

RUGSCHOLING OF BEHANDELING? (II)

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

In het eerste nummer van *FYSIO/THERAPIE* 2000 werden wegens ruimtegebrek twee casuïstieken geplaatst, zonder wetenschappelijke verantwoording.

Voor een betere aansluiting met de theoretische, wetenschappelijke beschouwing, plaatsen wij in dit tweede nummer nog een derde casuïstiek, om de relatie tussen de praktijk, het verhaal van de patiënt en de wetenschap beter te doen uitkomen.

Patiënt C

is een 46-jarige man, leidinggevend ambtenaar in gemeentelijke dienst. Hij heeft veel zittend werk en vergadert veel. Zijn hobby's zijn tennis, twee tot drie keer per week en volleybal, één keer per week. Bovendien is hij actief in het verenigingsleven, in bestuurlijke zin.

In een weekend in september beginnen de rugklachten bij het werken in de tuin. Hij heeft eerder, in hetzelfde weekend, de verf van kozijnen en deuren afgekrabd, vooral ook laag bij de grond.

Patiënt krijgt tijdens dit tuinwerk wat rugklachten. Hij denkt dat dit misschien wel door de kou komt en gaat zich wat warmer kleden. Het helpt weinig. 's Nachts krijgt hij last, wordt een aantal keren wakker en kan moeilijk uit bed komen. Hij heeft het idee, dat een warm bad hem wel zal helpen. In eerste instantie lijkt die indruk juist, maar na het aldragen is het al snel weer mis.

Na een autoritje met vrouw en kinderen is patiënt erg stijf bij het uit de auto komen. Tegen de avond kan hij nauwelijks nog zitten en alleen maar krom door de kamer lopen.

Op maandagochtend loopt hij nog krom. Kleren aantrekken gaat moeilijk. Hij moet half gaan liggen, om zijn sokken aan te krijgen.

Hij ging die dag nog wel werken, maar moet veel gaan staan. Uit zit kan hij niet direkt wegllopen. Hij heeft even tijd nodig om wat rechter op te komen. Hij gaat erg vaak koffie halen om de zitperioden te onderbreken.

Na twee dagen gaat hij naar de huisarts, omdat het werken bijna niet meer is vol te houden.

Deze schrijft paracetamol voor om de pijn te stillen en de spieren wat te ontspannen. De huisarts raadt nog fysiotherapie aan, maar de patiënt zelf wil het eerst met medicijnen proberen.

Hij blijft twee dagen thuis en rust veel, dit bevalt hem goed.

Als hij na de derde dag 's morgens het idee heeft, dat het allemaal weer wat beter gaat, besluit hij wat grondgymnastiek te doen. Dit lijkt hem goed om de spieren weer wat soepel te maken.

Na de eerste poging zijn tenen te raken, schiet het hem in de rug en kan hij nauwelijks nog overeind komen.

Hij besluit terug te gaan naar de huisarts. Deze raadt hem nogmaals fysiotherapie aan, waarna de patiënt bij ons komt.

Gezien de ernst van de klachten van de patiënt laten wij hem alleen het bovenlichaam ontbloten en zijn broek losmaken.

Hij mag zijn lange broek, schoenen en sokken aanhouden. Bij het uittrekken ervan zou hij teveel belastende flexiebewegingen moeten maken. Wij besluiten het functieonderzoek te beperken om de patiënt niet aan nodeloze belastingen te onderwerpen.

Patiënt staat in een antalgsche houding met een scoliose rechts convex.

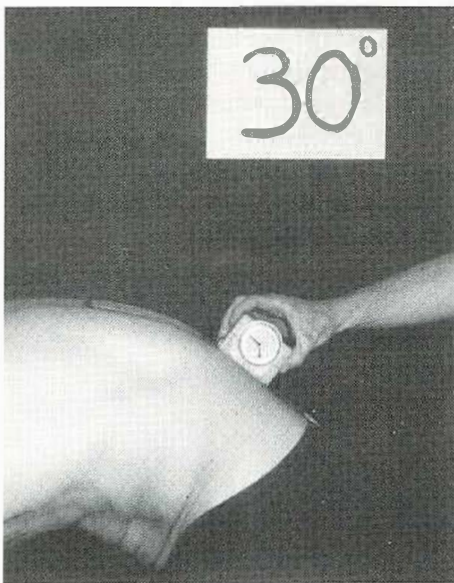


Foto 4: Kyfose meting (in dit geval bij bukken) met goniometer

Kyfose in zit is 10° (gemeten met een goniometer, zie foto 4). Extensie en flexie zijn nauwelijks mogelijk. Lateroflexie naar links 10° (ook gemeten met een goniometer), naar rechts is geen lateroflexie mogelijk. De pijn wordt aangegeven rechts laag lumbaal paravertebraal met irradiatie niet verder dan de gluteaal plooi. Flexiecompressietesten (extra manuele druk toevoegen op de schouders in kyfotische zit) zijn bij weinig toegevoegde druk al positief, extensiecompressietesten (extra manuele druk toevoegen op de schouders in lordotische zit) in veel mindere mate. Neurologisch onderzoek: SLR links 70° , rechts 60° , APR links en rechts symmetrisch zwak, verder neurologisch onderzoek geen bijzonderheden. Psychosociaal geen bijzonderheden. Er wordt uitgegaan van de waarschijnlijkheidsdiagnose P.D.A. 1.

Wij besluiten dezelfde strategie te volgen als bij de in het vorige nummer beschreven patiënten. Deze patiënt begrijpt, na voorlichting, goed waarom zijn rugklachten tijdens de ochtendgymnastiek verergerd zijn. Hij merkt op, dat het toch beter was geweest direkt naar de fysiotherapeut te gaan i.p.v. het eerst zelf met medicijnen te proberen.

Patiënt wil eigenlijk direkt weer aan het werk, maar dit wordt hem door ons afgeraden. Wij raden hem aan na het weekend te bezien of werken met het dragen van een gordel mogelijk is.

Na het weekend zijn de klachten duidelijk verminderd. Er is geen antalgsche houding meer en de patiënt kan met de gordel goed zitten op een gewone stoel. Wij besluiten samen, dat patiënt met gordel over kan gaan tot werkhervatting. Door de werkhervatting ontstaat geen recidief.

Patiënt wordt één week symptomatisch behandeld en daarna alleen nog met individuele rugscholing: het aanleren van houdingen en bewegingen met

Correspondentieadres:
A. Bruggeman
Willem Kessraat 7
7558 KB HENGELO (O)
Tel. 074-776866

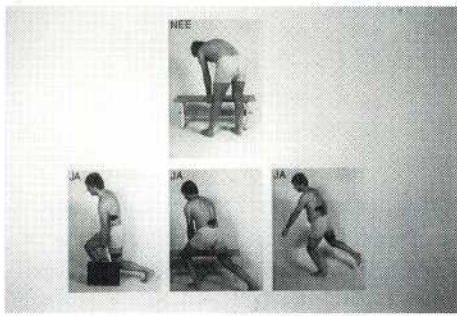


foto 5: Lordotische houdings- en bewegingstechnieken worden aangeleerd

lage intradiscale drukwaarden (foto 5), waarbij een boekje rugscholing wordt gebruikt. Het rugscholingsprogramma en de beenspieversterking leiden tot wat last van zijn linker knie, waar hij na het sporten ook wel eens vocht in had.

Wij besluiten de beenspieversterking achterwege te laten en de nadruk te leggen op de coördinatie van het laag intradiscaal "houden en bewegen" en tiltechnieken waarbij beenspierkracht minder noodzakelijk is.

Na twee weken wordt het gebruik van de gordel afgebouwd, twee uur om en twee uur af. Alleen bij recidiefneiging moet patiënt de gordel langer omhouden.

Na twee dagen kan patiënt de gordel definitief aflaten, hij heeft hem niet meer nodig.

Patiënt heeft een redelijke beheersing van het laag intradiscaal "houden en bewegen" en het ziekte inzicht is nog goed aanwezig.

Patiënt C krijgt na vier maanden in lichte mate een recidief: moeilijk opkomen na zitten, startstijf, er is nu geen antalgische houding.

Hij blijkt een week lang dagelijks lange autoritten gemaakt te hebben, voor zijn doen een ongewone belasting.

Een week lang dragen van een gordel, extra aandacht voor goed ruggebruik, tesamen met het feit dat de genoemde autoritten niet meer nodig zijn, doen de klachten weer snel verdwijnen.

In de volgende acht maanden treden er geen recidieven op.

BESCHOUWING

BELASTINGANAMNESE

Uitvoerige belastinganamneses, zoals hierboven beschreven, wekken vaak de indruk over weinig relevante details te handelen. De schijn bedriegt. Een belastinganamnese kan niet gedetailleerd

genoeg zijn. Te gemakkelijk wordt genoeg genomen met oppervlakkige, te snelle antwoorden van de patiënt, terwijl men juist moet doorvragen en gelegenheid moet geven voor uitwijdingen om interessante gegevens over provocerende en reducerende belastingen aan de weet te komen. De vraag "welke activiteiten maken uw klachten erger?" wordt gemakkelijk schouderophalend beantwoord, terwijl de volgende vraag "als u 's avonds lang televisie zit te kijken, of als U een lange autorit maakt en U staat daarna op, hoe gaat dat dan?" met veel omhaal beantwoord wordt, als zijnde zeer moeilijk, nauwelijks mogelijk en de belastingafhankelijkheid in tweede of derde instantie dus wel duidelijk wordt aangegeven.

Na zo'n uitvoerige belastinganamnese, waarin de patiënt de ruimte krijgt, aangemoedigd wordt om te verwoorden door welke houdingen en bewegingen zijn klachten verergeren of verminderen, kan men niet zelden een goede belastingdiagnose stellen en hierachter een redelijke structuurdiagnose vermoeden en een aangepast beleid in stellen. Vaak lukt dat op deze eenvoudige wijze beter dan met welk uitvoerig klinisch of technologisch onderzoek (röntgen, myelografie, CT-scans of M.R.I.) ook.

RECIDIEVEN

Bij de drie besproken patiënten was sprake van gemakkelijk optredende recidieven door onschuldige houdingen en/of bewegingen in het dagelijks leven, zoals bukken, langer zitten. Uit recidief preventief oogpunt is het van belang dat de patiënt de biomechanische stress van het gewone dagelijks leven (foto 6) m.b.t. de lage rug vermindert.

Geen enkele patiënt kan dit actief van de ene op de andere dag of van de ene op de andere week. Individuele rugscholing is aangewezen.

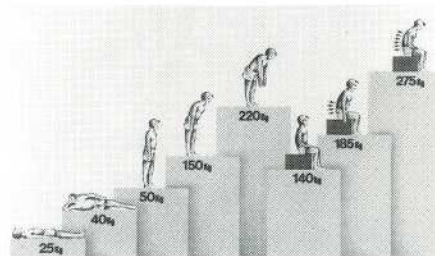


foto 6: Biomechanische stress voor de lage rug in het gewone dagelijkse leven, een patiëntenvoorlichtingsplaatje, gemodificeerd naar Nachemson⁵.

VOORLICHTING

Het belang van voorlichting geven aan de patiënt hebben wij trachten te illustreren. De voorlichting die wij de patiënt verschaffen met dia's is gebaseerd op onder andere de wetenschappelijke onderzoeken van Nachemson³ en Adams and Hutton⁴.

Niet alleen het begrip, dat wordt gekweekt, de opluchting die wordt bewerkstelligd, wanneer de patiënt begrijpt waarom hij klachten heeft en steeds weer krijgt is van belang, vooral van belang is dat de voorlichting de patiënt laat zien hoe hij zelf zijn klachten kan beïnvloeden:

- door zijn rug rustig te gebruiken
- door tijdelijk een beschermende gordel te dragen
- door rugsparend gebruik aan te leren.

Voorlichting alléén is echter volstrekt onvoldoende, hiermee komt de patiënt nog onbeschermd terecht in het "mijnenveld van het dagelijks leven". Men kan en mag niet van een patiënt verwachten dat een paar woorden en enkele plaatjes onmiddellijk gedragsverandering tot gevolg hebben. Jarelang onbewust lichaamsgebruik verandert men niet zo maar en zo snel. Bescherming en rugscholing zijn een noodzakelijk vervolg op voorlichting.

BESCHERMING

Passieve, beschermende hulpmiddelen zijn in eerste instantie een absolute voorwaarde, ze zijn nodig om de belasting in het dagelijks leven te beperken en het natuurlijke consolidatieproces ongestoord te laten plaatsvinden.

De passieve, beschermende hulpmiddelen worden zo snel mogelijk weer overbodig gemaakt, door de patiënt te onderwerpen aan een rugscholingsprogramma, waarin hem actief rugsparend gebruik wordt aangeleerd en waarmee getracht wordt ook op langere termijn recidiefpreventie te bewerkstelligen.

Deze passieve, beschermende hulpmiddelen hebben ook een belangrijk rugscholend effect. Zij maken de patiënt bewust van verkeerde lichaamshoudingen.

Een ander positief aspect van passieve, beschermende hulpmiddelen is dat meer verantwoord en eerder met vroege mobilisatie en werkhervatting aangevangen kan worden.

Veel gebruikte passieve, beschermende hulpmiddelen zijn: een leren

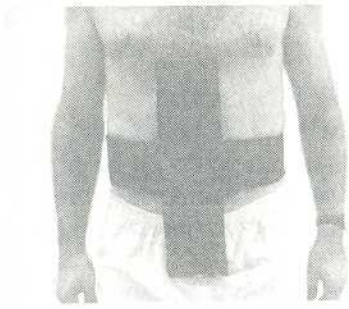


foto 7: Een rugschool orthese, vermindert de flexiebelasting in zit en bij bukken, en heeft een sterk actief rugscholend effect.

gordel, een lordose zitsteun (zie deel 1) en een rugschool orthese (zie foto 7).

De lordose zitsteun en de rugschool orthese zijn multifunctioneel.

Afhankelijk van de situatie kan de mate van belastingbeperking worden gereguleerd, worden aangepast aan de individuele patiënt en het stadium van de aandoening. Op deze wijze kan voorkomen worden dat bij gebrek aan beter iedereen dezelfde (en vaak teveel) belastingbeperking krijgt opgelegd.

De multifunctionele lordose zitsteun kan in auto, bankstel en kantoorstoel geplaatst worden.

In de multifunctionele lordose zitsteun kunnen diverse pelotten worden geplaatst, van verschillende dikte en/of hardheid.

De multifunctionele rugschool orthese kan als gordel, ventrale orthese en secretaresseband (zie foto 8) gebruikt worden. De belastingbeperkende hulpmiddelen worden door ons meestal op huurbasis aan de patiënt verstrekt. Dit houdt de kosten minimaal en maakt de hulpmiddelen laagdrempelig en snel inzetbaar.



foto 8: De rugschool orthese aangelegd als secretaresseband. Doorzakken in flexie is onmogelijk, ook als er geen contact met de rugleuning is.

PROVOCERENDE FLEXIEBELASTING

De beschreven patiënten zijn representatief voor een grote groep mensen met lage rugklachten, die vooral geprovoceerd worden door flexiehoudingen en -bewegingen. Dit zijn de houdingen, waarbij de spanningen op de dorsale anulus fibrosus het grootst zijn. De anulus wordt enerzijds op spanning gebracht door de flexiebeweging en anderzijds komen daarbij nog de grote krachten, die de nucleus op de anulus uitoefent (foto 9), zoals door Nachemson in vitro en in vivo werd aangetoond met intradiscale drukmetingen³.

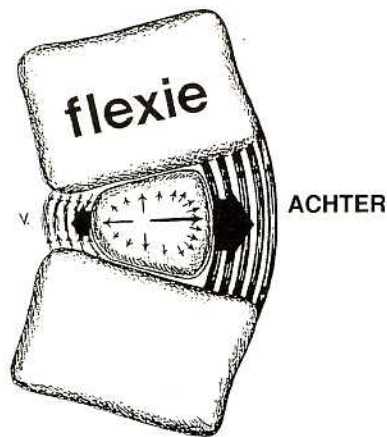


foto 9: De flexiebeweging en nucleusdruk zorgen voor grote trekspanningen in de dorsale anulus fibrosus.

Door Adams en Hutton werd in experimenteel onderzoek het gevaar van maximale flexiehoudingen aangetoond. In maximale kyfotische houdingen met verhoogde intradiscale drukwaarden werden anulusbeschadigingen, -distorsies en -prolapsen naar dorsaal opgewekt^{4,5}.

Gordon⁶ toonde zeer recentelijk aan dat repeterende flexiebelasting onder relatief LAGE compressiebelasting bij 100% van de bewegingssegmenten anulusdistorsies naar dorsaal veroorzaakte.

Het gevaar van hoge, eenmalige flexiebelasting, langdurige relatief lage flexiebelasting en lage, zich vaak herhalende flexiebelasting lijkt hiermee bewijsvoerend aangetoond.

Een beleid bij rugklachten met flexieprovocatie gericht op het voorkomen van flexiebelasting lijkt hiermee een morele plicht geworden. Onvoldoende bescherming aanbieden lijkt hier als dubieus handelen te moeten worden beschouwd!

NUCLEUSPROTRUSIES EN NUCLEUSEXTRUSIES

RÖNTGEN 100% NEGATIEF

MYELOGRAFIE, CT, MRI NOG ± 30% NEGATIEF

ALLEEN CTDISCOGRAFIE SLECHTS 8% NEGATIEF

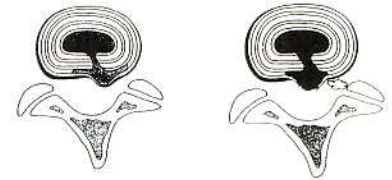


foto 10: Onderzoek: röntgen, myelografie, M.R.I., C.T., C.T. discografie en distorsies van de anulus fibrosus. (gemodificeerd naar Bernard⁹).

ANULUSDISTORSIES EN PIJNPROVOCATIE

Nog steeds wordt eraan getwijfeld of anulusdistorsies verantwoordelijk zijn voor lage rugklachten en pseudoradiculaire pijn meer of minder ver in het been. Het ontbreken van zenuwuiteinden in het grootste gedeelte van de anulus fibrosus en het feit dat zelfs ernstige distorsies ALTIJD onzichtbaar zijn op röntgenfoto's en meestal met myelografie ook onzichtbaar blijven, hebben voedingsbodem aan deze twijfels gegeven (zie foto 10 en 11). CAT-discografie gecombineerd met extra instillatie van contrastmateriaal, om de druk in de nucleus extra te verhogen, hebben zowel de aanwezigheid van distorsies als hun directe verband met rugpijn en ischialgie aangetoond^{7,8}.

ANULUSDISTORSIES RADIALE FISSUREN

RÖNTGEN EN MYELOGRAFIE

100% NEGATIEF

VAAK ONTERECHTE

PSYCHO-SOMATISCHE EN

"NIETS AAN DE HAND" ETIKETTEN



foto 11: Somatopsychisch of psychosomatisch.

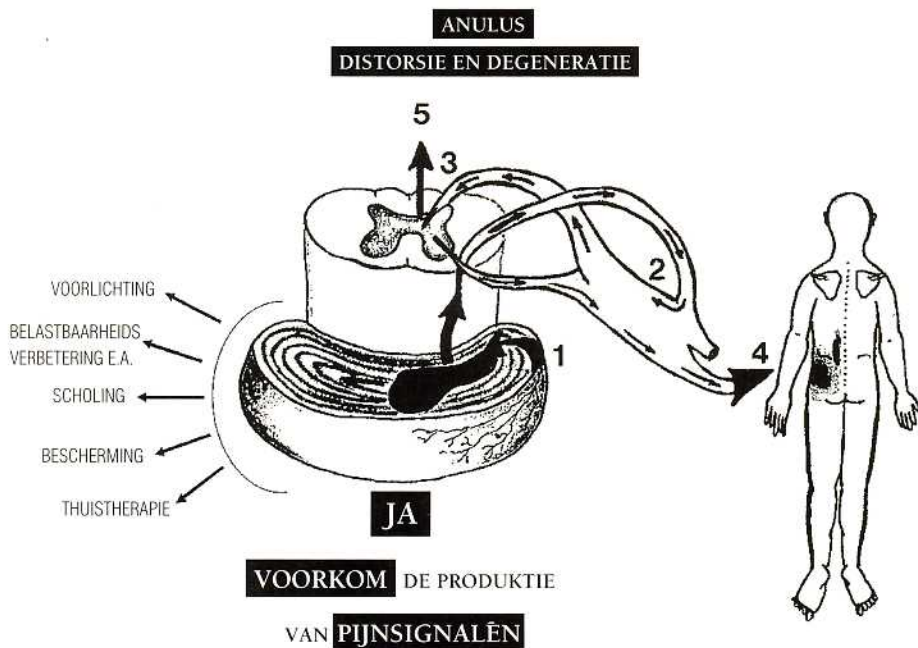


Foto 12: De gewone A.D.L.-belasting wekt in de beschadigde anulus fibrosus pijnsignalen op, die tot referred pain en reflex hypertoniën leiden. Links op de foto het gewenste beleid om overmatige A.D.L.-belasting te voorkomen.

INNERVATIE ANULUS FIBROSUS

Ook de vrij recente ontdekking van zenuwuiteinden in de buitenste anulus fibrosus ring¹⁰ maakt het verband tussen anulusdistorsies, rugbelasting en lage rugklachten begrijpelijker.

Op foto 12 is rechts uitgebeeld hoe via de nervus sinus vertebralis de secundaire symptomen pijn en hypertonie te verklaren zijn en links dat het beleid vooral gericht moet zijn op het voorkomen van A.D.L.-belastingen die de pijnreceptoren in de anulus fibrosus prikkelen.

Op foto 13 wordt rechts aangegeven waarom therapieën, welke dan ook, **ALLÉÉN** toegepast slechts een marginale waarde kunnen hebben. Zij grijpen alleen de gevolgen aan en voorkomen op geen enkele wijze prikkeling van de gelaedeerde structuren door de A.D.L.-belasting.

Illustreerend voor de onderschatting van de anulusdistorsie is ook het onderzoek van Grubb, die de diagnostische waarde van röntgenfoto's, myelografie en discografie met elkaar vergeleken heeft bij patiënten met chronische lage rugklachten, die moeilijk diagnostiseerbaar waren en sterk psychosomatisch getint leken.

Met discografie en extra instillatie van contrastmateriaal werd in 78% van

de gevallen een objectieve relatie met de klachten vastgesteld.

De beschadiging van de anulus werd zichtbaar gemaakt. De drukverhoging prikkelde de pijnreceptoren in de beschadigde anulus en reproduceerde de pijnklachten van de patiënt.

Met röntgenfoto's werd deze relatie slechts in 20% van de gevallen vastgesteld. Röntgenfoto's gecombineerd met

myelografie verhoogden dit percentage slechts tot 37%⁸.

SOMATOPSYCHISCH OF PSYCHOSOMATISCH (foto 11)

Een van de conclusies uit dit onderzoek was dat bij patiënten met chronische lage rugklachten (met of zonder ischialgie) waarbij:

- röntgenfoto's negatief zijn
- myelografie negatief is
- psychosomatische componenten sterk aanwezig zijn

wel degelijk aan somatische lage rugklachten op basis van anulusdistorsies gedacht moet worden.

Door Sachs en Mooney e.a. werd recentelijk in Spine^{11,12,13} ook gesteld, dat er een duidelijk onderscheid gemaakt moet worden tussen distorsies en degeneratie van de tussenwervelschijf. Distorsies en degeneratie kunnen afhankelijk van hun uitgebreidheid pathologisch-anatomisch in drie stadia onderverdeeld worden (foto 14).

MYALGIEËN

Te vaak worden i.p.v. anulusdistorsies bijvoorbeeld myalgieën aangewezen als oorzaak van lage rugklachten en worden sedativa, smeersels, spierrelaxantia en warmte als therapie voorgeschreven^{1,14}. Als het passieve kyfotische zitten met provocatie van de klachten gepaard gaat, is een myalgie zeer onwaarschijnlijk. De m. erector trunci is in deze houding niet werk-

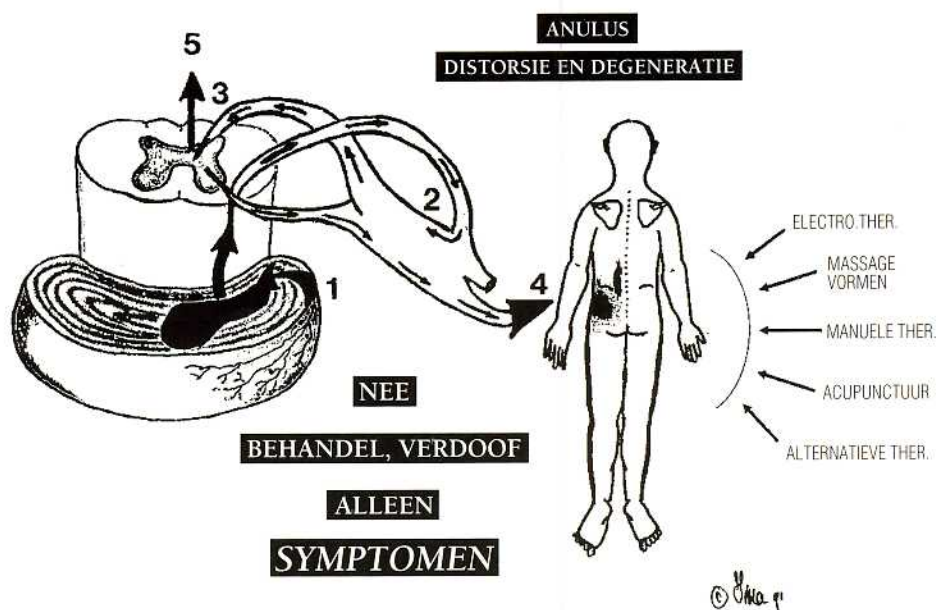


Foto 13: De symptomatische (fysio)therapieën, die alleen symptomen onderdrukken, verdoven en de oorzaak. De overbelasting van de anulus fibrosus door gewone A.D.L.-belasting wordt vergeten.

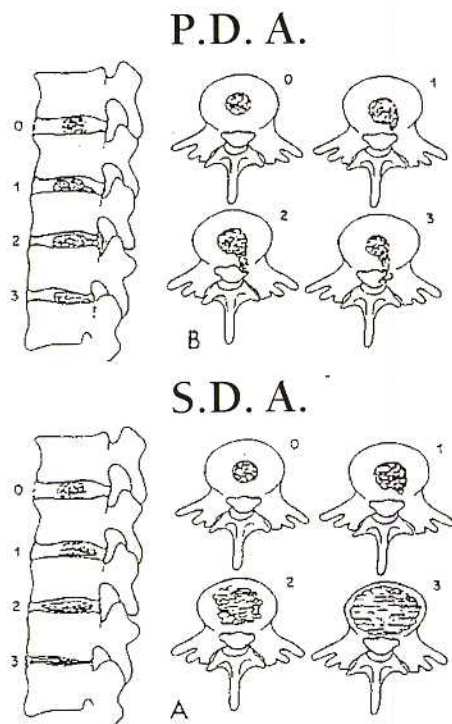


foto 14: Primair en secundair discogene aandoeningen en subcategoriën, gemodificeerd naar Videman¹³.

zaam^{15,16}. Gezien het belastende van de passieve zithouding voor de dorsale anulus moet veel eerder gedacht worden aan anulusdistorsies (foto 15).

GECONTRAINDICEERDE OEFENINGEN

Wij voerden bewust drie patiënten ten tonele met lage rugklachten, die door flexiebelastingen ontstonden en geprovoceerd werden en door extensiebelasting juist gereduceerd werden. Deze categorie patiënten wordt nogal eens lastig gevallen met flexiemobiliserende en buikspierversterkende oefeningen, die de intradiscale druk erg verhogen en daarmee in feite gecontraïndiceerd zijn. Ook wordt deze categorie patiënten niet zelden te gemakkelijk voorzien van boekjes met ruggespraak of een formulier met oefeningen, waarvan alleen het nalaten tot genezing kan leiden.

DISTORSIE EN DEGENERATIE

Naast lage rugklachten, die veroorzaakt worden door anulusdistorsies, is er een grote groep degeneratieve lage rugklachten met gelijke symptomatologie te onderscheiden (foto 16). De symptomen worden hier meer door degeneratie, stenose veroorzaakt (spinale- en foraminale stenose, facetsurménage). In de tijd bestaat er een interrelatie tus-

sen distorsie en degeneratie¹⁷ (zie fig. 1 op volgende blz.). Door de distorsies wordt de trofiek in de discus, de schok-absorberende en stabiliserende werking van de discus negatief beïnvloed. Dit leidt tot een verhoogde drukbelasting en schuifbelasting in het bewegingssegment, onder verminderde stofwisselingsomstandigheden, waardoor het natuurlijke degeneratieproces zal versnellen (zie fig. 1). Versnelde degeneratie treedt dus secundair op aan anulusdistorsies. Een anulusdistorsie wordt daarom wel een primair discogene aandoening (P.D.A.) en degeneratie een secundair discogene aandoening¹⁸ (S.D.A.) genoemd.

De degeneratieve lage rugklachten, die juist meer geprovoceerd worden door extensiebelasting en gereduceerd worden door flexiebelasting, bespreken wij hier niet aangezien in Nederland het beleid bij lage rugklachten over het algemeen op flecteren en delordoseren gericht is.

Zo'n beleid is bij lage rugklachten, die door extensiebelasting worden geprovoceerd aangewezen, echter bij distorsies **sterk gecontraïndiceerd**.

VERSCHILLENDE STADIA

P.D.A. en S.D.A. kunnen in vijf identieke klinische stadia verdeeld worden:

- P.D.A. en S.D.A. 1, rugpijn met radiërende pijn niet verder dan de bilplooï.

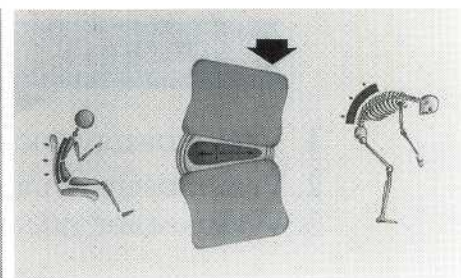


foto 15: Passieve zit- en bukhoudingen zetten de dorsale anulus fibrosus onder grote trekbelasting en provoceren meestal klachten bij anulus beschadigingen.

- P.D.A. en S.D.A. 2, rugpijn met meer distaal radiërende pijn niet verder dan de knie.
- P.D.A. en S.D.A. 3, rugpijn met distaal radiërende pijn verder dan de knie zonder neurologische verschijnselen.
- P.D.A. en S.D.A. 4, rugpijn met distaal radiërende pijn en/of neurologische verschijnselen bij klinisch onderzoek.
- P.D.A. en S.D.A. 5, rugpijn met distaal radiërende pijn en/of radicaire compressie vastgesteld met specifiek, meer invasief onderzoek (C.A.T., myelography e.a.), operatie is geïndiceerd.

De ernst van deze klinische classificatie kan nader aangegeven worden door het al of niet werken van de patiënt en door het aantal weken dat de patiënt klachten heeft.

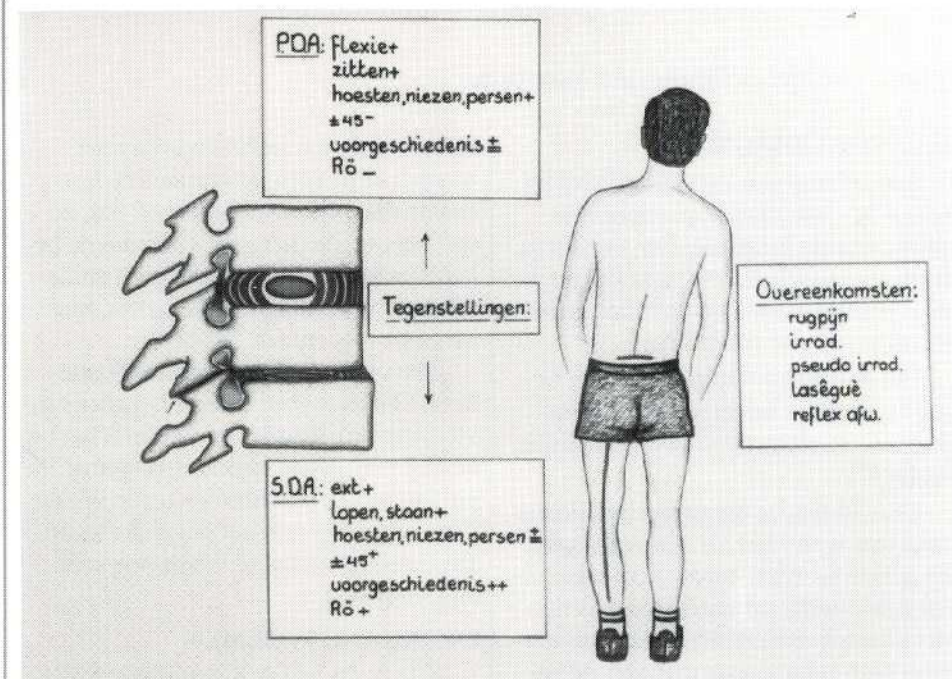


foto 16: Distorsie en degeneratie, uiterlijke en klinische overeenkomsten en verschillen.

NUCLEUS DYSFUNCTIE

1. VERMINDERDE SCHOKABSORPTIE
2. VERMINDERDE HYDROSTATISCHE STOFWISSELING
3. VERMINDERDE TRANSLATOIRE STABILITEIT

VERHOOGDE DRUK- EN SCHUIFBELASTING
ANULUS FIBROSUS EN FACETGEWRICHTEN
ONDER VERMINDERDE STOFWISSELINGSOMSTANDIGHEDEN

VERSNELLING VAN DEGENERATIEPROCES
VERSNELDE ONTWIKKELING VAN SECUNDAIR
DISCOGENE AANDOENINGEN

DISCUSVERSMALLING
RANDWOEKERINGEN
VERSTERKTE BULGING ANULUS
VERSTERKTE BULGING LIG. FLAVUM
VERSTERKTE BULGING CORPUS ADIPOSUM
FACETPROLIFERATIE
WORTELKANAALSTENOSE
SPINAALKANAALSTENOSE

NUCLEUS DYSFUNCTIE NA O.A.

H.N.P. OPERATIE
CHEMONUCLEOLYSIS
HERHAALDE ERNSTIGE ANULUSDISTORSIES
ERNSTIGE VERTICALE HERNIA'S, SCHMÖRLSE KNÖTCHEN

figuur 1: Distorsie en Degeneratie: Interrelatie

BELASTINGSDIAGNOSE

Een belangrijke aanvullende rol bij deze diag-noseclassificatie speelt de provocerende belasting. Om inzicht in de provocerende belasting te krijgen is, zoals gezegd, vooral een uitvoerige belastinganamnese van belang.

Het belang voor klinici van een belastingdiagnose boven een structuurdiagnose werd recentelijk ook in Spine bepleit¹⁹.

Deze klinische diagnoseclassificatie moet overigens niet als een vaststaand feit gezien worden, maar dient meer als een denkmodel gehanteerd te worden. Met klinisch onderzoek alléén kan immers geen zekere, exacte diagnose gesteld worden, alleen een waarschijnlijkheids-, globale diagnose is mogelijk,

hiervan zal men zich steeds bewust moeten zijn. Voor de klinicus is deze exacte diagnose overigens ook niet zo van belang, de therapie wordt bij de belastingafhankelijke rugklachten namelijk niet op de diagnose aangezet, maar op de provocerende belasting.

Een onjuiste diagnoseclassificatie heeft derhalve geen directe negatieve invloed op de therapie. Veel erger is het bij een feitelijk juiste structuurdiagnose de patiënt niet te beschermen tegen gevaarlijke belastingen in het dagelijks leven. Dit laatste is heden ten dage nog schering en inslag.

OVERGANGSVORMEN

P.D.A. en S.D.A. zijn uiteraard niet zo strikt te scheiden, er zijn overgangsvormen. Als flexiebelasting vooral pro-

vocerend is en extensie in mindere mate, spreken we van P.s.D.A.

Als extensie belasting vooral provocerend is en flexiebelasting in mindere mate spreken we van S.p.D.A. Met speciale belastinganamneseformulieren kunnen de mate van P.D.A. en S.D.A. nader gespecificeerd worden (zie fig. 2).

SECUNDAIRE PREVENTIE

Wij bespraken bewust drie patiënten met rugklachten zonder neurologische verschijnselen, twee patiënten met P.D.A. 1 en één patiënt met P.D.A. 2, aangezien deze klachten niet zelden onderschat worden en juist hier in secundair preventieve zin met een rugscholend beleid nog de meeste eer valt te behalen. Immers als rugklachten in een vroeg stadium opgespoord worden en met rugscholing tegemoet getreden worden, kan nog naar een goede genezing en naar recidiefpreventie gestreefd worden.

P.D.A. 3/4 en S.D.A. 3/4 worden overigens met hetzelfde rugscholende beleid tegemoet getreden. Voor S.D.A. is uiteraard een geheel eigen rugscholingsprogramma samengesteld, waarin vooral wordt geleerd extensiebelastingen te vermijden c.q. te verminderen.

DIFFERENTIAAL DIAGNOSE

Differentiaal diagnostisch komen een scala van - al of niet in het lumbale bewegingssegment gelokaliseerde - aandoeningen in aanmerking²⁰. Men kan deze aandoeningen onder andere op het spoor komen door het ontbreken van een logische relatie van de pijnprovocatie met de belastingen in het bewegingssegment. P.D.A. en S.D.A. vormen echter duidelijk de hoofdmoot ($\pm 90\%$) van de lage rug-ischialgieklachten van organische aard¹⁸.

SLOTWOORD

Het in een samenwerkingsverband van arts en fysiotherapeut met rugscholing tegemoet treden van een patiënt met belastingafhankelijke lage rugklachten, heeft in onze optiek zeer veel voordelen ten opzichte van het meer gescheiden en vaak slechts symptoma-tisch handelen van arts en fysiotherapeut.

A.D.L. INVALIDITEITS- INDEX, P.D.A. INDEX

Hr/Mw.

zonder problemen, 0 pnt. met problemen, 5 pnt. zeer veel problemen, 10 pnt.	dd	dd	dd
1. Nachtrust			
2. Opstaan uit bed			
3. Zich wassen, douchen, baden e.d.			
4. Tandenvoetsen			
5. Aankleden 's ochtends			
6. Aantrekken van onderbroek, broek			
7. Aantrekken van sokken			
8. Dichtdoen van schoenen			
9. Zitten op toilet			
10. Hoesten, niezen en persen			
11. Zitten op een rechte stoel			
12. Zitten in een bankstel			
13. Opkomen uit zit			
14. Zitten, steun op tafel, armleuning			
15. Autorijden			
16. Na autorijden uitstappen			
17. Fietsen			
18. Bukken			
P.D.A. TOTAAL (1)			
P.D.A. MAXIMAAL (2), 180 punten			
P.D.A. INDEX, (1:2 X 100%)			

figuur 2: P.D.A. INDEX

De fysiotherapeut verricht in het samenwerkingsverband de feitelijke rug-scholing. Fysiotherapeut en arts oefenen samen gelijkgestemde invloed op de patiënt uit voor wat betreft:

- voorlichting over de aard van de rugklachten
- het motiveren tot het nemen van eigen verantwoordelijkheid voor de lage rugklachten

- het uitvoeren van activiteiten m.b.t. de thuistherapie
- het bewerkstelligen van een vroege, verantwoorde werkhervatting
- het bewust maken van psychosomatische aspecten. Dit alles vormt een positieve meerwaarde bij een goede eerstelijns samenwerking.

De patiënt met lage rugklachten is tevens zeer gebaat bij goed onderling overleg over bijv. tijdelijke medicamenteuze ondersteuning, verwijzing naar de tweedelijns, nader invasief onderzoek en differentiaal diagnostische mogelijkheden.

SAMENVATTING BIJ RUGSCHOLING OF BEHANDELING

Rugklachten zijn door de eeuwen heen met een oneindig scala van therapieën tegemoet getreden. Ook nu nog worden zoveel therapieën voor lage rugklachten aangewend, dat de tijd gekomen lijkt om te constateren dat therapieën geen oplossing kunnen zijn. Er zal naartoe naar andere oplossingen dan therapeutische gezocht moeten worden.

Een individueel rug-scholend beleid wordt gepresenteerd aan de hand van drie casuïstieken. De kern van dit rug-scholende beleid is preventie. Preventie van overbelasting in het gewone dagelijks leven, bij een patiënt, wiens rugbelastbaarheid gedaald is.

Getracht wordt rug-sparend gebruik te bewerkstelligen met voorlichting over en bescherming tegen overmatige A.D.L. belasting. Verder wordt met rug-scholing en een thuisoefen programma actieve beheersing van rug-sparend gebruik aangeleerd.

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

Voor een eendrachtig samenwerkingsverband arts/fysiotherapeut, met gelijk gestemde beleids-opties wordt gepleit.

RUGSCHOLING BETER DAN BEHANDELING

LITERATUURLIJST

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.
3. Nachemson, A.L., Disc Pressure Measurements, Spine 1981; 1: 93-7
4. Adams, M.A., e.a., Prolapsed Intervertebral Disc, A hyperflexion injury, Spine 1982; 3: 184-91
5. Adams, M.A. e.a., Gradual Disc Prolapse, Spine 1985; 6: 524-31
6. Gordon S.J. e.a., Mechanism of disc rupture, Spine 1991; 4: 450-456
7. Vanharanta, H., e.a., The Relationship of Pain Provocation to Lumbar Disc Deterioration as Seen by CT/Discography, Spine 1987; 3: 295-8
8. Grubb, S.A., e.a., The Relative Value of Lumbar roentgenograms, Metrizamide Myelography, and Discography in the Assessment of Patients with Chronic Low Back Syndrome, Spine 1987; 3: 282-6
9. Bernard, T.N., Lumbar Discography Followed by Computed Tomography, Refining the Diagnosis of Low-Back Pain, Spine 1990; 7: 670-708
10. Yoshizawa, H., e.a., The Neuropathology of Intervertebral Discs Removed For Low-Back Pain, J. Pathology. 1980; 132: 95-104
11. Sachs, B.L., e.a., Dallas Discogram Description, A new classification of CT/Discography in Low Back Disorders, Spine 1987; 3: 287-94
12. Mooney, V., Where is the Pain Coming From? Spine 1987; 8: 754-9
13. Videman, T., e.a., The Value of the Axial View in assessing Discograms, An experimental study with cadavers, Spine 1987; 3: 299-304
14. Mesker-Nielsen, J.J.L.M., e.a., Een protocolaire benadering van rugpijn, Huisarts en wetenschap 1983; 26: 41-8
15. Schoberth, H., Sitzhaltung, Sitzschaden, Sitzmöbel, Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1962.
16. Andersson, G.B.J., e.a., The Sitting Posture: An Electromyographic and Discometric Study, Orthopedic Clinics of North America 1975; 1: 105-20
17. Vernon-Roberts, B., The pathology and interrelation of intervertebral disc lesions, osteoarthritis of the apophyseal joints, lumbar spondylosis and low back pain, The lumbar spine and back pain, second edition, edited by Malcolm I.V. Jayson, Pitman Medical, 1980.
18. Krämer, J., Bandscheibenbedingte Erkrankungen, George Thieme Verlag Stuttgart, 1978.
19. Spitzer, W.O., LeBlanc, F.E., Dupuis, M., Scientific Approach to the Assessment and Management of Activity-related Spinal Disorders, A Monograph for Clinicians, Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders, Spine 1987; 7S: 8-59
20. Kingma, M.J., Klinische lessen, Rugpijn, Ned. tijdschr. Geneesk. 1971; 115: 1405-9