

Lumbosacraal Radiculair Syndroom

Regionale Transmurale Afspraak Zuidoost Brabant

Doelstelling

Afstemming beleid rond diagnostiek, behandeling, verwijzing en eenduidige communicatie bij patiënten met (de verdenking op) een Lumbosacraal Radiculair Syndroom (LRS) tussen huisarts, fysiotherapeut/ oefentherapeut, neuroloog, pijnspecialist en radioloog.

Onderscheid kunnen maken tussen LRS-patiënten die snel gezien en snel adequaat behandeld kunnen worden (waarbij de focus ligt op heftige / moeilijk te couperen pijnklachten) versus patiënten met een (pseudo) radiculair syndroom die conservatief behandeld kunnen worden.

Definitie

Lumbosacraal Radiculair Syndroom (LRS): radiculaire pijn in één been, al dan niet met andere prikkelingsverschijnselen en neurologische uitvalsverschijnselen van de aangedane lumbosacrale zenuwwortel(s). LRS gaat vaak gepaard met lage rugpijn, maar beenklachten staan op de voorgrond. Typisch voor radiculaire pijn is uitstraling in één been, scherp van karakter, gelokaliseerd in het verzorgingsgebied van betreffende zenuwwortel ('dermatomaal patroon'). De oorzaak van LRS is irritatie van / of compressie op de zenuwwortel, door een discushernia of degeneratieve afwijking zoals een foramen- of kanaalstenose.

Cauda-equinasyndroom: (uni- of bilaterale) motorische of sensibele uitval rijbroekanesthesie, al dan niet in combinatie met hevige radiculaire pijn, urineretentie, incontinentie voor urine en/of feces als gevolg van compressie van meerdere sacrale zenuwwortels.

Ernstige parese: beweging die geen weerstand overwint.

Anamnese en onderzoek

Patiënten met de verdenking op een (pseudo) LRS kunnen op 2 manieren het zorgsysteem binnenkomen:

1. Huisarts

- Anamnese, lichamelijk onderzoek en in kaart brengen van herstelbelemmerende factoren volgens NHG-Standaard.
- Bij vermoeden van een LRS, wordt het aanvragen van beeldvormende diagnostiek (MRI) door de huisarts afgeraden.

NB. Bij een acuut LRS is er, na telefonisch overleg met de neuroloog, een snelle toegang tot de HNP straat waarin beeldvorming (MRI) en pijnbehandeling zit

NB. Let op alarmsymptomen (een doof gevoel in het rijbroekgebied, ongewild verlies van urine of ontlasting of juist niet kunnen plassen en/of toenemend verlies van spierkracht in de benen) kunnen wijzen op andere ernstige aandoeningen.

2. Fysiotherapeut:

- Onderzoek naar LRS versus pseudo LRS (differentiaal diagnostiek); bij een vermoeden van LRS schakelt de fysiotherapeut de huisarts in om gezamenlijk een (medicamenteus) beleid in te stellen en/of bij twijfel over ernst/beloop te verwijzen naar neuroloog.

- Onderzoek van ADL-vaardigheden.
- In kaart brengen van herstelbelemmerende factoren bij patiënt (langere duur van klachten en eerdere episoden met rug-beenpijn, onzekerheid, (beweging)angst, stressoren, depressies, catastroferende gedachten, ziekte-inzicht, coping-strategieën).
- Vaststellen mobilisatiedoelen (ADL-vaardigheden).

Bij overdracht naar de huisarts, draagt de fysiotherapeut over:

- Conclusie en reden van terugverwijzing
- Klachtenbeeld verkregen uit anamnese en lichamelijk onderzoek (ernst, duur, mate van sensor- en motoruitval, wortelrekkingsproeven)
- Verwachting over beloop/reactie op de begeleiding en voorlichting en beïnvloedende belemmerende factoren voor herstel

Beleid

Voorlichting over:

- Ontstaan, beloop en prognose + bepleiten dat een operatie niet zinvol is
- Beweegmogelijkheden: zoveel mogelijk in beweging blijven, maar voorzichtigheid bij houding en bewegingen die tot extreme pijnklachten leiden.

Overweeg verwijzing naar (gespecialiseerd) oefen- of fysiotherapeut indien:

- Patiënt intensievere activerende begeleiding nodig lijkt te hebben.
- Kans op ongunstige prognose (aanwezigheid van herstelbelemmerende factoren)
- Twijfel over LRS (pseudo-radicair, differentiaal diagnostiek bij rug-beenklachten)
- Bij opbouw en hervatten van oude (sport) activiteiten.

Medicatie: Geef adequate pijnstilling conform het stappenplan in de FTR Medicamenteuze pijnbestrijding. Overweeg bij hevige pijn en/of contra-indicaties voor NSAID's direct te starten met **zwakwerkende opiaten**, in combinatie met paracetamol en NSAID's (tenzij gecontra-indiceerd).

NB. Indien patiënt onvoldoende reageert op adequate pijnstilling, chronische pijn heeft, bijwerkingen heeft van de pijnbestrijding en/of contra-indicaties heeft voor pijnstilling, is een verwijzing naar de neuroloog geïndiceerd.

Controle door huisarts:

- Controleren pijnmedicatie
- Controleren mobiliteit en alarmsymptomen
- Adviseren de bedrijfsarts te betrekken

Rol van de fysiotherapeut / oefentherapeut

De fysiotherapeut / oefentherapeut is bij uitstek in staat om patiënt te begeleiden bij, gerust te stellen en voorlichting te geven over:

- Leren op een natuurlijke manier te blijven / gaan bewegen;
- Mobiliteit te vergroten
- Ondervangen en beïnvloeden van herstelbelemmerende factoren
- Geleidelijk opbouwen van de belasting.
- Begeleiding bij verbetering ADL-vaardigheden.
- Psychosociale begeleiding als conservatief beleid niet werkt

- Advies en voorbereiding op hervatting werk en/of sportactiviteiten.

Het wordt afgeraden behandelingen met geringe wetenschappelijke evidentie solitair toe te passen zoals;

- Dry-Needling
- Massagetherapie
- Manipulaties op het aangedane niveau
- Tractietechnieken
- Acupunctuur

Verwijzen

Bij verwijzing naar de 2^e lijn, draagt de huisarts over:

- Aard en de duur van de klachten
- De effecten van de reeds ingezette interventie; pijnmedicatie en fysiotherapie / oefentherapie
- Welk type - en dosering pijnmedicatie is voorgeschreven
- Herstelbelemmerende factoren zoals (beweging)angst, depressie etc.

Er zijn verschillende manieren om een patiënt met (een verdenking) LRS en afhankelijk van de klachten, te verwijzen naar de 2^e lijn:

Regulier verwijzen

- Wanneer de (heftige) pijnklachten reeds langere tijd bestaan.
- Wanneer de diagnose LRS onzeker is.
- Indien (conservatief) beleid van huisarts en fysiotherapeut / oefentherapeut niet resulteert in verwachte verbetering.

Combinatieafpraak LRS (= herniastraat):

- Verwijs naar een neuroloog indien er een ernstige klinische verdenking is op LRS en wordt verwacht dat patiënt baat heeft bij een pijn-interventie. Indien geïndiceerd wordt patiënt zo snel als mogelijk gezien door de pijnspecialist en krijgt patiënt pijnbehandeling.
- Verwijs naar een neuroloog voor het vaststellen van een operatie indicatie.

NB Indien er sprake is van een recidief LRS na operatie, patiënt regulier insturen en niet via de combinatieafpraak / herniastraat, omdat er dan een MRI met contrastvloeistof is geïndiceerd.

Semi-spoed (telefonisch) te overleggen met de neuroloog:

- Verdenking andere pathologie (o.a. fractuur, wervelmetastasen);
- Onhanteerbare thuissituatie, gecombineerd met hevige (invaliderende) pijnklachten
- Geen of onvoldoende reactie op pijnmedicatie of contra-indicaties voor pijnbestrijding;
- Patiënten met een recidief en hevige pijnklachten

Spoed (telefonisch) te overleggen met de neuroloog:

- Vermoeden van een cauda-equinasyndroom;
- Acuut ontstane ernstige parese of in de loop van enkele dagen progressieve parese.
- Oncologische voorgeschiedenis

Recidief

- Na natuurlijk beloop: regulier verwijzen naar de neuroloog

- Meer dan drie maanden na operatie: regulier verwijzen naar neuroloog, omdat dan een MRI met contrastvloeistof is geïndiceerd

Behandeling in de tweede lijn

Voorlichting over:

- Ontstaan, beloop en prognose + bepleiten dat een operatie niet zinvol is
- Beweegmogelijkheden: zoveel mogelijk in beweging blijven, maar voorzichtigheid bij houding en bewegingen die tot extreme pijnklachten leiden.

Consult neuroloog + een MRI wordt verricht om

- De indicatie voor pijnbehandeling te ondersteunen. Indien een interventie door de pijnspecialist middels sleeve injecties is geïndiceerd, vindt de beoordeling door pijnspecialist en pijn-interventie zo snel als mogelijk plaats
- De indicatie voor een operatieve ingreep te ondersteunen indien (pijn)behandeling niet effectief is; patiënt wordt doorverwezen naar een neurochirurg

Terugverwijzing

De neuroloog verwijst naar terug huisarts en/of fysiotherapeut dan wel oefentherapeut:

- Bij een gunstig conservatief beloop
- Na interventie op de pijnpoli
- Na operatie
- Bij verdenking van andere oorzaken van rug-beenklachten (pseudoradiculair, differentiaal diagnostiek)

Verantwoording

Namens (kader)huisartsen:

Ad de Boer
Bas Bakx

Namens regionale neurologen:

Monique Hanse, Catharina-ziekenhuis
Paul Lensen, Elkerliek ziekenhuis
Cees Zwanikken, Maxima Medisch Centrum

Namens fysiotherapeuten:

Daan Bertrams
Stijn Willems

Namens regionale radiologen:

Namens de regionale pijnspecialisten:

Jurgen Koster, Catharina ziekenhuis
Toine Lim, Máxima Medisch Centrum

Namens de transmurale organisaties HaCa, Quartz, TransMáx en THEMA

Mariëtte Oostindiër, coördinator TransMáx.

Voor deze samenwerkingsafspraken is uitgegaan van de Landelijke richtlijnen (CBO, NHG-standaard).

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze tekst mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TransMáx © 2018 TransMáx