor klinici 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 klinici. De bedoeling is dat de richtlijn bijdraagt tot een verbetering van de zorgkwaliteit en tot het vermijden van een blijvend verlies in functionaliteit van de patiënt.

In dit artikel wordt een samenvatting gegeven van de herziene richtlijn (3). De volgende interventies komen in de richtlijn aan bod: anamnese en klinisch onderzoek, gebruik van medische beeldvorming, risicostratificatie, self-management, begeleid oefenprogramma al dan niet aangevuld met manuele technieken of een psychologische benadering, multidisciplinair revalidatieprogramma, werkhervatting, farmacologische interventies, infiltraties, radiofrequente denervatie en chirurgie. Ook is er een ophijsting gemaakt van niet aanbevolen interventies en van interventies zonder duidelijke aanbeveling door het gebrek aan wetenschappelijk bewijs.

<sup>1</sup> Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), Brussel.

<sup>2</sup> Dienst fysische geneeskunde en revalidatie, UZ Leuven campus Gasthuisberg.

<sup>3</sup> Correspondentieadres: A. Desomer, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, Kruidtuinlaan 55, 1000 Brussel; e-mail: Anja.Desomer@kce.fgov.be

**Kader 1**

Wat is het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg?

Het KCE is een onafhankelijke onderzoeksinstelling met expertise in de organisatie en de financiering van de gezondheidszorg, in de evaluatie van medische technologieën en in de ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen. Het KCE voert objectieve wetenschappelijke studies uit, waarmee het de beleidsmakers ondersteunt bij het nemen van beslissingen in het domein van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering. Het KCE is niet betrokken bij de besluitvorming zelf, of bij de uitvoering ervan. Het wijst wel de weg naar de best mogelijke oplossingen, in een context van een optimaal toegankelijke gezondheidszorg van hoge kwaliteit, en rekening houdend met een toenemende vraag en budgettaire beperkingen.

De financiële middelen van het KCE zijn vooral afkomstig van federale overheidsdiensten (75% van het RIZIV en 25% van de FOD's Volksgezondheid en Sociale Zekerheid). Daarnaast wordt de deelname van het KCE aan Europese netwerken en onderzoeksprojecten gefinancierd met Europese subsidies.

## NICE-richtlijn als uitgangspunt

In november 2016 publiceerde het Britse „National Institute for Health and Care Excellence” (NICE) een herziene versie van zijn richtlijn over lage rugpijn met of zonder radiculare pijn (4). Het KCE gebruikte deze NICE-richtlijn grotendeels als uitgangspunt en paste hem aan de Belgische situatie aan met behulp van de zogenaamde ADAPTE-methodologie (5). Het GRADE-systeem (Kader 2) werd gebruikt om de bewijskracht van het wetenschappelijke bewijs te bepalen en vervolgens de sterkte van elke aanbeveling te definiëren. De KCE-onderzoekers werden hierbij ondersteund door een multidisciplinaire groep van 31 (klinische en methodologische) experts van de belangrijkste beroepsgroepen (de zogenaamde „Guideline Development Group” – GDG). Wanneer wetenschappelijke gegevens ontbraken (bv. geen enkele studie die een antwoord bood op de onderzoeksvraag) over een onderwerp dat de GDG als essentieel beschouwde, kon er een expertopinie worden geformuleerd, voor zover er binnen de GDG een consensus werd bereikt.

De volgende interventies komen niet aan bod in de NICE (en in de Belgische) richtlijn: orale methylprednisolon, andullatietherapie, schokgolven, osteopathie.

**Kader 2**

Wat is GRADE?

De GRADE-werkgroep („Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation”) is een internationale groep van zorgverleners, onderzoekers en richtlijnontwikkelaars. Ze ontwikkelden een systeem om de bewijskracht van wetenschappelijk bewijs na te gaan (in systematische reviews en richtlijnen) en vervolgens ook de sterkte van elke aanbeveling te bepalen (in richtlijnen).

Het GRADE-systeem onderscheid vier niveaus van bewijskracht: hoog, matig, laag en zeer laag. Het niveau van bewijskracht wordt voor elke individuele uitkomstmaat bepaald, en is o.a. afhankelijk van het studietype, de studiekwaliteit, de consistentie van de resultaten en de directheid van bewijs.

Voor het bepalen van de sterkte van een aanbeveling neemt het GRADE-systeem vier factoren in overweging: (1) de balans tussen gewenste en ongewenste effecten van een interventie (d.w.z. het netto klinische voordeel), (2) de voorkeuren en waarden van de patiënt, (3) de kwaliteit van het beschikbare bewijsmateriaal en (4) de geschatte kosten (toewijzing van middelen). Men klasseert een aanbeveling als sterk als de gewenste effecten van een interventie duidelijk opwegen tegen de ongewenste effecten, of de ongewenste effecten van een interventie duidelijk opwegen tegen de gewenste effecten. Een aanbeveling wordt als zwak gedefinieerd indien de gewenste effecten van een interventie waarschijnlijk opwegen tegen de ongewenste effecten, of de ongewenste effecten waarschijnlijk opwegen tegen de gewenste effecten.

Voor meer informatie, zie de website van GRADE (<http://www.gradeworkinggroup.org/>) en het KCE Process book (<http://process-book.kce.fgov.be/node/51>).

## Gehanteerde definities

De term „lage rugpijn” behoeft geen specifieke definitie, maar over de term „radiculare pijn” bestaat er controverse. In de huidige richtlijn wordt radiculare pijn gedefinieerd 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 pijncomponent (i.e. 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).

## Evaluatie van lage rugpijn en radiculare pijn

### Anamnese en klinisch onderzoek

Het belangrijkste doel van een anamnese en een klinisch onderzoek is het uitsluiten van onderliggende, ernstige aandoeningen bij lage rugpijn en radiculare pijn (tabel 2). Daarbij gaat men signalen en symptomen opsporen die gewoonlijk „rode vlaggen” worden genoemd (tabel 1). Een afzonderlijke rode vlag heeft onvoldoende 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.

### Risicostatificatie

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. Bij het identificeren van „risico”-patiënten 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 (Kader 3).

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. Dit vindt het beste plaats bij de tweede consultatie, ongeveer twee weken na het ontstaan van de pijnklachten.

De „STarT Back Risk Assessment Tool” en de „Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire short version” (ÖMPSQ) zijn twee voorbeelden van instrumenten die het risico op een blijvend verlies in functionaliteit kunnen voorspellen (6-8). Ze bevatten

elk ongeveer tien vragen en zijn gemakkelijk in de praktijk te gebruiken (zie Addendum).

De belangrijkste boodschap is dat patiënten met een laag risico op blijvend functioneel verlies enkel een eenvoudige aanpak nodig hebben, terwijl patiënten met een hoger risico behoefte hebben aan een meer complexe en multimodale benadering (tabel 2).

### Kader 3

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

- Ontreddering die niet beantwoordt aan de diagnosecriteria voor een mentale aandoening.
- Ongerustheid, angsten.
- Gedrag t.a.v. de pijn (met inbegrip van pijn copingstrategieën).
- 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 werkherleving 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.

TABEL 1

*Lijst van rode vlaggen, gegroepeerd per cluster (expertopinie).*

Dringend (onmiddellijk actie nodig)	
<i>Neurologische noodgevallen</i>	<i>Actie</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wijdverspreide (bv. aan de armen, hersenzenuwen of bilateraal) neurologische symptomen (piramidale tekenen, coördinatieproblemen, motorische of gevoelsstoornissen ...)</li> <li>– Progressieve neurologische symptomen</li> <li>– Zadelanesthesie/hypo-esthesie, urineretentie, fecale of urinaire incontinentie, geïsoleerde seksuele stoornissen (cauda-equinasyndroom)</li> <li>– Ernstig motorisch deficit (MRC score <math>\leq 3/5</math>)* &lt; 48 u</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consultatie rugchirurgie</li> </ul>
<i>Traumatische fractuur</i>	<i>Actie</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ernstige lage rugpijn na significant/hoge-energietrauma</li> <li>– Rugpijn na trauma met spondylitis ankylosans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CT – consultatie rugchirurgie indien positief</li> <li>CT (MRI) – consultatie rugchirurgie indien positief</li> </ul>
<i>Vasculaire problemen</i>	<i>Actie</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Echografie – consultatie vaatchirurgie</li> </ul>
Semidringend (binnen de 48 u actie nodig)	
<i>Pathologische fractuur</i>	<i>Actie</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lage rugpijn na mineur trauma of zelfs zonder notie van trauma met: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Voorgeschiedenis/risico van osteoporose</li> <li>– Chronisch corticoidengebruik</li> <li>– Pijn in de borstkas</li> <li>– Hogere leeftijd</li> <li>– Onverklaard gewichtsverlies, vermoeidheid</li> <li>– Voorgeschiedenis van kanker</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CT + eiwit elektroforese + consultatie rugchirurgie indien beeldvorming positief</li> </ul>
<i>Infectie</i>	<i>Actie</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Objectieve tekenen (bv. nachtzweeten, koorts, rillingen)</li> <li>– Intraveneus druggebruik</li> <li>– Immungecompromitteerde patiënt</li> <li>– Onverklaard gewichtsverlies</li> <li>– Gekende voorgaande of concurrente systemische infectie of risico op infectie</li> <li>– Recente chirurgische interventie</li> <li>– Urinaire of huidinfectie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MRI + labo (bv. leukocytentelling, CRP, sedimentatie)</li> <li>+</li> <li>consultatie rugchirurgie +</li> <li>consultatie internist/infectiespecialist</li> </ul>
Minder dringend	
<i>Tumor</i>	<i>Actie</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Recente klachten van rugpijn bij leeftijd &lt; 18 of &gt; 55</li> <li>– Voorgeschiedenis van kanker</li> <li>– Onverklaard gewichtsverlies, vermoeidheid</li> <li>– Ernstige nachtelijke pijn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MRI + consultatie oncologie/radiotherapie + consultatie rugchirurgie</li> </ul>
<i>Inflammatoire aandoening</i>	<i>Actie</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Constante progressieve niet-mechanische pijn</li> <li>– (rugpijn verbetert bij lichaamsbeweging, maar niet in rust)</li> <li>– Ernstige nachtelijke pijn</li> <li>– Ochtendstijfheid &gt; 30 min of nachtelijk ontwaken bij jongere patiënten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consultatie reumatologie</li> </ul>
<i>Varia</i>	<i>Actie</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Toenemende postoperatieve pijn</li> <li>– Onhoudbare en therapieresistente lage rugpijn (&gt; 6 weken)</li> <li>– Unilaterale piramidale signalen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MRI + Consultatie rugspecialist</li> </ul>

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

\*MRC: „Medical Research Council” schaal voor spierkracht.

TABEL 2

*Evaluatie van lage rugpijn en radriculaire pijn.*

Interventie	Aanbevelingen	Sterkte van aanbeveling	Niveau van bewijskracht
Anamnese en klinisch onderzoek	Hou altijd rekening met differentiële diagnoses bij het onderzoek van de patiënt met lage rugpijn of radriculaire 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-equinasyndroom.	Expertopinie	Niet van toepassing
Riscostratificatie	Overweeg een risicostratificatie (bv. met de STarT Back risk assement tool of de korte versie van de Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire) voor elke nieuwe episode van lage rugpijn met of zonder radriculaire 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 te beslissen over een plan van aanpak aangepast aan de risicofactoren.	Zwak	Laag tot zeer laag
	Overweeg op basis van de risicostratificatie: – Een eenvoudigere en minder intensieve begeleiding van patiënten met lage rugpijn met of zonder radriculaire 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. – Een meer complexe en intensieve begeleiding van patiënten met lage rugpijn (met of zonder radriculaire pijn) met een hoger risico op een slechte uitkomst. Dit omvat bv. begeleide oefenprogramma's met of zonder manuele technieken en een psychologische interventie zoals cognitieve gedragstherapie.	Zwak	Laag tot zeer laag
Beeldvorming	Bied, bij afwezigheid van rode vlaggen, niet routinematig medische beeldvorming aan bij personen met lage rugpijn met of zonder radriculaire 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.	Zwak	Laag tot zeer laag
	Leg aan personen met lage rugpijn met of zonder radriculaire pijn uit dat medische beeldvorming niet noodzakelijk is, ook al worden ze doorverwezen naar een specialist voor advies.	Expertopinie	Niet van toepassing

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

## Beeldvorming

Bij lage rugpijn en radriculaire pijn is de diagnose vaak onzeker. Het gebeurt dan ook vaak dat een arts een beroep doet op beeldvorming (röntgenfoto, MRI

of CT-scan) om zijn patiënt en zichzelf gerust te stellen. Bij afwezigheid van rode vlaggen 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. 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 (tabel 2).

### 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 natuurlijke verloop van zijn pijn, het aanmoedigen van self-management en hem aanraden 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, kan er een complexere interventie nodig zijn, met inbegrip van manuele technieken en/of psychologische ondersteuning. Wanneer voorgaande behandelingen niet werkzaam waren, kan een multidisciplinair revalidatieprogramma overwogen worden. Binnen de re-activatie van de patiënt, behoort de werkhervatting (of van de normale activiteiten) ook tot een van de therapeutische doelstellingen.

Bij het opstellen van een behandelplan zou rekening moeten worden gehouden met de specifieke noden, voorkeuren en capaciteiten van de patiënt. Een overzicht van de aanbevelingen is weergegeven in tabel 3.

### Farmacologische aanpak

Medicatie is niet altijd nodig bij lage rugpijn met of zonder radiculare pijn, ongeacht het risico op een ongunstige evolutie (tabel 4). Als medicatie vereist is, wordt de voorkeur gegeven aan niet-steroïdale

ontstekingsremmers (NSAID's) aan de laagst werkzame dosis gedurende een zo kort mogelijke periode en met opvolging van de risicofactoren, gevolgd door zwak-werkende opioïde analgetica, met of zonder paracetamol.

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). Spierrelaxantie worden niet aanbevolen bij lage rugpijn en radiculare pijn. Antidepressiva en anti-epileptica worden door NICE enkel voorgesteld als startbehandeling bij neuropathische pijn bij volwassenen. 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).

### Invasieve aanpak

Sommige invasieve technieken kunnen enkel worden overwogen onder duidelijke voorwaarden: epidurale injecties (bij radiculare pijn) en radiofrequente denervatie (bij chronische lage rugpijn met vermoeden van facetgewrichtspijn) (tabel 5). Voor patiënten met ernstige radiculare pijn, die niet reageren op een gepaste niet-invasieve aanpak en waarbij de bevindingen van beeldvorming overeenkomen met het huidige klinische beeld, kan **spinale decompressie** een optie zijn. Aangezien niet werd aangetoond dat **spinale fusie (artrodese)** een reëel voordeel biedt in vergelijking met andere behandelingen, maar wel degelijk risico's inhoudt, mag deze interventie enkel overwogen worden bij zeldzame subgroepen van patiënten (bv. met degeneratieve anterolisthesis met uitgesproken instabiliteit, ernstige degeneratieve afwijkingen) en onder strikte voorwaarden (zie aanbeveling).

### 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 (tabel 6). Deze interventies worden nutteloos of in sommige gevallen zelfs onveilig bevonden.

TABEL 3

*Niet-invasieve aanpak van lage rugpijn en radiculaire pijn.*

Interventie	Aanbevelingen	Sterkte van aanbeveling	Niveau van bewijskracht
Self-management	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 radiculaire 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 radiculaire pijn</li> <li>– Het hen aanmoedigen om de normale activiteiten voort te zetten, en zelfs om oefeningen te doen.</li> </ul>	Expertopinie	Matig tot zeer laag
Begeleid oefenprogramma	Overweeg een oefenprogramma (specifieke oefeningen of een combinatie van verschillende types) voor personen met lage rugpijn, met of zonder radiculaire pijn. Houd rekening met de specifieke behoeften, voorkeuren en mogelijkheden van elke patiënt bij de keuze van het type oefenprogramma.	Zwak	Matig tot laag
Manuele technieken	Overweeg manipulatie, mobilisatie of zachteweefseltechnieken voor de behandeling van lage rugpijn en/of radiculaire pijn, maar enkel als onderdeel van een multimodale behandeling met een begeleid oefenprogramma.	Zwak	Hoog tot zeer laag
Psychologische interventie	Overweeg een psychologische interventie* met cognitieve gedragstherapie, voor de behandeling van personen met lage rugpijn, met of zonder radiculaire pijn, maar enkel als onderdeel van een multimodale behandeling met een begeleid oefenprogramma.	Zwak	Matig tot zeer laag
Multidisciplinair revalidatieprogramma	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>– Wanneer er psychosociale belemmeringen voor herstel zijn,</li> <li>of</li> <li>– Wanneer voorafgaande evidence-based behandelingen niet werkzaam waren.</li> </ul>	Zwak	Matig tot zeer laag
Werkhervatting	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.	Expertopinie	Hoog tot zeer laag

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

### Interventies zonder duidelijke aanbeveling

Over een aantal interventies die werden bestudeerd door NICE, konden geen besluiten worden getrokken door een gebrek aan bewijs: topische NSAID's, posturale therapieën, alexandertechniek, acupunctuur, rugschool, facetgewrichtsinfiltraties voor facetgewrichtpijnsyndroom,

elektrofysiologische diagnostie technieken vóór spinale decompressie.

### Onderzoeksvoorstellen

De Belgische GDG formuleerde vier onderzoeksvragen die best via de opvolging van nieuwe klinische

TABEL 4

*Farmacologische aanpak van lage rugpijn en radiculare pijn.*

Interventie	Aanbevelingen	Sterkte van aanbeveling	Niveau van bewijskracht
NSAID's	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.	Zwak	Matig tot zeer laag
	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.*	Expertopinie	Niet van toepassing
	Geef de voorkeur, bij het voorschrijven van orale NSAID's, aan de laagst werkzame dosis gedurende een zo kort mogelijke periode.**	Expertopinie	Niet van toepassing
Opioiden	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.	Expertopinie	Niet van toepassing
	Bied niet routinematig opioïden aan voor de behandeling van personen met chronische lage rugpijn met of zonder radiculare pijn.	Zwak	Hoog tot zeer laag
Paracetamol	Bied niet routinematig paracetamol (als enige medicatie) aan voor de behandeling van lage rugpijn met of zonder radiculare pijn.	Zwak	Hoog tot zeer laag
Antidepressiva	Bied geen selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) aan voor de behandeling van personen met lage rugpijn met of zonder radiculare pijn.	Sterk	Matig tot zeer laag
	Bied niet routinematig tricyclische antidepressiva, of niet-selectieve serotonine-norepinefrine heropnameremmers (SNRI's) 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.	Zwak	Matig tot zeer laag
Anti-epileptica	Bied geen anti-epileptica aan voor de behandeling van personen met lage rugpijn met of zonder radiculare pijn bij afwezigheid van een neuropatische component.	Sterk	Matig tot 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.

studies of binnen het kader van een Belgische onderzoeksproject worden beantwoord:

- Wat is de klinische doeltreffendheid en de kosten-effectiviteit van lasertherapie bij de aanpak van lage rugpijn en radiculare pijn?
- Wat zijn de klinische doeltreffendheid en de kosteneffectiviteit van radiofrequente denervatie op lange

termijn bij chronische lage rugpijn met vermoeden van facetgewrichtspijn?

- Wat is de ideale duurtijd van een multidisciplinair revalidatieprogramma bij lage rugpijn met of zonder radiculare pijn?
- Bij welke patiëntsubgroepen zou artrodese kunnen worden aangeboden als een chirurgische optie, op



TABEL 5

*Invasieve aanpak van lage rugpijn en radiculaire pijn.*

Interventie	Aanbevelingen	Sterkte van aanbeveling	Niveau van bewijskracht
Epidurale infiltraties	Overweeg epidurale injecties van lokale anesthetica en steroïden* bij personen met (sub)acute (minstens 2-3 weken van pijn) en ernstige radiculaire pijn**.	Zwak	Matig tot zeer laag
Radiofrequente denervatie (RFD)	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 de structuren bezuwd 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.	Zwak	Matig tot zeer laag
	Voer enkel een radiofrequente denervatie uit bij personen met chronische lage rugpijn, na een positieve respons op een diagnostische mediale zenuwblokkade.	Expertopinie	Niet van toepassing
Spinale decompressie	Overweeg een chirurgische spinale decompressie bij personen met radiculaire 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 huidige klinische beeld.	Zwak	Laag tot zeer laag
Artrodese	Bied geen lumbale artrodese aan bij personen met lage rugpijn tenzij onder volgende voorwaarden: Na falen van een niet-chirurgische <i>evidence-based</i> multimodale behandeling en na een evaluatie via een multidisciplinaire consultatie en bij voorkeur met dataregistratie in een register.	Sterk	Laag tot zeer laag

\* In België worden sinds 1 november 2016 enkel nog de onder beeldvorming uitgevoerde radiculaire of transforaminale injecties terugbetaald, voor 1 zenuwwortel per sessie en met een maximum van 3 injecties per jaar.

\*\* Ernstige radiculaire 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.

\*\*\* In België wordt RFD enkel terugbetaald als ze onder beeldvorming wordt uitgevoerd, op minstens 3 (unilaterale) gewrichtsniveaus en met een maximum 3 keer per jaar.

basis van een analyse van het register van patiënten die een artrodese ondergingen?

### Samenvattend algoritme

Op basis van de aanbevelingen maakte het KCE een algoritme waarbij de gebruiker op eenvoudige wijze kan nagaan welke interventie het meest geschikt kan zijn voor zijn patiënt (fig. 1).

### Dankwoord

Deze richtlijn is enkel tot stand kunnen komen dankzij de medewerking van een multidisciplinaire groep van klinische en methodologische experts: Peter Van Wambeke (UZ Leuven, GDG president), 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

TABEL 6

*Niet-aanbevolen interventies voor de aanpak van lage rugpijn en radiculaire pijn.*

Interventie	Sterkte van aanbeveling	Niveau van bewijskracht
Gordels of korsetten	Sterk	Laag tot zeer laag
Steunzolen	Sterk	Matig tot zeer laag
'rocker sole' schoenen	Sterk	Matig tot zeer laag
(manuele) tractie	Sterk	Hoog tot zeer laag
Behandeling met ultrasound	Sterk	Laag tot zeer laag
Percutaneous electrical nerve stimulation (PENS)	Sterk	Matig tot zeer laag
Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)	Sterk	Laag tot zeer laag
Interferentiële therapie	Sterk	Hoog tot laag
Antibiotica	Sterk	Matig tot laag
Spijrelaxantia	Sterk	Matig tot zeer laag
Niet-epidurale spinale injecties	Sterk	Matig tot zeer laag
Vervanging van een tussenwervelschijf (discusprothese)	Sterk	Laag tot zeer laag

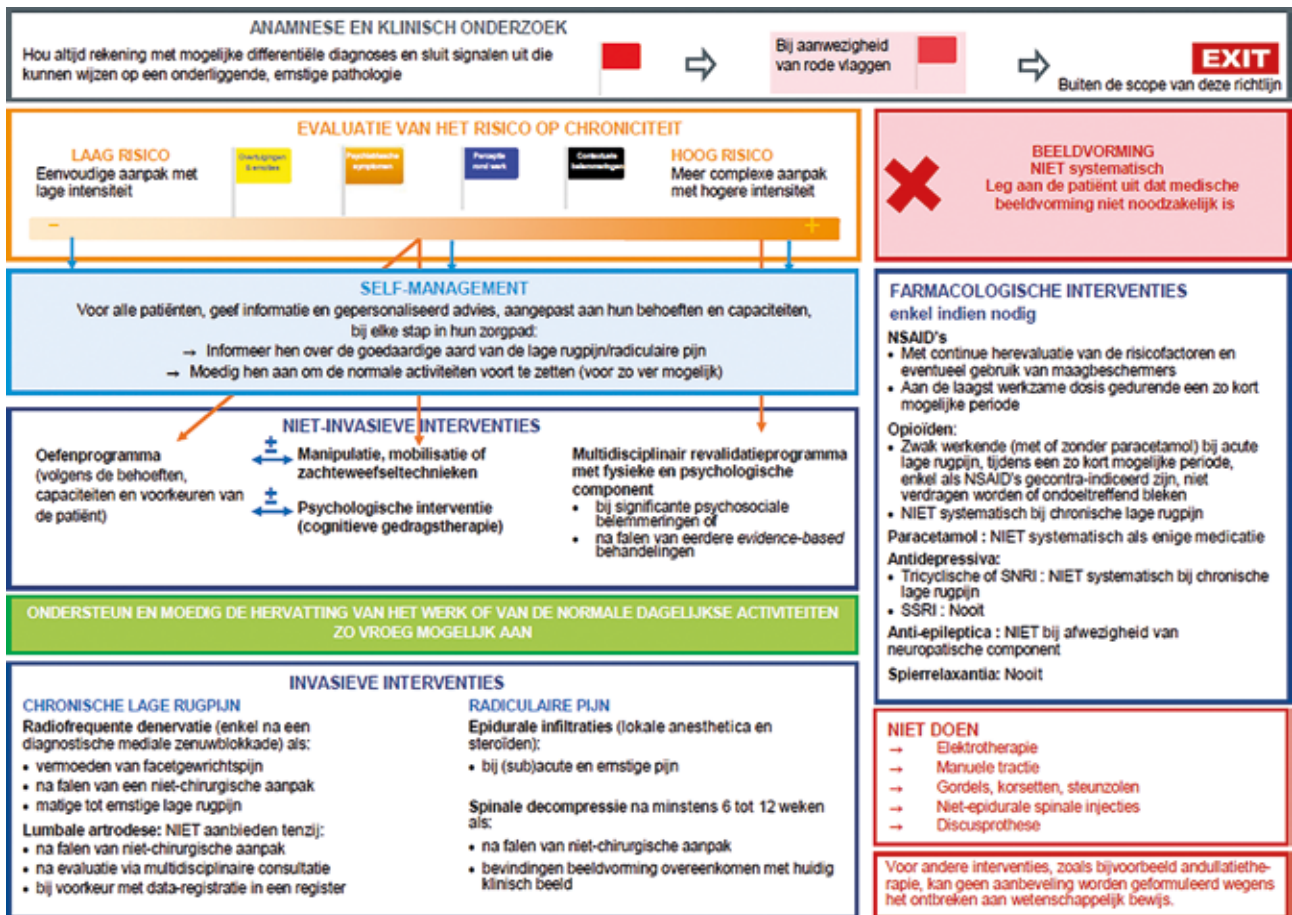


Fig. 1: Schematisch overzicht van de aanpak van lage rugpijn en radiculaire pijn.

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 Niels (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)

## Mededeling

De auteurs hebben geen belangenconflict te melden. De eventuele belangenconflicten van de GDG-leden, de externe exper-ten en de stakeholders zijn vermeld in het colofon van het KCE-rapport.

### Abstract

#### Clinical guideline on low back pain and radicular pain

The Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) developed a comprehensive guideline on the assessment and management of low back pain and radicular pain, from the first assessment to return to work, including all non-invasive and invasive treatments. The guideline is intended to be used by care providers involved in the management of patients with low back pain and/or radicular pain (e.g. physiotherapists, general practitioners, specialists in physical medicine and rehabilitation, anaesthesiologists-algologists (pain specialists), orthopaedic surgeons, neurosurgeons, psychologists and other clinicians involved in this topic). A recently published guideline of the British National Institute for Health and Care Excellence (NICE) was largely used as a starting

point and adapted to the Belgian context. An accompanying algorithm should facilitate the practicability of the guideline. In a second KCE project on low back pain, a clinical pathway will be developed on the optimal management of low back pain within the Belgian healthcare system. Moreover, the potential facilitators and barriers related to the implementation of such a pathway will be taken into account.

## Literatuur

1. VAN DER HEYDEN J. Maladies chroniques. In: Van der Heyden J CRé, editor. Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. Bruxelles: WIV-ISP, 2014.
2. NIELENS H, VAN ZUNDERT J, MAIRIAUX P, et al. Chronic low back pain. Good Clinical practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2006 17/01/2007. KCE Reports 48C. Beschikbaar via: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/d20061027371.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20061027371.pdf)
3. VAN WAMBEKE P, DESOMER A, AILLIET L, BERQUIN A, DEMOULIN C, DEPREITERE B, et al. Low back pain and radicular pain: evaluation and management. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017 05/2017. Beschikbaar via: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_287\\_Low\\_back\\_pain\\_Report\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_287_Low_back_pain_Report_0.pdf)
4. NICE. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. National Institute for Health and Care Excellence; 2016. NG 59 Beschikbaar via: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG59>
5. THE ADAPTE COLLABORATION. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. 2009. Beschikbaar via: <http://www.g-i-n.net>.
6. HILL J, WHITEHURST D, LEWIS M, BRYAN S, DUNN K, FOSTER N. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet* 2011; 378: 1560-1571.
7. KEEL UNIVERSITY. STarT Back [Web page]. 2017. Beschikbaar via: <https://www.keele.ac.uk/sbst/>
8. MAHER CG, GROTTLE M. Evaluation of the predictive validity of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Clinical Journal of Pain* 2009; 25: 666-670.

## ADDENDUM

## 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 0	Eens 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:

- Het instrument is niet bedoeld om een bepaald product aan te bevelen. Voor meer informatie, zie <http://www.keele.ac.uk/sbst/>
- 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.gov.be](mailto:info@kce.gov.be) voor verdere informatie.

## The Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire – Korte versie

Naam:

Datum:

Deze vragen hebben betrekking op u als u pijn in de rug, schouder of nek heeft. Gelieve elke vraag zorgvuldig te lezen en te beantwoorden. Wacht niet te lang om vragen te beantwoorden. Het is belangrijk dat u elke vraag beantwoordt. Wat uw situatie ook is, er is altijd een mogelijk om te antwoorden.

**1. Hoe lang hebt u inmiddels last van uw huidige klacht ?**

- 0-1 week       2-3 weken       4-5 weken       6-7 weken       8-9 weken  
 10-11 weken       12-23 weken       24-35 weken       36-52 weken       > 52 weken

**2. Hoe zou u de pijn beoordelen die u de afgelopen week hebt gehad? Omcirkel een cijfer**

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
 Geen pijn      Ergst denkbare pijn

**3. Hoeveel last hebt u de afgelopen week gehad van sombere gevoelens? Omcirkel een cijfer**

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
 Helemaal niet      Zeer vaak

**4. Hoe gespannen of angstig heeft u zich de afgelopen week gevoeld? Omcirkel een cijfer.**

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
 Heel kalm en ontspannen      Heel gespannen en angstig

**5. Hoe groot is volgens u het risico dat uw huidige pijn blijft bestaan? Omcirkel een cijfer**

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
 Geen risico      Erg groot risico

**6. Hoe groot is volgens u de kans dat u binnen 6 maanden weer aan het werk bent?****Omcirkel een cijfer**

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
 Geen kans      Erg grote kans

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.*