



Dokter Klinkertweg 18
Kantoor 'Schelfhout'
8025 BS Zwolle
038 - 455 9851
info@mccklik.nl

Lumbaal radiculair syndroom N

Neurologie

1e druk februari 2017

Samengesteld door huisartsen uit de regio Zwolle, neurologen, orthopeden, anesthesisten, reumatologen en neurochirurgen van Isala.
Becommentarieerd en/of geacordeerd door ziekenhuisapothekers van Isala en openbare apothekers in de regio Zwolle.

Deze werkafpraak sluit aan op de NHG standaard lumbosacraal radiculair syndroom M55 (2015), pijnbestrijding M106 (2015) en rugpijn M54 (2017).

BEGRIPPEN

Afkortingen / begrippen

LRS

Cauda Syndroom

Rijbroekgebied

Commentaar

Lumbosacraal radiculair syndroom: uitstralende pijn in één bil of been, vergezeld van een of meerdere symptomen of verschijnselen die suggestief zijn voor prikkeling van één specifieke lumbosacrale zenuwwortel.

(uni- of bilaterale) motorische uitval van meestal de voet en/of sensibele uitval in het rijbroekgebied. Vaak in combinatie met hevige radiculaire pijn, retentie of incontinentie voor urine en/of feces als gevolg van compressie van lumbosacrale zenuwwortels.

Het gebied van het zitvlak, de achterzijde van de bovenbenen, rond de anus en schaamstreek.

ANAMNESE

Kenmerken van LRS

Meestal is de pijn in been > pijn in de rug. Uitstraling via posterolaterale zijde tot onder de knie. De pijn is scherp van karakter en neemt toe bij drukverhoging.
Proef van Lasègue is meestal positief.

Alarmsignalen

Mictieproblemen (incontinent of retentie).
Defecatiestoornis (incontinent of obstipatie).
Sfincter-tonus vermindering.
Gevoelstoornis in het rijbroekgebied.
Maligniteit in voorgeschiedenis.
Koorts en algemene malaise (spondylodiscitis).
Acute klapvoet (binnen 24 uur insturen).
Snel progressieve ernstige uitval van motoriek.

LICHAMELIJK ONDERZOEK

LRS onderzoek	Kracht, hakken en tenen lopen. Sensibiliteit, zo nodig sensibiliteit in het rijbroekgebied. Reflexen (KPR en APR). Bukken, Lasègue. Op indicatie rectaal toucher.
Verder onderzoek	Op indicatie.

DIFFERENTIAAL DIAGNOSES

Differentiaal diagnoses met typisch klachtenpatroon.

Bursitis	Pijn bij druk op de trochanter, patiënt kan hier vaak niet op liggen.
Coxartrose	Startpijn en stijfheid na rust, onderzoek endo- en exorotatie in de heupen.
Bechterew	De klachten beginnen sluipend < 40 jaar, nachtelijke pijn in de rug en bil(len), vermindert bij bewegen. Geen verbetering in rust. Bij vermoeden verwijzen naar de reumatoloog.
Kanaalstenose	Verergert bij lopen, pijn in beide benen tot onder de knie, bij fietsen geen pijn.
Perifeer Arterieel Vaatlijden	Typische kuitpijn, onderzoek de perifere vaten.
Discitis	Bijkomend koorts en malaise.
(Inzakkings)fractuur	Osteoporose, trauma, maligniteit, kloppijn op de wervel.
Spondylolisthesis	Hierbij is geen acuut handelen nodig. Chronisch verloop met voornamelijk pijn in de rug.

AANVULLEND ONDERZOEK

Wat vraagt de huisarts onder eigen beheer aan en wat niet.

Röntgenfoto	Alleen zinvol bij vermoeden van Ziekte van Bechterew. (Inzakkings)fracturen.
Laboratorium	Niet zinvol in de 1 ^{ste} lijn.
MRI	Niet zinvol in de 1 ^{ste} lijn.

BEHANDELING

Wat kan er in de 1^{ste} lijn gedaan worden

Afwachten	70-85% verbetert zonder specifieke maatregelen. Goede voorlichting is zeer belangrijk. Conservatief beleid en operatie hebben op lange termijn (2 jaar) hetzelfde resultaat. Bij operatie verbetert met name de pijn in het been op korte termijn. Operatief ingrijpen heeft meer risico op complicaties.
Bewegen	Lopen en in beweging blijven, FT begeleiding kan bijdragen bij angst voor bewegen, doorgaan met dagelijkse activiteiten, liggen draagt niet bij aan herstel. Fysiotherapeuten behorend bij het rugnetwerk zijn te vinden onder MCC Klik Hulpdocumenten .
Pijnstilling	Zie ook de MCC Klik werkafpraak over pijnstilling 1a en NHG standaard M106 (2015).

Per patiënt kan gezocht worden naar de optimale combinatie in onderstaand schema.

Nociceptieve pijn			Neuropathische pijn	
Stap 1	Paracetamol 4x 1000 mg NSAID Diclofenac max. 2x 75 mg of Naproxen max. 2x 500 mg of Ibuprofen max. 3x 600 mg <small>(zonodig gecombineerd met maag protectie bij risicopatiënt en > 70 jaar)</small>	Met of zonder	Stap 1	Amitriptyline 25-75 mg, langzaam opbouwen. Bij ouderen starten met 10 mg.
Stap 2	Voeg toe: Tramadol 2x 50 tot max. 4x 100 mg retard. Opiaten beïnvloeden mogelijk ook de neuropathische pijn. Stap 2 niet combineren met stap 3.		Stap 2	Pregabaline 2x 75 mg te verdubbelen na een week tot 2x 150 mg
Stap 3	Vervang Tramadol door Oxycodon met gereguleerde afgifte 2x 10 mg, > 70 jaar 2x 5 mg. Kan verhoogd worden met 50-100% per keer. Geen maximale dosering. Voeg altijd laxantia toe. Oxycodon 5 mg snelwerkend zo nodig toevoegen tot max. 6x per dag 1/6 van de dagdosis.			

Wortelblokkades

De neuroloog kan verwijzen naar de anesthesist voor een therapeutische wortelblokkade. Via de huisarts is dit niet mogelijk omdat er eerst beeldvormend onderzoek gedaan moet zijn.

VERWIJZING NAAR DE 2^{DE} LIJN

Wat vertel je de patiënt, wat is het verwachtingspatroon.

Acuut verwijzen

Bij LRS met cauda syndroom en/of bij vermoeden van spondylodiscitis, metastasering, fractuur van wervel, acute klapvoet.

Klachten korter 6-8 weken

Verwijs bij alarmsignalen, onvoldoende reactie op maximale pijnstilling of forse zwakte of uitval van spiergroepen.

Klachten langer 6-8 weken

Verwijs alleen als de patiënt een operatie prefereert boven conservatieve behandeling. De pijn in het been reageert beter op operatie dan de pijn in de rug. Na 2 jaar is wat betreft resterende pijn en functionaliteit geen verschil tussen de conservatief behandelde en de geopereerde groep. Operatie geeft snellere pijnreductie in het been.

Verwijsbrief

Bevindingen, verloop van de klachten, reactie op medicatie, historie, allergieën.

Wat doet de neuroloog

MRI, op indicatie een X-LWK. Conservatief beleid is eerste keus. Wortelblokkade kan overwogen worden. Op indicatie overleg met neurochirurg voor operatie.

Wat doet de neurochirurg

Stelt de operatie-indicatie definitief vast. Wachtijd voor operatie is 4-6 weken. Heftige pijn kan de wachtijd verkorten. Direct overleg van de huisarts met de neurochirurg is mogelijk nadat de operatie-indicatie is gesteld.

Second opinion/ Speciale rugcentra

Het wordt ontraden patiënten versneld te laten opereren in speciale rugcentra. Snel chirurgisch ingrijpen levert geen betere resultaten op op de lange termijn. Op de korte termijn vermindert de uitstralende pijn. Wel heeft operatief ingrijpen meer risico's wat betreft complicaties. Conservatief beleid en operatie hebben na 2 jaar hetzelfde resultaat.