

Chronische specifieke lage rugpijn

Info voor patiënten

PIJNKLINIEK

contact
Tel. 09 332 22 51

datum
29/11/2024

pagina
1/5

1 Inleiding

In dit document krijg je informatie over chronische rugpijn. We beschrijven zinvolle manieren om de pijn aan te pakken en hebben het over de beperkingen van de huidige medische behandelingen.

Deze tekst is gebaseerd op richtlijnen uit België, Nederland en het Verenigd Koninkrijk en op het advies van de Wereldgezondheidsorganisatie. De nationale en internationale aanbevelingen putten op hun beurt uit wetenschappelijke studies die zijn aangevuld met de kennis van experts met jarenlange ervaring.

Hoewel we veel aspecten nog onvoldoende begrijpen, krijgen we geleidelijk wel meer inzicht in het ontstaan en de evolutie van chronische pijn en de aanpak die nuttig kan zijn.

2 Evaluatie

Bij een eerste contact met de huisarts of een specialist is het belangrijk om de kenmerken van je pijn te overlopen: hoe is ze ontstaan, waar treedt ze op, wat is de aard van de pijn, wat is de impact van rusten en bewegen, enz. Je arts vraagt mogelijk ook naar mogelijke verbanden met je werk, je mening over het ontstaan van de pijn, je zorgen, verwachtingen en emotionele toestand en de reacties van je omgeving op de pijn.

2.1 Beïnvloedende factoren

Deze factoren spelen mogelijk een rol bij het chronisch worden van pijn:

- Steeds meer beperking in je activiteiten
- Angst voor toename van de pijn of voor het oplopen van een letsel bij het bewegen
- Beweging vermijden
- De overtuiging dat een ernstige lichamelijke afwijking de verklaring is voor de pijn (doemdenken)
- De verwachting dat de pijn zal verergeren en dat snelle werkhervatting niet mogelijk zal zijn
- Een lage werktevredenheid
- De overtuiging dat je werk meer letsels zal veroorzaken
- Zware beroepsactiviteiten met weinig mogelijkheden om taken aan te passen en onvoldoende steun van leidinggevenden of collega's
- Financiële zorgen, juridische procedures
- Depressie, chronische stress
- Onvoldoende begrip en steun, maar ook overbezorgdheid in de omgeving

Al deze factoren kunnen het herstel belemmeren.

2.2 Onderzoeken

Vragen stellen en luisteren naar wat een patiënt te vertellen heeft over zijn pijn (anamnese) en een eenvoudig lichamelijk onderzoek volstaan meestal om specifieke en ernstige oorzaken van rugpijn uit te sluiten. We spreken in dat geval van aspecifieke lage rugpijn.

Gespecialiseerde onderzoeken zoals een röntgenfoto, MRI-scan, bloedonderzoek en EMG-onderzoek, geven bij aspecifieke rugpijn gewoonlijk geen extra waardevolle informatie en worden dus niet aanbevolen. Er is meestal geen verband tussen de afwijkingen op de foto's en de klachten van de patiënt. Daarom hebben de resultaten van deze onderzoeken geen invloed op de keuze van de behandeling.

Als er bij aspecifieke rugpijn afwijkingen worden gezien op röntgenfoto's of scans zijn dat meestal toevallige vondsten die de pijn niet veroorzaken en die hooguit iets vertellen over de leeftijd van de patiënt. Slijtage en artrose behoren tot het normale verouderingsproces en komen ook voor bij mensen die geen rugpijn hebben.

Van alle 40-jarigen zonder rugpijn heeft 68 procent slijtage van de tussenwervelschijf, 50 procent een uitpuiling van de tussenwervelschijf, 33 procent een discushernia en 18 procent facetartrose. Op zestigjarige leeftijd heeft 88 procent van de mensen slijtage van de tussenwervelschijf, 69 procent een uitpuiling en 50 procent facetartrose.¹

Het gebruik van beeldvorming kan zelfs nadelig zijn. Als een patiënt weet dat er een afwijking te zien is op een scan, kan dit leiden tot angst, vermijdingsgedrag, fixatie op de afwijking en verergering van de pijnervaring, zelfs als deze afwijking niet de oorzaak is van de pijn.

Vaak voorkomende afwijkingen op beeldvorming kunnen leiden tot een verkeerde diagnose. Artsen richten zich dan op de behandeling van onschadelijke afwijkingen wat kan leiden tot overbodige operaties en infiltraties die op hun beurt meer pijn en complicaties veroorzaken.

2.3 Zorgwekkende klachten

Als de rugpijn gepaard gaat met andere symptomen en zorgwekkende klachten is wel dringend medisch onderzoek aangewezen. Alarmsignalen zijn onder andere:

- Opkomende pijn die niet afhankelijk is van beweging of houding
- Hevige uitstralingspijn in een been
- Krachtvermindering of verlies van gevoel in de benen
- Gevoelloosheid in het gebied tussen de anus en de geslachtsorganen
- Incontinentie voor urine of stoelgang.

Afhankelijk van de oorzaak van de pijn word je doorverwezen naar een chirurg of een specialist inwendige ziekten. Een behandeling in een pijnkliniek is dan niet onmiddellijk aan de orde.

3 Chronische pijn

Chronische pijn is een blijvend gezondheidsprobleem met meerdere kanten. Lichamelijke, psychische en sociale factoren dragen samen in verschillende mate bij aan je pijnervaring, gedrag en levenskwaliteit. Officieel spreken we van chronische pijn als het probleem langer dan drie maanden aanhoudt. Het verband

¹ Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. Brinjikji W. Am J Neuroradiol 2015

tussen de mogelijke weefselschade en de pijn als een soort alarmsignaal is minder duidelijk dan bij acute pijn en psychische en sociale factoren spelen een grotere rol.

We schatten dat ongeveer 1 op de 5 volwassenen kampen met matige tot ernstige chronische pijn. Er bestaan verschillende verklaringen voor het ontstaan. Meestal zijn die theoretisch en maar in beperkte mate gebaseerd op proefondervindelijk onderzoek. Centrale sensitisatie is een van de meest waarschijnlijke verklaringen voor chronische pijn.

3.1 Centrale sensitisatie

Bij centrale sensitisatie is er sprake van overgevoeligheid of prikkelbaarheid door veranderingen in de hersenen en het ruggenmerg. Er worden nieuwe zenuwverbindingen gemaakt die ervoor zorgen dat onschuldige prikkels pijn veroorzaken of dat pijn niet langer alleen veroorzaakt wordt door prikkels uit het lichaam. De pijn kan heviger zijn dan verwacht en zich uitbreiden naar andere plaatsen. Vaak wordt hiervoor de term 'nociplastische pijn' gebruikt.

De overgevoeligheid kan het gevolg zijn van acute pijn maar kan ook ontstaan zonder duidelijke aanleiding en ervoor zorgen dat prikkels gemakkelijker worden doorgegeven. Deze hersenactiviteit wordt zelf negatief of positief beïnvloed door lichamelijke en psychische factoren zoals vermoeidheid, stress en angst of geruststelling, afleiding en beweging.

3.2 Altijd ernstig nemen

De overgevoeligheid of prikkelbaarheid en het feit dat er geen duidelijk verband lijkt te zijn tussen de pijn en eventuele weefselschade betekent zeker niet dat de pijn ingebeeld is of dat er een psychiatrische aandoening aan ten grondslag ligt. We nemen patiënten met chronische pijn altijd ernstig.

Als je continu hevige pijn voelt, is het vaak moeilijk om te begrijpen of te aanvaarden dat deze pijn meestal geen waarschuwing is voor een beschadiging in het lichaam. De pijn wijst dus niet op een gevaarlijke situatie in de rug. Lang blijven zoeken naar een duidelijke oorzaak levert meestal niets op. De ontregeling van het zenuwstelsel speelt een veel grotere rol bij blijvende pijn. Ook als er een duidelijke oorzaak gevonden werd voor de chronische pijn (ontsteking, infectie, uitzaaiingen), speelt de ontregeling van het zenuwstelsel vaak een belangrijke rol.

4 Dagelijks functioneren

Bij de aanpak van chronische rugpijn focussen we ons op het dagelijks functioneren en manieren om met de klachten om te gaan. Dat is effectiever dan zoeken naar middelen die de pijn doen verdwijnen.

4.1 Beweging

We moedigen je aan om te bewegen, geleidelijk actiever te worden en je werk te hervatten. Daarbij houden we altijd rekening met je mogelijkheden. Bij specifieke rugpijn kan beweging de pijn tijdelijk doen toenemen, zeker als de activiteit te snel wordt opgedreven, maar bewegen veroorzaakt geen schade.

Je laat je het best professioneel begeleiden door een kinesitherapeut als je je activiteiten wil opbouwen. Die kan een schema voor je opstellen met vaste tijdstippen en intervallen.

4.2 Ontspanning

Zorg voor voldoende ontspanning, zoals een hobby, muziek, wandelen in de natuur, yoga, tai chi, sport en verschillende vormen van meditatie. Let erop dat je inspannende activiteiten afwisselt met ontspanning. Probeer ook goed en voldoende te slapen.

4.3 Manipulatie, mobilisatie en massage

Kinesitherapeuten bieden ook andere behandelingen aan zoals manipulatie, mobilisatie en massage. Die kunnen de pijn tijdelijk verminderen en je functioneren verbeteren, maar alleen als aanvulling op de oefentherapie. Er is onvoldoende betrouwbaar wetenschappelijk bewijs dat deze technieken zonder oefeningen effect hebben. Daarom bevelen we ze niet aan als behandeling. Ze kunnen wel hun nut hebben als oefeningen en zelfbeheer (aanpassing van je levensstijl, gedoseerde activiteit, regelmatige rustpauzes, enz.) niet volstaan.

Bij patiënten met uitstralingspijn (hernia) kan manipulatie risico's inhouden.

4.4 Mentaal welzijn

Een psycholoog kan je helpen om gedachten om te buigen die je welzijn en functioneren schaden, zoals zwart-witdenken, catastroferen en je wentelen in schuldgevoelens. Je leert technieken aan om beter om te gaan met uitdagingen, stress en emotionele spanning. Psychologische begeleiding is uiteraard nooit verplicht, maar in combinatie met oefentherapie en zelfbeheer kan het voordelen bieden bij het ziekteverloop.

5 Medicatie

Medicatie is zeker niet altijd nodig bij lage rugpijn met of zonder uitstraling. Veel patiënten proberen medicatie uit maar het effect is vaak teleurstellend.

5.1 Klassieke pijnmedicatie

Bij acute pijn kan je paracetamol en ontstekingsremmers nemen. Bij patiënten die ontstekingsremmers niet verdragen of niet kunnen nemen omwille van gezondheidsrisico's kan tramadol worden overwogen.

Klassieke pijnmedicatie (paracetamol, ontstekingsremmers en sterke morfine-achtige pijnstillers) hebben geen invloed op sensitisatie. Daarnaast is het langdurig gebruik van ontstekingsremmers en morfine-achtige pijnstillers niet zonder risico. Het gebruik wordt sterk afgeraden bij de behandeling van chronische rugpijn zonder duidelijke oorzaak.

5.2 Cannabis

Ook het gebruik van cannabis raden we af omwille van de risico's en het gebrek aan zekerheid over de werkzaamheid. Er is ook geen bewijs dat het zin heeft om angstremmende en kalmerende middelen te nemen die soms worden voorgeschreven als spierontspanners. Omwille van hun bijwerkingen, zeker bij chronisch gebruik, worden ze beter niet gebruikt bij chronische rugpijn.

5.3 Antidepressiva en middelen tegen epilepsie

Bepaalde antidepressiva en middelen tegen epilepsie worden terecht heel vaak gebruikt voor de behandeling van zenuwpijn. Bij een minderheid van de patiënten hebben ze een beperkt positief effect op

de overgevoeligheid. Toch wordt het routinematig gebruik bij chronische rugpijn, zonder duidelijke aanwijzingen van zenuwpijn, niet aanbevolen.

6 Infiltraties

6.1 Denervatie

Bij een vermoeden van facetgewrichtspijn kunnen we een behandeling met radiofrequente stroom of denervatie overwegen als andere behandelingen falen en een testinfiltratie een duidelijk positief resultaat geeft. De kans op slagen van een denervatie is groter bij pijn die voornamelijk aan één kant van de rug, links of rechts, voorkomt en als de pijn toeneemt bij het achteroverbuigen (holle rug) en bij draaibewegingen. De kans op slagen wordt kleiner als de pijn voornamelijk in het midden van de rug zit of bandvormig is over de volledige breedte van de rug, als de pijn toeneemt bij het vooroverbuigen en als de rug al eerder werd geopereerd.

6.2 Epidurale infiltratie

Een epidurale infiltratie met corticoïden is een optie bij acute uitstralingspijn, bijvoorbeeld als gevolg van een discushernia, maar heeft geen zin bij de behandeling van chronische aspecifieke rugpijn.

7 Slot

Zelfs als je de richtlijnen en het advies van de Pijnkliniek nauwgezet opvolgt en alle zinvolle behandelingen worden toegepast, is het jammer genoeg toch mogelijk dat de rugpijn niet helemaal verdwijnt. Een verbetering van je functioneren en van je levenskwaliteit is dikwijls wel haalbaar.