

RUGKLACHTEN IN DE EERSTE LIJN RUGSCHOLING OF BEHANDELING? (I)

A. en J.H. Bruggeman, fysiotherapeuten te Hengelo (O) en Enschede

INLEIDING

De huidige, in de dagelijkse praktijk gehanteerde, diagnoseclassificatie bij lage rugklachten laat veel te wensen over. Lage rugklachten worden verwarrend en pluriform geduid als b.v. myalgie, hypertonie, spit, lumbago, low back pain, facetstrain e.v.a.

De belastings afhankelijkheid wordt niet, of slechts oppervlakkig nader omschreven als b.v. pijn met bewegingsbeperkingen en/of pijnlijke bewegingen^{1,2}. Aan de omschrijving van de specifieke, provocerende en reducerende belastingen in het dagelijks leven wordt te weinig aandacht besteed.

In het verlengde van deze oppervlakkige, pluriforme diagnoseclassificatie wordt in de (para)medische wereld alsook in de alternatieve gemeenschap bij lage rugklachten een hierop afgestemde diversiteit van symptomatische therapieën aangewend.

Al deze symptomatische therapieën, variërend van allo- en homeopathische medicijnen, diverse vormen van fysiotherapie, manuele therapie tot welke alternatieve behandelwijze ook, hebben - naast het symptomatische karakter dat zij dragen - met elkaar gemeen dat zij de patiënt suggereren er genezing van te kunnen verwachten, ze ontnemen hem zo zijn eigen verantwoordelijkheid en hebben nauwelijks preventieve elementen in zich, terwijl preventie de essentie is in een rugscholend beleid.

CASUISTIEKEN

Met de twee volgende ziektegeschiedenissen willen wij illustreren dat het van belang is nader aan te geven welke belastingen in het dagelijks leven de klachten doen ontstaan, provoceren c.q. reduceren en hoe met een uitgebreide belastingsanamnese tot een zgn. belastingsdiagnose wordt gekomen, die voor een samenwerkingsverband arts/fysiotherapeut een veel beter en meer praktisch uitgangspunt van beleid kan zijn, meer dan welke structuurdiagnose ook.

Verder willen wij illustreren dat in het verlengde van deze belastingsdiagnose een meer causaal, rugscholend beleid aanbeveling verdient, dat vooral gericht is op preventie van provocerende belastingen in het gewone dagelijks leven.

Wat wij echter vooral willen illustreren is dat bij lage rugklachten niet de genezing van de (para)medicus of alternatieve genezer verwacht moet worden, maar dat de patiënt met lage rugklachten juist met rugscholing moet worden geleerd zelf meer verantwoordelijkheid te dragen i.p.v. genezing van anderen te verwachten.

PATIËNT A

VOORGESCHIEDENIS

Patiënt A is een 33-jarige, gehuwde man met als beroep machinebankwerker, een beroep dat gepaard gaat met matig tot zwaar lichamelijk werk. In zijn vrije tijd knutselt hij graag in de werkplaats bij zijn huis en is hij actief als handbalscheidsrechter.

Bij het aanmaken, hakken van open hard hout in december schiet het de heer A. in de rug, hij kan niet meer rechtop komen uit de gebukte positie.

De volgende dagen kan hij moeizaam rechtop lopen en heeft hij veel moeite met opkomen uit zit. Hij vertoeft een week in de ziektewet en krijgt van de huisarts het advies om het rustig aan te doen en spierrelaxantia tot zich te nemen.

Een week later lijken de klachten verdwenen. Na een lange autorit komen echter de klachten plotseling in dezelfde mate terug. Tijdens de feestdagen en de vrije dagen voor de jaarwisseling bevindt hij zich veel in de liggende positie, die hij als aangenaam ervaart. De klach-

ten nemen weer af en lijken op nieuwjaarsdag verdwenen.

Volgens goede gewoonte brengt hij op nieuwjaarsdag een bezoek aan zijn schoonouders. Op deze gezellige dag, vol met goede voornemens zit hij zoals menigeen veel. Als tegen het eind van de dag aan het bezoek een einde komt en hij wil opstaan is op slag de gezelligheid weg en zijn de klachten in nog heviger mate terug.

De huisarts besluit de volgende dag naar de fysiotherapeut te verwijzen.

NIET IN BEHANDELING TOCH DIRECTE HULP

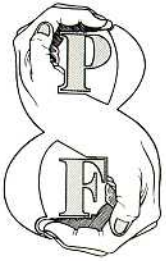
Met de verwijzing fysiotherapie in de hand en in de antalgische houding verschijnt de patiënt onaangekondigd in onze wachtkamer, wij kunnen hem niet direct in "behandeling" nemen, het beeld komt ons echter bekend voor.

Wij nemen hem een korte voorlopige anamnese af, waarin hij aangeeft dat de rugpijn links en rechts paravertebraal als een soort streep radieert en flexiebelasting (zitten en bukken) zijn klachten vooral provoceert en extensiebelasting (lopen en staan) zijn klachten reduceert. Wij maken hem met enkele dia's duidelijk waarom deze flexiehoudingen zijn klachten provoceren en meten hem een flexiebeperkende leren gordel (zie foto 1) aan. Verder adviseren wij hem de komende dagen zoveel mogelijk liggend door te brengen en buiten bed in ieder geval een flexiebeperkende leren gordel te dragen.

"IN BEHANDELING"

Na twee dagen komt de patiënt voor zijn eerste "behandeling". Hij geeft aan geen pijn meer te hebben nu hij de gordel draagt. Zitten kan hij nu ook, echter alleen rechtop. De gordel dwingt hem daartoe. Met het opkomen uit zit heeft hij geen problemen meer.

Correspondentie adres:
A. Bruggeman
Willem Kesstraat 7
7558 KB HENGELO (O)
Tel. 074-776866



ONDERZOEK

Bij onderzoek tijdens het eerste bezoek blijkt dat alleen de flexie vanuit stand pijnlijk is en dat hij de L.W.K. vanwege de pijn niet verder dan 5° kan flecteren. In kyfotische zit provokeert extra compressie op de schouders zijn lage rugpijn, in lordotische zit is dit niet het geval. Verder lijken er bij bewegings- en neurologisch onderzoek geen bijzonderheden. Ook psychosociaal lijken er bij deze patiënt geen bijzonderheden die met de klachten in verband gebracht kunnen worden.

BELEID

De typische anamnese, waarin de passieve flexiehoudingen als pijnlijk worden aangegeven, de provocerende flexiebelasting in onderzoek en de goede reactie op het dragen van de gordel doen ons besluiten het op beperking van de lumbale flexie ingestelde beleid voort te zetten.

VOORLICHTING

D.m.v. dia's wordt de patiënt tijdens dit eerste bezoek uitgebreid voorgelicht

over zijn klachten. Het aanvankelijke onbegrip t.a.v. zijn klachten wordt weggenomen. Hij geeft spontaan aan dat hij nu ook begrijpt waarom zijn klachten steeds terugkwamen.

Symptomatische, pijnkende, detoniserende fysiotherapie lijkt bij deze patiënt, nu hij geen pijn meer heeft, overbodig.

BESCHERMING EN RUGSCHOLING

Naast het dragen van de gordel besluiten wij de patiënt d.m.v. een rug-scholingsprogramma rugsparende houdingen en bewegingen bij te brengen, alsook zijn beenspieren te versterken, waarmee de rug ontlast kan worden. Het accent van het rug-scholingsprogramma ligt op de zelfwerkzaamheid thuis. M.b.v. een nieuw ontwikkeld, goed op de individuele patiënt af te stemmen boekje: "Rugscholing", waarin uitgebreide foto's en tekst, worden hem thuisoefen- en ontlastingsadviezen opgedragen. Aan de praktijk vindt controle op de zelfwerkzaamheid en de juiste uitvoering van de oefeningen plaats, alsmede het aanleren van nieuwe oefeningen.

SNELLE BESCHERMDE WERKHERVATTING

Na een week blijft het onveranderlijk goed gaan, het rug-scholingsprogramma

wordt voortgezet, op ons advies hervat patiënt zijn werk.

De eerste twee weken draagt hij, gezien de zware werkzaamheden, de gordel.

Werkhervatting met de gordel leidt niet tot recidieven, besloten wordt met het rug-scholingsprogramma nog drie weken door te gaan.

Na drie weken is patiënt nog steeds klachtenvrij, zijn beenspierkracht is met 40% toegenomen, hij beheerst het rugsparend gebruik in het dagelijks leven redelijk tot goed en zijn inzicht in de klachten is ook nog goed.

RECIDIEVEN

Na een jaar is de patiënt nog steeds klachtenvrij en er hebben geen recidieven plaatsgevonden. Hij heeft het dagelijkse leven actief redelijk onder controle en weet zware flexiebelastingen te vermijden.

PATIËNT B

VOORGESCHIEDENIS

Patiënt B is een 39-jarige man, leidinggevend vertegenwoordiger, rijdt veel auto (ongeveer 5 uur per dag), zijn hobby's zijn o.a. fotograferen en vissen.

Patiënt heeft al ongeveer een half jaar lage rugklachten, vooral na langdurig zitten in de auto en na bijvoorbeeld het schoonmaken van zijn vijver.

Deze klachten zijn meestal snel weer over, zonder dat tussenkomst van de arts noodzakelijk is.

In het weekend gaat patiënt vissen, waartoe hij een twee uur durende autorit maakt. Bovendien zit hij veel op een visstoeltje en ook af en toe op de grond met de knieën opgetrokken (veel lumbale kyfose). Tevens is hij verkouden en moet hij die dag nogal veel hoesten en niezen.

In de loop van de dag begint hij zijn rug wat te voelen. Als hij 's avonds thuis komt, na een weer twee uur durende autorit, komt hij wat stijf uit de auto en heeft duidelijke rugpijn. Thuis, na het eten, wil patiënt opstaan van de eettafel en kan hij opeens niet meer overeind komen. Alle bewegingen doen hem pijn, hij slaapt 's nachts slecht.

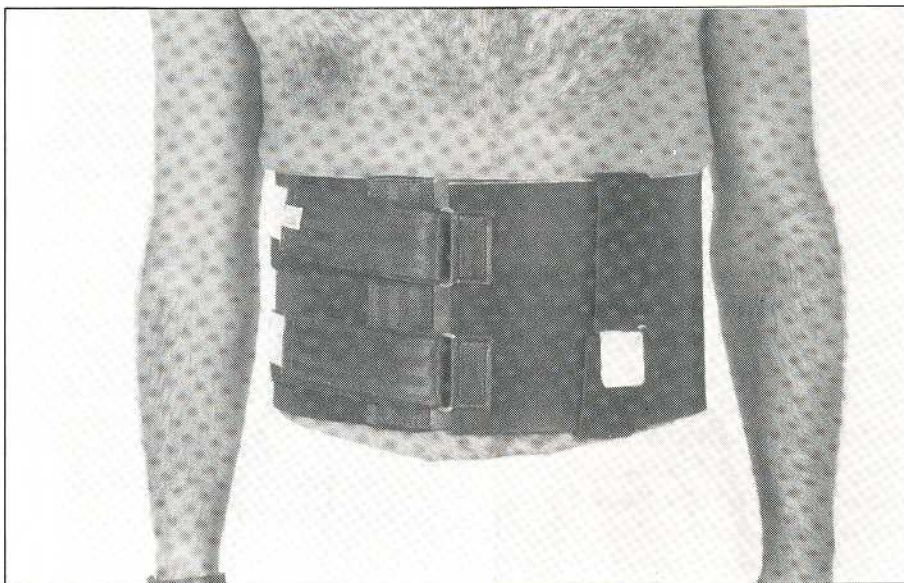
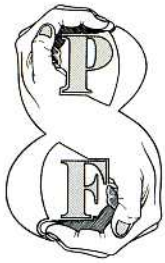


Foto 1: Een leren gordel beperkt de flexie mogelijkheid en daarmee de rekbelasting van de annulus fibrosus.



GLIFANAN / MIDALGAN

Hij stopt direct met werken en gaat na drie dagen naar de huisarts, die hem voor 14 dagen Glifanan en Midalgan voorschrijft. De klachten verminderen.

's Morgens bij het opstaan weinig last, na het aantrekken van onderbroek, sokken en kleren opnieuw meer last.

De L.W.K. in kyfotische houding brengen kan patiënt nog niet.

Eten doet hij bijv. op zijn knieën (de L.W.K. blijft zo in de fysiologische lordose, evenals in stand).

Wanneer het na veertien dagen beter gaat, lijkt hij normaal te kunnen zitten.

RECIDIEVEN

Als hij echter, na een uur gezeten te hebben, opstaat, schiet het hem opnieuw in de rug en kan hij niet rechtop komen. De klachten zijn weer in dezelfde mate aanwezig als hiervoor omschreven. Glifanan helpt hem nu niet meer.

Hij gaat terug naar zijn huisarts, die hem drie maal per dag twee APC's voorschrijft, die de pijn tot zwijgen brengen.

Na een week rustig aan gedaan te hebben (veel gelegen, weinig gezeten en gebukt), worden de klachten langzaam weer minder tot de patiënt het idee heeft dat de klachten verdwenen zijn.

Bij het instellen van een kleurentelevisie in een gebukte positie schiet het hem echter voor de derde keer in de rug. Hij is weer op hetzelfde punt als in het begin.

DE FYSIOTHERAPEUT, ONDERZOEK

Een derde bezoek aan de huisarts leidt tot verwijzing naar de fysiotherapeut.

Als patiënt bij ons komt, is er sprake van een lichte antalgische scoliose naar rechts convex, bemoeilijkte flexie (patiënt kan niet verder komen dan 10° kyfose in zit), lateroflexie links 25° en rechts 4°. Lasègue beide zijden 70°. Verder neurologisch onderzoek levert geen bijzonderheden op. De rugpijn wordt laag lumbaal aangegeven, radieë-

rend naar rechts, verder dan de gluteaal plooi, niet voorbij de knie. Flexiecompressietesten in zit provoceren de pijn. Psychosociaal lijken er geen problemen, patiënt heeft veel hobby's: fotograferen, filmen, vissen, tuinieren, muziek, tafeltennis, kortom: een actieve optimistische man, tenminste als hij zonder rugklachten is.

BELEID

Wij besluiten het beleid op beperking van de flexiebelasting te richten.

VOORLICHTING

Patiënt heeft er duidelijk moeite mee te begrijpen wat hij heeft. De ene keer heeft hij nergens last van, een volgend moment schiet het hem ineens weer in de rug.

Hij begrijpt hier niets van en is eigenlijk een beetje verontwaardigd zulke raadselachtige rugklachten te hebben.

Als wij hem dia's hebben laten zien over zijn type rugklachten, is het onbegrip snel verdwenen en begrijpt hij heel goed hoe hij steeds zijn klachten terug kon krijgen.

Patiënt geeft er spontaan blijk van het jammer te vinden, eerst nu te weten hoe zijn rug functioneert.

BESCHERMING, SEDE-RING, RUGSCHOLING

Hij krijgt direct een gordel om de flexie te beperken, die hij anders ongewild in het dagelijks leven zou kunnen maken. Dit geeft hem direct een aangename ondersteuning. Naast de sederende, detonerende therapie, massage en diathermie wordt begonnen met rug-scholing.

THUISTHERAPIE

Voor thuis krijgt patiënt het genoemde boekje Rug-scholing met behulp waarvan voor hem een thuistherapie-programma wordt samengesteld. Verder geven wij hem een mini overdeur-rek-stok mee (foto 2), waarmee hij in zijn thuissituatie hangoefeningen kan uitvoeren om de intra-discale druk te verlagen en de antalgische houding te nor-



Foto 2: Een mini overdoor rekstok, zonder de deur te beschadigen kan snel en efficiënt tractie in de thuissituatie doorgevoerd worden.

maliseren. Bij een antalgische houding is de positie van de nucleus decentraal, naar achter of opzij. Hangoefeningen hebben een repositionerende, centraliserende invloed op de nucleus.

BESCHERMING EN VROEGE MOBILISATIE

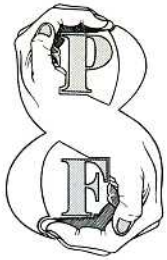
Na een week kan patiënt met de gordel gewoon op een hoge stoel zitten. Het aantrekken van sokken e.d. - op ons advies doet hij dit de eerste weken in rugligging - bezorgt hem geen last meer.

Bij alle activiteiten buiten het bed heeft hij de gordel om.

Na 10 dagen vraagt de patiënt of hij mag gaan vissen, hij verveelt zich thuis. Wij hebben hiertegen geen bezwaar, mits hij de gordel draagt, waarachter nog een extra flexiebeperkend hulpstuk is bevestigd. Het vissen provoceert zijn klachten niet.

SNELLE WERKHERVATTING

Na 14 dagen wordt begonnen met halve dagen werkhervatting.



Patiënt krijgt in de auto een lordose-zitsteun (zie foto 3), waardoor doorzakken naar kyfose tijdens het zitten voorkomen wordt.

De gordel blijft nog om. Patiënt vraagt bij werkgever een aangepaste autostoel aan, waarmee de werkgever instemt.

De werkhervatting leidt niet tot problemen, een week later werkt de patiënt weer volledig.

Twee weken hierna wordt de rugsholing gestopt, patiënt heeft een goede beheersing van het laag intradiscaal "houden en bewegen", de functionele beenspierkracht is met 50% toegenomen.

Eigen vindingen van de patiënt zijn, de vijver in buikligging schoonmaken en houthakken in knielende houding.

NA DE RUGSCHOLING

Geadviseerd wordt het thuis-oefenprogramma nog éénmaal per dag voort te zetten om het rugsparend gebruik in het dagelijks leven goed te automatiseren.

Twee maanden later brengt patiënt de gordel terug, die hij nog in bruikleen had om, zonodig, bij wat zwaarder werk om te doen.

Er zijn geen recidieven geweest. Flexie L.W.K. 30°, geen beperking meer in lateroflexie richting.

Ook na een jaar zijn hier geen recidieven geweest en werkt de patiënt nog volledig. Ook hij heeft het dagelijkse rugbelastende leven beter onder controle.

WORDT VERVOLGD

In het volgende nummer wordt de wetenschappelijke verantwoording van het beleid rugsholing, alsmede het verloop van de literatuurlijst geplaatst. Niet vanwege het feit dat hier nog steeds naarstig naar gezocht moet worden c.q. aan gewerkt moet worden, maar louter vanwege ruimtegebrek.



Foto 3: Multifunctionele lordose zitsteunen (breed en smal), geschikt voor alle stoelen

SAMENVATTING BIJ RUGSCHOLING OF BEHANDELING

Rugklachten werden door de eeuwen heen en worden in het huidige tijdsgewricht met een oneindig scala van therapieën tegemoet getreden. Er zijn inmiddels zo veel therapieën voor lage rugklachten aangewend, dat de tijd gekomen lijkt om te constateren dat therapieën geen oplossing kunnen zijn en er naarstig naar andere oplossingen dan therapeutische gezocht zal moeten worden.

Een individueel rugscholend beleid wordt gepresenteerd aan de hand van twee casuïstieken. De kern van dit rugscholende beleid is preventie. Preventie van overbelasting in het gewone dagelijks leven, functioneren (A.D.L.) van de patiënt, wiens rugbelastbaarheid gedaald is.

Getracht wordt rugsparend gebruik te bewerkstelligen met voorlichting over en bescherming tegen overmatige A.D.L. belasting. Verder wordt met rugsholing en een thuisoefenprogramma actieve beheersing van rugsparend gebruik aangeleerd.

Sederende, detonerende, ontstekingsremmende maatregelen, passieve therapieën spelen een meer ondergeschikte rol.

Voor een eendrachtig samenwerkingsverband arts/fysiotherapeut, met gelijkgestemde beleidsopties wordt gepleit.

LITERATUUR

1. Schellekens, J.W.G., e.a., Spit, ischias en hernia het lumbosacrale pijnsyndroom, Huisarts en wetenschap, suppl, 1983;26, 18-21
2. Hoekstra, G.R., Patiënten met lage rugklachten in een huisartspraktijk, Stafleu, Alphen a/d Rijn, 1983.

**A.D.L., EENVOUD
IS HET KENMERK
VAN HET WARE.**

**THERAPIE
VAN HET
TEGENDEEL**