



# KNGF-richtlijn Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom

SAMENVATTING

Dit is een overzicht van de belangrijkste aanbevelingen uit de KNGF/VvOCM-richtlijn Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom (KNGF, 2021). De volledige richtlijn vindt u op het [KNGF kennisplatform](#).

## • Diagnostisch proces

### Anamnese en lichamelijk onderzoek

Verzamel in de anamnese en het lichamelijk onderzoek informatie over:

Hulpvraag	Er is een indicatie om fysio- of oefentherapie te starten wanneer: <ul style="list-style-type: none"><li>• een patiënt met lage rugpijn bij de fysio- of oefentherapeut komt met een hulpvraag die gerelateerd is aan beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of maatschappelijke participatie op basis van het bewegend functioneren en</li><li>• de therapeut geen aanleiding ziet om (terug) te verwijzen naar de huisarts of verwijzend specialist (zie rode vlaggen).</li></ul>
Rode vlaggen	Beoordeel of er kenmerken zijn die kunnen wijzen op een fractuur, infectie, tumor of inflammatoire aandoening, of op een neurologisch noodgeval.  Mogelijke kenmerken van een neurologisch noodgeval: urineretentie, fecale of urine incontinentie, ernstige motorische uitval (MCR-score $\leq 3$ uit 5) of wijdverspreide neurologische symptomen (bijvoorbeeld piramidale tekenen).
Lumbosacraal radiculair syndroom (LRS)	Bij een LRS is sprake van pijn in de bil en/of in het been uitstralende pijn, vergezeld van een of meerdere klachten of symptomen die suggestief zijn voor een aandoening van een specifieke lumbosacrale zenuwwortel, zoals prikkelingsverschijnselen (paresthesieën) en neurologische uitvalsverschijnselen (hypesthesie/hypalgesie, parese, verlaagde reflexen).
Neurologisch onderzoek	Voer bij de patiënt met een vermoeden op een LRS, bijvoorbeeld bij symptomen onder de knie, een neurologisch onderzoek uit: <ul style="list-style-type: none"><li>• onderzoek van de pijn distributie (wel/niet gebonden aan dermatoom), en</li><li>• onderzoek van de vinger-vloer afstand bij vooroverbuigen met gestrekte knieën (positief bij een afstand <math>&gt; 25</math> cm), en</li><li>• de test van Lasègue (passieve 'Straight Leg Raise'), de gekruiste test van Lasègue of de omgekeerde test van Lasègue en</li><li>• onderzoek van de spierkracht ('Medical Research Council' van de kenspieren), en</li><li>• onderzoek van de vitale en gnostische sensibiliteit (wel/niet gebonden aan dermatoom), en</li><li>• onderzoek van de reflexen (achillespees, kniepees, voetzool).</li></ul> Wees bij de patiënt met een LRS alert op spoedindicaties, in de vorm van kenmerken van een ernstig neurologisch probleem.  Verwijs de patiënt met een LRS en ernstige motorische uitval (MRC-score $\leq 3$ uit 5), en/of ernstige pijn (NPRS $\geq 8$ ) naar de huisarts. Controleer de overige patiënten met LRS na twee tot vier dagen en handel volgens de aanbevelingen in deze richtlijn.
Prognostische factoren	Inventariseer de volgende prognostische factoren voor aanhoudende lage rugklachten en LRS:  <b>Aan rugpijn gerelateerde factoren</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• eerdere episoden van lage rugpijn</li><li>• hoge mate van beperkingen in activiteiten</li><li>• pijn in het been</li><li>• hoge intensiteit van de pijn</li></ul> <b>Werkgerelateerde factoren</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• hoge fysieke belasting tijdens werk</li><li>• slechte relaties met collega's</li><li>• verminderde tevredenheid met werk</li></ul> <b>Patiëntgerelateerde factoren</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• slechte algemene gezondheidstoestand of kwaliteit van leven</li></ul> <b>Psychosociale factoren</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• psychologische en psychosociale stress</li><li>• pijngerelateerde bewegingsangst</li><li>• depressieve gevoelens of klachten</li><li>• passieve copingstijl</li><li>• negatieve verwachtingen over herstel of catastrofen</li></ul>

## Indicatiestellingen behandelprofielen

Evalueer het risico op aanhoudende klachten bij het eerste contact met de patiënt door te beoordelen of er prognostische factoren voor aanhoudende klachten bij lage rugpijn aanwezig zijn. Maak vervolgens een keuze voor:

Profiel 1	<b>Laag risico op aanhoudende klachten</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Er zijn geen dominant aanwezige prognostische factoren voor vertraagd herstel.</li><li>• Beperk de behandeling tot maximaal drie sessies.</li></ul>
Profiel 2	<b>Middelmatig risico op aanhoudende lage rugklachten</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Er zijn enkele niet dominant aanwezige prognostische factoren voor vertraagd herstel.</li></ul>
Profiel 3	<b>Hoog risico op aanhoudende lage rugklachten</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Er zijn dominant aanwezige prognostische factoren voor vertraagd herstel.</li></ul> <p>Wel/niet dominant: er is sprake van dominante aanwezigheid als de factor sterk bijdraagt aan het in stand houden van de pijn en/of beperkingen in fysiek functioneren.</p>

Overweeg op basis van de behandelprofielen eenvoudigere en minder intensieve ondersteuning te bieden aan mensen die waarschijnlijk snel zullen herstellen en meer complexe en intensievere ondersteuning aan mensen met een hoger risico op aanhoudende klachten.

StarT Back Screening Tool	Overweeg de StarT Back Screening Tool (SBST) te gebruiken om de evaluatie van het risico op aanhoudende klachten mee te ondersteunen. Baseer de evaluatie nooit uitsluitend op de SBST.
LRS	Omdat bij een LRS vaak sprake is van een hoge mate van beperkingen in activiteiten, pijn in het been en hoge intensiteit van de pijn, hebben deze patiënten een grotere kans om ingedeeld te worden in profiel 3.

## • Therapeutisch proces

### Voorlichting en (pijn)educatie

Profiel 1, 2 en 3	<p>Geef patiënten met lage rugpijn in behandelprofiel 1, 2 en 3 voorlichting over:</p> <p><b>De aard en diagnose van de lage rugpijn</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Leg uit dat het vaak niet duidelijk is hoe lage rugpijn precies ontstaat en dat er vaak sprake is van een combinatie van factoren.</li><li>• Leg uit dat er bij veruit de meeste mensen met lage rugpijn geen aanwijzingen zijn voor een onderliggende, zeldzame aandoening.</li></ul> <p><b>Het beloop en de prognose van de lage rugpijn</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Leg uit dat lage rugpijn veel voorkomt en vaak terugkeert, waarbij de mate van de lage rugpijn per keer kan verschillen.</li><li>• Leg uit dat na drie maanden ongeveer de helft van de mensen pijnvrij is en het fysiek functioneren is hersteld.</li></ul> <p><b>Belemmerende en bevorderende factoren (indien van toepassing)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Leg uit dat actief blijven en bedrust beperken, eigen regie voor het herstel, actieve copingstrategieën, positieve emoties en een gezonde leefstijl het herstel kunnen bevorderen.</li><li>• Leg uit dat de aanwezigheid van de hierboven beschreven prognostische factoren ervoor kunnen zorgen dat het herstel minder snel verloopt.</li></ul>
LRS	<p><b>Voorlichting bij patiënten met LRS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Leg uit dat er bij een LRS sprake is van prikkeling van een zenuwwortel in de rug, meestal doordat een tussenwervelschijf uitpuilt en dat dit tot uitstralende pijn leidt, en soms ook tot gevoelsstoornissen en krachtverlies in het verzorgingsgebied van deze zenuw. Leg ook uit dat de uitpuilende tussenwervelschijf zich in de meeste gevallen vanzelf weer terugtrekt.</li><li>• Leg uit dat een LRS bij de meeste patiënten in belangrijke mate herstelt in de eerste drie maanden, zonder dat hier een operatieve ingreep voor nodig is.</li><li>• Leg patiënten die behoefte hebben aan informatie over beeldvormende diagnostiek (röntgenfoto of MRI) uit dat de overweging of de patiënt hiervoor in aanmerking komt, wordt gemaakt door de huisarts in overleg met de medisch specialist. &gt;</li></ul>

>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leg uit dat er bij een LRS over het algemeen een conservatief beleid wordt gevoerd gedurende de eerste drie maanden.</li> <li>• Adviseer te bewegen op geleide van de pijn en adviseer de fysieke activiteit stapsgewijs uit te breiden.</li> <li>• Leg uit dat als de klachten na zes tot acht weken onvoldoende zijn verbeterd, verwijzing volgt naar de (huis)arts.</li> </ul> <p><b>Adviseer de patiënt met een LRS in de volgende gevallen direct contact op te nemen met de huisarts:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bij een doof gevoel in het rijkbroekgebied;</li> <li>• bij ongewild verlies van urine of ontlasting of juist niet kunnen plassen;</li> <li>• bij toenemend verlies van spierkracht in de benen.</li> </ul>
---	--

## Oefentherapie

Profiel 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overweeg instructies voor zelfstandig uit te voeren oefentherapie bij patiënten met een laag risico op aanhoudende klachten.</li> </ul>
Profiel 2 en 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biedt oefentherapie aan bij patiënten met een middelmatig of een hoog risico op aanhoudende lage rugklachten.</li> </ul>
Type oefentherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Richt de oefentherapie op de behoeften, voorkeuren en mogelijkheden van de patiënt zoals vastgesteld tijdens de anamnese en het lichamelijk onderzoek.</li> <li>• Stimuleer het hervatten of uitbreiden van activiteiten bij voorkeur stapsgewijs en tijdcontingent.</li> </ul>
Begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bouw, indien toelaatbaar, de begeleiding gedurende de behandelperiode af. Doe dit in overleg met de patiënt. Hierbij is het van belang dat de frequentie en de intensiteit van het oefenen niet afnemen; het accent verschuift naar zelfstandig oefenen en bewegen.</li> </ul>
LRS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overweeg oefentherapie bij een hulpvraag die gerelateerd is aan beperkingen in dagelijkse activiteiten en/of maatschappelijke participatie op basis van het bewegend functioneren.</li> <li>• Richt je bij hoge reactiviteit op pijnvermindering. Bij middelmatige reactiviteit is pijnname die kort duurt (een dagdeel) acceptabel.</li> <li>• Breid bij goede vooruitgang de activiteiten in 6 tot 12 weken uit tot op het oude niveau.</li> </ul>

## Gedragsgeorïenteerde behandelingen

Profiel 1 en 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij profiel 1 en 2 volstaat een gedegen uitleg en focus op het biopsychosociaal model.</li> </ul>
Profiel 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overweeg gedragsgeorïenteerde behandeling om de fysieke activiteit en participatie te optimaliseren bij patiënten met dominante (psychosociale) prognostische factoren.</li> <li>• Overweeg de gedragsgeorïenteerde behandeling te personaliseren door deze specifiek te richten op de psychosociale prognostische factoren.</li> </ul>
Type	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bespreek de keuze van gedragsgeorïenteerde behandeling met de patiënt en sluit aan bij de behoeften, voorkeuren en mogelijkheden van de patiënt en bij de kennis en vaardigheden van jou als therapeut.</li> </ul>

## Manipulaties en mobilisaties\*, massage, TENS en interferentie

Deze niet-oefentherapeutische interventies vallen buiten het competentieprofiel van de oefentherapeut (Cesar/Mensendieck), tenzij de oefentherapeut de aanvullende competenties behaald heeft door middel van scholing.

Profiel 1	<p>Pas geen manipulaties en mobilisaties, massage, TENS of interferentie toe.</p>
Profiel 2 en 3	<p>Overweeg in profiel 2 en 3 mobilisaties en/of manipulaties* uit te voeren bij patiënten met lage rugpijn in aanvulling op oefentherapie indien het probleem mechanisch verklaard kan worden vanuit stoornissen binnen het neuromusculoskeletaal systeem.</p> <p><b>Pas massage alleen toe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• indien je als therapeut beoordeelt dat er een verband is tussen de verhoogde spierspanning en de klachten, en</li> <li>• indien het verminderen van de verhoogde spierspanning nodig is om te komen tot een actieve benadering, en &gt;</li> </ul>

>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• om bereidwilligheid ten aanzien van een actieve benadering te creëren en te komen tot bewegen en zelfredzaamheid van de patiënt, en</li> <li>• als massage een onderdeel is van een bredere aanpak, dus in combinatie met actieve en/of gedragsgeoriënteerde behandeling, en</li> <li>• als de massage kortdurend is.</li> </ul> <p>Pas geen TENS of interferentie toe.</p>
LRS	<p>Pas geen massage, TENS of interferentie toe.</p> <p>Pas manipulaties en mobilisaties bij voorkeur niet toe.</p>

\* Onder mobilisaties wordt verstaan passieve artrogene mobilisaties. Onder manipulaties worden verstaan 'high-velocity-thrust'-technieken.

### Evaluatie en verwijzing

Herhaal de evaluatie van het risico op aanhoudende klachten bij onvoldoende vermindering van de klachten\*. Voer de herevaluatie ten minste uit bij profiel 1 na drie weken, profiel 2 na drie en zes weken en profiel 3 na zes weken en na 12 weken.

Profiel 1 en 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overweeg op basis van de herevaluatie het behandelprofiel (of de behandeling) aan te passen.</li> <li>• Verwijs bij onvoldoende vermindering van de klachten de patiënt naar de huisarts indien de herevaluatie geen nieuwe inzichten oplevert en je niet verwacht dat een aanpassing van het behandelprofiel (of van de behandeling) afdoende is.</li> </ul>
Profiel 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neem contact op met de huisarts bij onvoldoende vermindering van de klachten na zes weken.</li> <li>• Verwijs de patiënt naar de huisarts bij onvoldoende vermindering van de klachten na 12 weken, en overleg over een volgende fase in de stapsgewijze benadering.</li> </ul>
LRS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwijs de patiënt met een LRS naar de huisarts wanneer er twijfel bestaat over of de medicatie voldoende hoog gedoceerd is.</li> <li>• Verwijs de patiënt met een LRS naar de huisarts bij een totale klachtenduur van zes tot acht weken en onvoldoende afname van de pijn en/of uitvalsverschijnselen.</li> </ul>

\* Of er sprake is van (on)voldoende vermindering van de klachten wordt beoordeeld door de patiënt, in overleg met de therapeut en kan eventueel worden ondersteund door meetinstrumenten.