

ACUUT LUMBOSACRAAL RADICULAIR SYNDROOM

Bij deze werkafspraken is uitgegaan van:

- de NHG-Standaard "Lumbosacraal radiculair syndroom (2005)
- de richtlijn "Lumbosacraal Radiculair Syndroom (2008) van de Nederlandse vereniging van neurologen

Doel: goede afstemming van beleid tussen 1^e en 2^e lijn, met speciale aandacht voor snelle doorstroming van patiënten die in aanmerking komen voor verwijzing naar de 2^e lijn.

Omschrijving Lumbosacraal radiculair syndroom (LRS)

Radiculaire pijn in één been, al dan niet met andere prikkelingsverschijnselen en neurologische uitvalsverschijnselen van de aangedane lumbosacrale zenuwwortel(s).

LRS gaat vaak gepaard met lage rugpijn, maar beenklachten staan op de voorgrond.

Typisch voor radiculaire pijn is uitstraling in één been, tot in het onderbeen, scherp van karakter, gelokaliseerd in het verzorgingsgebied van de betreffende zenuwwortel ("dermatomaal patroon"), al dan niet gepaard gaande met sensibele of motorische uitval volgens het zelfde dermatoom.

De oorzaak van LRS is irritatie van of compressie op de zenuwwortel, meestal door een discushernia.

Bij afwezigheid van alarmsymptomen uitgaan van een discushernia als oorzaak van het LRS.

Alarmsignalen

- **Maligniteit**
 - continue pijn onafhankelijk van houding of bewegen
 - nachtelijke pijn
 - uitgebreide neurologische uitvalsverschijnselen
 - algehele malaise
 - maligniteit in voorgeschiedenis
 - onverklaard gewichtsverlies
 - verhoogde BSE
- **Cauda Equina Syndroom**
 - doof gevoel in de schaamstreek en rond de anus (rijbroek)
 - omgewild urineverlies of juist niet kunnen plassen of fecesverlies
 - plotseling sterk toenemend verlies van spierkracht in de benen
- **Koorts** (epiduraal abces)

Richtlijnen beleid

Huisarts

- **Voorlichting**
 - Oorzaak van de klachten is prikkeling van een zenuwwortel in de rug, meestal door een hernia
 - Zenuwprikkeling en klachten verdwijnen meestal zonder specifieke maatregelen (85 % spontane verbetering)
 - Behandeling richt zich in de eerste fase vooral op adequate pijnstilling!
 - Laat patiënt indien mogelijk in beweging blijven en doorgaan met de dagelijkse activiteiten: mobiliseren op geleide van klachten. Enkele uren bedrust kunnen verlichting geven, maar bedrust draagt niet bij aan een sneller herstel
 - Na 4 weken valt bij onvoldoende verbetering en bij ontbreken van alarmsymptomen verwijzing naar een neuroloog te overwegen om te laten beoordelen of een chirurgische ingreep aangewezen is (HNP-straat/radiculaire poli)
 - Adviseer de patiënt direct contact op te nemen bij Cauda Equina symptomen
 - Geef de patiënt instructie hoe te handelen bij optreden van ernstige parese of sensibele uitval
- **Niet medicamenteuze behandeling**

Overweeg **na enige weken** verwijzing naar oefen- of fysiotherapeut indien de patiënt intensievere activerende begeleiding nodig lijkt te hebben (Bij pseudo-radiculaire klachten kan fysiotherapie helpen. Bij een hernia kan fysiotherapie ondersteuning bieden en kan worden gekeken naar houdings- en stabiliteitsoefeningen. De hernia zelf gaat niet eerder weg door fysiotherapie. Geen manipulaties aan de wervelkolom!)

▪ **Medicamenteuze behandeling**

Schrijf zo nodig pijnstillers voor volgens stappenplan (additief):

1. Paracetamol tot 4 x 1000 mg
2. NSAID's: Diclofenac 3 x 50 mg of Naproxen 2 x 500 mg (evt. maagbescherming)
3. Morfinomimetica (lang en kortwerkend combineren) volgens opklimmend schema, laxans toevoegen:
Bij voorbeeld: Oxycontin 2dd 10 mg en Oxynorm 5 mg zo nodig (tot 6 maal daags).
Bij voorkeur geen Tramadol i.v.m. risico op blaasretentie
4. Eventueel neuropatische pijnmedicatie: pregabaline, start 2dd 75 mg, daarna ophogen per week op geleide van klachten en bijwerkingen tot maximaal 2 dd 300 mg

▪ **Controles**

- frequentie afhankelijk van ernst van de klachten, na 1 week en na 4 weken
- vervolg beloop aan de hand van de pijn, motorische uitval en proef van Lasègue
- leg bij laatste controle de ernst van de nog aanwezige neurologische uitvalsverschijnselen vast met het oog op recidieven

Verwijzing bij minimaal 4 weken bestaande pijn tenzij er indicatie is voor spoed/semi-spoed

Verwijzing naar neuroloog

- **Spoed (telefonisch contact; tel: 058-2863738)**
 - bij Cauda Equina Syndroom, zie boven bij alarmsignalen.
 - bij koorts
 - bij toenemende parese MRC \leq graad 3 bij mobiele patiënt (zie toelichting MRC graden onderaan schema)
- **Semi-spoed** (binnen 1 week op poli)
 - bij heftige, niet te bestrijden (been)pijn ondanks adequate analgetica
 - bij twijfels over oorzaak (m.a.w. geen discussieproblemen) bij:
 - maligniteit in voorgeschiedenis en/of
 - nachtelijke pijn/toenemende pijn bij liggen
 - bij toenemende sensibele uitval
 - bij ontstaan of verergeren van krachtsuitval (MRC schaal)
- **Regulier** (binnen 2 weken op poli)
Patiënt met: - uitstralende pijn in het been al of niet met rugklachten

Verwijsgegevens:

- Tijdstip ontstaan klachten
- Karakter en ernst van de pijn
- Reactie op medicijnen
- Motorische en sensibele uitval
- Mictieproblemen
- Medicijnlijst (ook alle gebruikte pijnmedicatie)
- Relevante voorgeschiedenis
- Allergiën
- Contra-indicaties MRI diagnostiek (relatief en absoluut, dit ter beoordeling van de radioloog): claustrofobie, pacemaker, implantaat gehoorbeentjes, (mogelijke) zwangerschap, recente operatie, ooit metaalsplinter in de ogen gehad of werkzaam geweest in de metaalindustrie, metalen voorwerpen in lichaam zoals: kunsthartklep, prothese, schroeven, stent, operatieclips, insulinepomp, hydrocephaluspomp, vaatclips in het hoofd, granaatsplinters).

Actie neuroloog

- Neuroloog kan MRI laten maken
- Afhankelijk van uitslag en het beloop: verwijzing naar neurochirurg
- Vervolg via "Herniastraat"

Samenstelling van de werkgroep: dhr. A.F.M. Bartels, huisarts; mw. dr. E.L. van der Kooi, neuroloog; dhr. L.G.F. Sinnige, neuroloog (vervanger dhr Schuiling); dhr. dr. W.J. Schuiling, neuroloog; dhr. M.T. Zarza, huisarts; mw. G.J. Vermeer, medisch coördinator MCC Leeuwarden:

Januari 2009

aanvullingen en correcties door mw. M. Schuurmans, neuroloog : mei 2014



