

Zakkaartje - Lage Rugpijn

Conform NHG-Standaard Aspecifieke lage rugpijn & LRS

Anamnese	Lichamelijk onderzoek																
<p>Klachten in kaart brengen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Begin, duur en beloop van de pijn • Lokalisatie: rug alleen of uitstraling naar bil/been? • Karakter: scherp/brandend (radiculaire) vs. dof/zeurend (aspecifiek) • Invloed van houding, beweging, hoesten/niezen • Pijn bij liggen: verbeterd of verslechtert? • Nachtpijn (onafhankelijk van houding = rode vlag) <p>Uitval & neurologische symptomen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krachtverlies in been/voet? • Gevoelstoornissen (tintelingen, dove plekken)? • Rijbroekanesthesie? (gevoel in kruis/binnenkant dijen) • Mictiestoornissen: incontinentie of retentie? <p>Rode vlaggen: altijd uitvragen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cauda equina: rijbroek + mictie/defecatie stoornis • Maligniteit: VG, gewichtsverlies, malaise • Fractuur: trauma, corticosteroiden, osteoporose • Infectie: koorts, recente rugoperatie, iv drugsgebruik <p>Gele vlaggen: psychosociaal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Catastroferen, bewegingsangst • Werk- of leefomstandigheden belastend? • Eerdere episodes en herstelbeloop <p>Voorgeschiedenis & medicatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eerdere LRS of rugoperaties? Antistolling, corticosteroiden • Maligniteit? 	<p>Algemene inspectie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Houding, looppatroon, klapvoet? • Maximale vinger-vloerafstand bij vooroverbuigen • 25 cm = beperkte anteflexie, LRS waarschijnlijker. Links met rechts vergelijken. <p>Neurologisch onderzoek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spierkracht: extensie grote teen + knie, op hakken/tenen lopen • Reflexen: kniepeesreflex (L4), achillespeesreflex (S1) • Let altijd op links-rechtsverschillen • Sensibiliteit dermatomen (zie tabel) <p>Dermatoom tabel</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Niveau</th> <th>Pijn / sensibiliteit</th> <th>Parese</th> <th>Reflex</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>L4</td> <td>Voorzijde knie, onderbeen mediaal</td> <td>Knie strekken</td> <td>KPR verlaagd</td> </tr> <tr> <td>L5</td> <td>Onderbeen lateraal, voetrug, grote teen</td> <td>Hakken lopen, teen optillen</td> <td>Geen</td> </tr> <tr> <td>S1</td> <td>Kuit, buitenkant voet, kleine teen</td> <td>Tenen lopen</td> <td>APR verlaagd</td> </tr> </tbody> </table> <p>Provocatietesten (bij uitstraling)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lasègue: Been strekken rugligging < 60–70° → pijn tot onder knie = positief. Hoge sensitiviteit: negatief maakt LRS minder waarschijnlijk • Gekruiste Lasègue: Contralateraal been heffen → pijn aangedane been. Hoge specificiteit: positief = LRS waarschijnlijk • Omgekeerde Lasègue: Buikligging, been buigen → uitstraling. Zinvol bij hoog-lumbale hernia (L1–L4) • Anaalreflex: Prikken naast anus → contractie? Afwezig = verdacht cauda equina 	Niveau	Pijn / sensibiliteit	Parese	Reflex	L4	Voorzijde knie, onderbeen mediaal	Knie strekken	KPR verlaagd	L5	Onderbeen lateraal, voetrug, grote teen	Hakken lopen, teen optillen	Geen	S1	Kuit, buitenkant voet, kleine teen	Tenen lopen	APR verlaagd
Niveau	Pijn / sensibiliteit	Parese	Reflex														
L4	Voorzijde knie, onderbeen mediaal	Knie strekken	KPR verlaagd														
L5	Onderbeen lateraal, voetrug, grote teen	Hakken lopen, teen optillen	Geen														
S1	Kuit, buitenkant voet, kleine teen	Tenen lopen	APR verlaagd														

Aanvullend onderzoek & beeldvorming	Beleid & Adviezen
<p>Geen beeldvorming bij:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspecifieke lage rugpijn zonder rode vlaggen • LRS met klachtenduur < 6–8 weken (afwachten spontaan herstel) • Röntgenfoto heeft GEEN waarde: tussenwervelschijven niet zichtbaar • MRI toont bij gezonde mensen al in 20–76% hernia's (toevalsbevindingen!) • Beeldvorming leidt niet tot sneller herstel • Risico: onnodige ongerustheid en medicalisering <p>Bloedonderzoek: NIET standaard</p> <ul style="list-style-type: none"> • BSE / CRP: lage sensitiviteit, sluiten maligniteit onvoldoende uit • Alleen overwegen bij sterk vermoeden infectie of maligniteit <p>WEL verwijzen naar neuroloog bij:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spoed (direct): vermoeden cauda-equinasyndroom • Spoed/zelfde dag: ernstige/progressieve parese, maligniteit in VG • Binnen enkele dagen: hevige pijn ondanks adequate medicatie • Na 6 - 8 weken: onvoldoende verbetering + overweging operatie • Overweeg: diagnostische onzekerheid over oorzaak LRS' <p>Indicaties beeldvorming (via neuroloog):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermoeden ernstige oorzaak (infectie, maligniteit, fractuur) • Cauda-equina syndroom (spoed-MRI) • Overweging operatieve behandeling • Voorkeur: MRI. CT als alternatief bij contra-indicatie/claustrofobie 	<p>Voortichting</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leg uit: aspecifieke rugpijn/LRS heeft doorgaans gunstig beloop • 75% van LRS-patiënten herstelt binnen 3 maanden spontaan • Beeldvorming niet nodig: leg uit waarom • Restverschijnselen (parese, gevoelsstoornis) kunnen langer aanhouden • Geef uitleg over aanwijzingen voor ernstig beloop (zie rode vlaggen) <p>Bewegen & activiteit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adviseer: gedoseerd actief blijven, dagelijkse activiteiten voortzetten • Bedrust mag korte tijd bij hevige pijn, maar draagt NIET bij aan sneller herstel • Activiteiten stapsgewijs uitbreiden op geleide van pijn • Verwijs NIET routinematig naar fysiotherapeut • Overweeg fysiotherapie bij: bewegingsangst, bewegingsarmoede of parese • Geen manipulatie/tractie aanbevelen <p>Pijnmedicatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stap 1: Paracetamol 4dd 1000 mg (op vaste tijden) • Stap 2: NSAID (bijv. ibuprofen/diclofenac) + maagbescherming • Stap 3: Zwakwerkende opiaten (tramadol) + paracetamol • Stap 4: Sterkwerkende opiaten (morphine) – snel ophogen bij hevige pijn • Geen benzodiazepinen (niet effectief bewezen, verslavingsrisico) • Geen epidurale injecties vanuit 1e lijn verwijzen • Bij chronisch: overweeg neuropathische pijnmedicatie (off-label) <p>Controletermijn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hevige pijn/geringe parese: dagelijks de eerste dagen • Overige patiënten: na 2–4 dagen, daarna 1x per 2 weken • Na 6–8 weken: bespreek operatieve interventie vs. conservatief • Na 12 weken: operatie en conservatief zijn gelijkwaardig • Patiënt instrueren: direct contact bij: <ul style="list-style-type: none"> • Doof gevoel in rijbroekgebied • Verlies van urine of ontlasting / niet kunnen plassen • Toenemend spierkrachtverlies in benen