

Lumbosacraal Radiculair Syndroom

Regionale Transmurale Afspraak Zuidoost Brabant

Doelstelling

Afstemming beleid rond diagnostiek, behandeling en verwijzing bij patiënten met een Lumbosacraal Radiculair Syndroom (LRS) tussen huisarts, fysiotherapeut en neuroloog.

Definitie

Lumbosacraal radiculair syndroom (LRS): radicaire pijn in één been, al dan niet met andere prikkelingsverschijnselen en neurologische uitvalsverschijnselen van de aangedane lumbosacrale zenuwwortel(s). LRS gaat vaak gepaard met lagerugpijn, maar beenklachten staan op de voorgrond. Typerend voor radicaire pijn is uitstraling in één been, meestal tot in het onderbeen, scherp van karakter, gelokaliseerd in het verzorgingsgebied van betreffende zenuwwortel ('dermatomaal patroon'). De oorzaak van LRS is irritatie van of compressie op de zenuwwortel, meestal door een discushernia.

Uitgangspunten

- Deze RTA is bestemd voor de uitvoering van het conservatieve beleid door huisartsen en fysiotherapeuten gedurende de eerste 6-8 weken bij patiënten met het LRS en zo nodig, aansluitend het verkorte traject in het ziekenhuis.
- De RTA sluit aan bij de NHG standaard LRS (2005) en de CBO multidisciplinaire richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom (2008). Op het punt van de pijnbestrijding staat de RTA een actiever beleid voor dan de NHG standaard.
- Klinisch onderzoek door huisarts is toereikend om het beleid te bepalen.
- Bij een vermoeden van LRS schakelt de fysiotherapeut altijd de huisarts in vanwege medicamenteuze pijnbestrijding.
- Patiënten kunnen al langere tijd klachten hebben, maar de huisarts of fysiotherapeut niet hebben geraadpleegd. De huisarts of fysiotherapeut weegt dit mee in de bepaling van de ingangstijd van de 6-8 weken.

Anamnese en onderzoek

1. Huisarts

- Anamnese en lichamelijk onderzoek volgens NHG-Standaard M55(2005).
- In de NHG standaard wordt gewezen op een aantal alarmsymptomen die kunnen wijzen op andere ernstige aandoeningen. Daarnaast zijn er redenen om met spoed te verwijzen naar de neuroloog, of met deze te overleggen (zie onder het kopje Verwijzen).

2. Fysiotherapeut:

- Onderzoek van ADL-vaardigheden.
- Bepalen van belemmerende factoren bij patiënt bij de uitvoering ADL-functies (onzekerheid, bewegingsangst).
- Vaststellen mobilisatiedoelen (ADL-vaardigheden).
- De fysiotherapeut schakelt bij een vermoeden van LRS de huisarts in.

Conservatief beleid eerste 6-8 weken

a. Voorlichting en niet-medicamenteuze behandeling

1. Huisarts:

- Zoveel mogelijk in beweging blijven, maar voorzichtigheid bij houding en bewegingen die tot extreme pijnklachten leiden.
- Bij patiënten die het conservatieve beleid afwijzen en neurologisch onderzoek wensen, benadrukken dat:
 - het geen invloed heeft op het beleid omdat men (wereldwijd) van mening is dat men niet moet opereren als men niet eerst 6-8 weken heeft afgewacht (of natuurlijk herstel optreedt);
 - beeldvormend onderzoek (MRI), geen extra informatie oplevert die voor het beleid in de eerste 6-8 weken van belang is;
 - door goede mobilisatie en reductie van pijn de klachten bij 8 van de 10 patiënten verminderen ook al kan dat soms een paar weken duren.
- Meegeven NHG patiëntenbrief: hernia van de rug.

2. Fysiotherapeut:

- Herhalen voorlichting over het LRS, het beloop, en de prognose.
- Bevestigen advisering van huisarts over conservatief beleid.

b. Medicamenteuze behandeling

Conform stappenplan NHG standaard, echter:

Bij hevige pijnklachten is het zinvol om te starten met zwaardere pijnmedicatie, d.w.z. in stappen van bijvoorbeeld 1 dag verhogen van medicatie, snel zo nodig tot morfinomimetica opbouwen, of direct met morfinomimetica starten.

c. Inschakelen fysiotherapeut

- Overweeg na enige weken verwijzing naar oefen- of fysiotherapeut indien patiënt intensievere activerende begeleiding nodig lijkt te hebben.
- Bij opbouw en hervatten van oude activiteiten.
- Huisarts en fysiotherapeut stemmen onderling af over de inhoud van het conservatieve beleid en wie van hen de patiënt begeleidt.

Beleid fysiotherapeut

Uitgangspunt en doel van de begeleiding door de fysiotherapeut:

- Door voorlichting en begeleiding mobilisatie bevorderen.
- Voorbereiding op hervatting werk en/of sportactiviteiten.

a. Begeleiding tot 6-8 weken

- Begeleiding bij verbetering ADL-vaardigheden.
- Geleidelijk opbouwen van de belasting.
- Bij moeilijk te mobiliseren patiënten het gebruik van krukken adviseren/stimuleren.
- Frequentie consult in eerste week twee keer, daarna één keer per week (afhankelijk van de ernst van de klachten, aard van de belemmeringen en het leervermogen van de patiënt).
- Advisering bij hervatting van werk en/of sportactiviteiten.

b. Afstemming met huisarts

- Bij twijfel over verloop en resultaten na 2 weken huisarts raadplegen.
- Schriftelijke terugkoppeling naar huisarts na 5 weken over mate van ADL-status en pijnklachten.

c. Begeleiding na 6-8 weken

- Afhankelijk van resultaten in eerste 6-8 weken voortzetting van begeleiding.
- Intensiveren van belasting.
- Adviseren over hervatting werk en/of sportactiviteiten.
- Geregelde afstemming met huisarts.

d. Begeleiding post discectomie

- Volgens ontwerp richtlijn KNGF en de multidisciplinaire richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom (CBO, 2008)
- Zo spoedig mogelijk revalideren tot ADL, werk- en sportniveau van voor de episode

Controle

- Na 1, 2 en 4 weken op pijnmedicatie en mobiliteit (ADL).
- Bij ernstige pijnklachten in het begin frequenter contact (dagelijks).
- Bij gunstig beloop na 6-8 weken beleid voortzetten op ADL, hervatting werk en sportactiviteiten.

Verwijzen

1. Spoedverwijzing

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

2. Overleg met de dienstdoende neuroloog of verwijs met verkorte toegangstijd bij:

- Verdenking andere pathologie (o.a. fractuur, wervelmeta's);
- Onhanteerbare thuissituatie, gecombineerd met hevige pijnklachten;
- Patiënten met een recidief en hevige pijnklachten.

3. Combinatieafspraken LRS:

- Verwijs voor het vaststellen van een operatie indicatie naar een neuroloog.
- Indien conservatief beleid van huisarts en fysiotherapeut niet resulteert in een aanzet tot verbetering binnen 6-8 weken.
- Onbeheersbare radiculaire pijn (als ook morfine de pijn onvoldoende verlicht).
- Een vermoeden van een ernstige of zeldzame oorzaak van het LRS.
- Indien patiënt dusdanig blijft twijfelen aan juistheid van beleid dat hij/zij niet in staat is om het beleid te volgen. (Een telefonische 'second opinion' van de neuroloog in het bijzijn van de patiënt kan in sommige gevallen uitkomst bieden).

4. Regulier verwijzen

- Wanneer de klachten reeds langere tijd (langer dan drie maanden) bestaan.
- De diagnose LRS onzeker is.

Behandeling in de tweede lijn

- Indien na conservatief beleid in de eerste 6-8 weken een verwijzing toch noodzakelijk is, wordt in de tweede lijn een versneld diagnostisch traject ingezet (combinatieafpraak).
- Een MRI wordt verricht om de indicatie voor een operatieve ingreep te ondersteunen.
- In overleg met de patiënt wordt zo nodig doorverwezen naar een neurochirurg of orthopedisch chirurg.
- Conservatief beleid is ook in de tweede lijn de eerste keus behandeling.

Terugverwijzing

- De neuroloog verwijst voor verder begeleiding terug naar de huisarts wanneer een operatie niet geïndiceerd is.

Verantwoording

Deze RTA is tot stand gekomen op basis van de ervaringen met een implementatieonderzoek bij de regionale ziekenhuizen.

Namens huisartsen:

Hans van den Hoogen, Asten
Ivo Smeele, Eindhoven
Victor Kaiser, Helmond

Namens neurologen:

Jos Breuer, St. Anna ziekenhuis
Maarten de Rijk, Catharina ziekenhuis
Paul Lenssen, Elkerliek ziekenhuis
Inge Beijer, Máxima Medisch Centrum

Namens fysiotherapeuten:

Theo Lankhorst, Asten
Raymond Swinkels, Geldrop

Namens radiologen:

Hans van den Broek, Elkerliek ziekenhuis
Koen Brakel, St. Anna ziekenhuis

Namens de transmurale organisaties HaCa, Quartz, SMáSH en THEMA:

Susan van den Bergh, coördinator HaCa
Dirk Wijkel, coördinator THEMA

Voor deze samenwerkingsafpraak 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 HaCa