

Praktijkscoringslijst

Lage rugpijn

Algemene gegevens

Classificatiecode(s) L02, L03, L86, L95

Doelstelling Toetsen of de kandidaat in staat is:

- de gegevens te verzamelen, die nodig zijn voor de diagnostiek bij een patiënt met lage rugklachten in de praktijk door middel van adequate anamnese en onderzoek;
- een correcte evaluatie te geven van de verzamelde gegevens;
- een correct beleid af te spreken met de patiënt.

Auteur(s) Werkgroep Vaardigheden Huisartsopleiding Nederland

Datum laatste correctie September 2010

Literatuur

- Chavannes AW, Mens JMA, Koes BW, Lubbers WJ, Ostelo R, Spinnewijn WEM, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn. Huisarts Wet 2005; 48(3) 113-23.
- Mens JMA, Chavannes AW, Koes BW, et al. NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom (eerste herziening). Huisarts Wet 2005; 48(4): 171-8.
- Elders P, Van Keimpema JC, Petri H, et al. NHG-Standaard Osteoporose. Huisarts Wet 1999; 42(3): 115-28.

Toelichting vakinhoudelijk handelen

Betrekt zo nodig context

- Eerdere rugpijnepisodes?
- Alarmsymptomen?
- Psychosociale factoren, invloed op functioneren?

Stelt relevante vragen

- lokalisatie, ernst, duur, wijze van ontstaan, beloop van de pijn;
- uitstralende pijn in een been;
- invloed van rust, bewegen en houding op de klachten, beloop over het etmaal;
- beperkingen bij de dagelijkse activiteiten; ziekteverzuim; oorzaken in, of gevolgen voor de arbeidssituatie;
- eerdere episodes van lage rugpijn, hun beloop en behandeling;
- zelfzorg en behandeling tot nu toe.

Doet relevant en correct uitgevoerd lichamelijk onderzoek

- Bewegingspatroon, localisatie van de pijn.
- Inspectie in rust bij staande patiënt: laat rug en benen ontbloten, wervelkolom van dorsaal (bv. scoliose, asymmetrie, bekkenscheefstand, "trapje"), wervelkolom van lateraal (lordose / kyphose)
- Palpatie: gericht op enkele specifieke oorzaken.
 - o *Hoogte bekkenkam* : li-re verschil ? (beenlengte verschil of bekkenverwringing)
 - o *Palpatie proc. spinosi*: scoliose?
 - o *Trapje?* (bij palpatie proc. spinosi t.h.v. L4-L5: ernstige spondylolysthesis)
 - o *Kloppijn/asdrupijn* (metastase, -osteoporotische- fractuur)
 - o *Afstand bekkenkam/ribbenboog* (bij verdenking op osteoporose)
- Functieonderzoek: lateroflexie: hand langs buitenkant been naar beneden laten glijden; li-re verschil? Retroflexie, anteflexie: snelheid en ritme van beweging, beperking, uitstraling naar been. Anteflexie bij voorkeur als laatste testen, vanwege de mogelijkheid van beperking bij andere bewegingen door verergering van pijn na deze beweging.
- Bij anamnestic aanwijzingen voor radiculair syndroom:
 - o De *Lasègue of Straight Leg Raising (SLR)* heeft een hoge sensitiviteit, maar een lage specificiteit. Bij de proef van Lasegue erop letten dat de patiënt zijn spieren ontspant. Dit kan gecontroleerd worden door de m. quadriceps te palperen. Er moet worden gevraagd in welk gebied van het been de uitstraling wordt gevoeld en/of het geheven been 'blokkeert'. Een positieve Lasègue kan voorkomen bij HNP L4 t/m S2.
 - o *Reflexen*. De voetzoolreflex hoeft niet bepaald te worden, dit geeft informatie over de piramidebaan. KPR: L4 APR: S1. Compressie L5 leidt niet tot verlaagde reflexen.
 - o *Kracht*. In rugligging of staand. In rugligging moet flink tegenkracht gegeven worden door onderzoeker om een parese niet te missen. In stand moeten de bewegingen enkele keren herhaald kunnen worden door de patiënt. Dorsaalflexie grote teen: L5. Voetheffers: hakkengang: L4. Pronatie: L5-S1. Voetbuigers: tenengang: S1-S2
 - o *Sensibiliteit*. Testen worden niet aanbevolen, anamnestic kan een goede indruk verkregen worden over uitbreiding, onderzoek is tijdrovend en lastig te interpreteren.

De NHG-Standaard noemt wel als optie het testen van de sensibiteit van mediale voetrand (L4), tenen (L5) en laterale voetrand (S1) bij subjectieve sensibiteitsstoornissen

Stelt correcte (voorlopige) diagnose

- Acute aspecifieke lage rugklachten (<6 weken).
- Subacute lage rugpijn (6-12 weken).
- Chronische lage rugpijn (>12 weken).
- Lage rugpijn door specifieke oorzaken (b.v. lumbosacraal radiculair syndroom).

Arts patiënt communicatie

Bij chroniciteit:

- Goede hulpvraagverheldering en door vragen naar cognities, emoties en ziektegedrag van de patiënt bij psychosociale factoren, pijnvermijdingsgedrag etc.
- Tijdscontigente aanpak met intensieve activerende begeleiding.
- Goede voorlichting en uitleg waarbij nadruk ligt op omgaan met de klachten en niet het verdwijnen daarvan.