

Werkafspraken acuut lumboradicaal syndroom (LRS) en de herniastraat ADRZ

Bij deze werkspraak is uitgegaan van:

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

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

Omschrijving lumbosacraal radicaal syndroom (LRS)

Lumbosacraal radicaal syndroom (LRS): radicaire 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 radicaire pijn is uitstraling in één been, meestal tot in het onderbeen, scherp van karakter, gelokaliseerd in het verzorgingsgebied van betreffende zenuwwortel (dermatomaal patroon). 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.

RICHTLIJNEN BELEID

HUISARTS

- Anamnese en lichamelijk onderzoek volgens NHG-Standaard M55(2005).
- In de NHG standaard wordt gewezen op een aantal alarmsymptomen die kunnen wijzen op andere ernstige aandoeningen. Daarnaast zijn er redenen om met spoed te verwijzen naar de neuroloog, of met deze te overleggen (zie onder het kopje Verwijzen).

ALARMSIGNALLEN

- **Maligniteit**
 - begin klachten na 50e jaar
 - continue pijn onafhankelijk van houding of bewegen
 - nachtelijke pijn
 - pijn in beide benen
 - uitgebreide neurologische uitvalsverschijnselen
 - algehele malaise
 - maligniteit in voorgeschiedenis
 - onverklaard gewichtsverlies
 - verhoogde BSE
- **Cauda Syndroom**
 - doof gevoel in de schaamstreek en rond de anus
 - omgewild urineverlies of juist niet kunnen plassen of faecesverlies
 - plotseling sterk toenemend verlies van spierkracht in de benen
- **Koorts** (epiduraal abces)

Voorlichting

- Zoveel mogelijk in beweging blijven, maar voorzichtigheid bij houding en bewegingen die tot extreme pijnklachten leiden.
- Enkele uren bedrust kunnen verlichting geven, maar bedrust draagt niet bij aan een sneller herstel.
- Oorzaak van de klachten is prikkeling van een zenuwwortel in de rug, meestal door een hernia.
- Zenuwprikkeling en klachten verdwijnen meestal zonder specifieke maatregelen (70% spontane verbetering).

Bij patiënten die het conservatieve beleid afwijzen en neurologisch onderzoek wensen, benadrukken dat:

- het geen invloed heeft op het beleid omdat men (wereldwijd) van mening is dat men niet moet opereren als men niet eerst 6-8 weken heeft afgewacht (of natuurlijk herstel optreedt);
- beeldvormend onderzoek (MRI), geen extra informatie oplevert die voor het beleid in de eerste 6-8 weken van belang is;
- door goede mobilisatie en reductie van pijn de klachten bij 8 van de 10 patiënten verminderen ook al kan dat soms een paar weken

Vervolgbeleid:

- Na **6** 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
- Adviseer de patiënt direct contact op te nemen bij symptomen passend bij een cauda-syndroom
- Geef de patiënt instructie hoe te handelen bij optreden van ernstige parese of sensibele uitval

Geef eventueel folder mee:

<http://www.neurologie-zeeland.nl/wp-content/uploads/2012/04/Rughernia-lumbale-HNP.pdf>

Niet medicamenteuze behandeling

- Overweeg na enige weken verwijzing naar oefen- of fysiotherapeut indien de patiënt intensievere activerende begeleiding nodig lijkt te hebben of bij opbouw en hervatten van oude activiteiten.
- Huisarts en fysiotherapeut stemmen onderling af over de inhoud van het conservatieve beleid en wie van hen de patiënt begeleidt.

Medicamenteuze behandeling

Schrijf zo nodig pijnstillers voor volgens stappenplan:

1. Paracetamol tot 4 x 1000 mg
2. NSAID's: ibuprofen (tot 3 x 600 mg) of diclofenac (tot 4 x 50 mg)
3. Spierrelaxantia: diazepam (3 x 5 mg)
4. Morfine b.v. oxycodon (langwerkend preparaat volgens opklimmend schema) i.c.m. 2 x 15 ml lactulose toevoegen; bij voorkeur paracetamol of NSAID handhaven

N.B. Bij voorkeur geen tramadol i.v.m. risico op blaasretentie

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 6 weken bestaande pijn tenzij er indicatie is voor spoed/semi-spoed

VERWIJZING naar NEUROLOOG

- **Spoed (telefonisch contact met dienstdoende neuroloog; tel: 0113-234000)**
 - bij Cauda 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; faxen naar 0118-25812 (Vlissingen) of 0113-234687 (Goes) of via Zorgportaal o.v.v. semi-spoed)**
 - bij heftige, niet te bestrijden (been)pijn ondanks adequate analgetica
 - bij twijfels over oorzaak (m.a.w. geen discusproblemen b.v. fractuur of wervelmeta's) bij:
 - patiënten > 50 jaar, en/of
 - maligniteit in voorgeschiedenis en/of
 - nachtelijke pijn/toenemende pijn bij liggen
 - bij toenemende sensibele uitval
- **Herniastraat (binnen 1 week op poli; faxen naar 0118-25812 (Vlissingen) of 0113-234687 (Goes) of via Zorgportaal o.v.v. Herniastraat)**
 - Verwijs voor het vaststellen van een operatie indicatie naar een neuroloog.
 - Indien conservatief beleid van huisarts en fysiotherapeut niet resulteert in een aanzet tot verbetering binnen 6 weken.
 - Onbeheersbare radiculare pijn (als ook morfine de pijn onvoldoende verlicht).
 - Een vermoeden van een ernstige of zeldzame oorzaak van het LRS.
 - Indien patiënt dusdanig blijft twifelen aan juistheid van beleid dat hij/zij niet in staat is om het beleid te volgen. (Een telefonische second opinion van de neuroloog in het bijzijn van de patiënt kan in sommige gevallen uitkomst bieden).
- **Regulier (volgens wachtlijst, faxen naar 0118-25812 (Vlissingen) of 0113-234687 (Goes) of via Zorgportaal)**
 - Patiënt met uitstralende pijn in het been al of niet met rugklachten (langer dan 3 maanden bestaand), neurogene claudicatie of onzekere diagnose LRS

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, drain i.v.m. hydrocephalus, vaatclips in het hoofd, granaatsplinters).

ACTIE NEUROLOOG

- Neuroloog kan MRI laten maken
- Afhankelijk van uitslag en het beloop: verwijzing naar neurochirurg, pijnpoli of retour huisarts

Kortom:

- 1) Aanmelding poli neurologie;
- 2) Week 1: consult neuroloog;
- 3) Week 1: X- en MRI-LSWK;
- 4) Week 2: indien van toepassing consult neurochirurg;
- 5) Week 2: indien van toepassing consult anesthesist;
- 6) Week 3: indien van toepassing operatie

