

Bronnen: werkafspraak MCC Leeuwarden, NHG-standaard Lumbosacraal radiculair syndroom (2005), richtlijn "Lumbosacraal Radiculair Syndroom (2008) van de Nederlandse vereniging van neurologen

Werkgroep: P. Oomes, J. Schipper, J.W. Hoving, N.M. Damman, J. Grasmeijer

## DOEL

Goede afstemming van beleid tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn, met speciale aandacht voor snelle doorstroming van patiënten die in aanmerking komen voor verwijzing naar de 2<sup>e</sup> lijn.

Voorkomen onnodige diagnostiek en verwijzingen.

## DEFINITIES

### LRS:

Lumbosacraal radiculair syndroom : radiculare pijn in één been, al dan niet met andere prikkelingsverschijnselen en neurologische uitvalsverschijnselen van de aangedane lumbosacrale zenuwwortel(s). LRS gaat vaak gepaard met lagerugpijn, maar beenklachten staan op de voorgrond. Typerend voor radiculare pijn is uitstraling in één been, 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 alarmsignalen uitgaan van discushernia als oorzaak van het LRS. LRS wordt meestal veroorzaakt door een discushernia.

### Anamnese LRS

- |  |   |
|--|---|
| ▪ tijdstip ontstaan (rugpijn en beenpijn)      | ▪ kracht  |
| ▪ acuut – geleidelijk                          | ▪ mictie/defaecatie                               |
| ▪ beenpijn v. rugpijn                          | ▪ rijbroek anaesthesie                            |
| ▪ traject uitstraling (1 specifiek dermatoom?) | ▪ invloed op dagelijks functioneren               |
| ▪ ernst van pijn (VAS) en pijnstillergebruik   | ▪ Invloed op nachtrust                            |
| ▪ houdingsafhankelijk                          | ▪ werk/ ziektewet                                 |
| ▪ hoesten, niezen, persen                      | ▪ progressie v. verbeterings tendens              |
| ▪ sensibliteit                                 | ▪ wens van patiënt m.b.t. diagnostiek/behandeling |

## ALARMSIGNALEN

- begin klachten na 50e levensjaar
- continue pijn onafhankelijk van houding of bewegen
- nachtelijke pijn
- pijn in beide benen, uitgebreide neurologische uitvalsverschijnselen
- algehele malaise

### Maligniteit

- maligniteit in de voorgeschiedenis
- onverklaard gewichtsverlies
- verhoogde BSE

### Cauda-equinasyndroom

- rijbroek anesthesie
- ongewild urineverlies of fecesverlies; blaasretentie
- afwezige sfinceterreflex
- plotseling sterk toenemend verlies van spierkracht, pijn of neurologische uitval, in beide benen.

- koorts

### Epiduraal abces

## RICHTLIJNEN/BELEID

### Huisarts

#### Voorlichting

- Oorzaak van de klachten is prikkeling van een zenuwwortel in de rug, meestal een hernia
- Prikkeling en klachten verdwijnen meestal zonder specifieke maatregelen (70% spontane verbetering, binnen 1 jaar 90% volledig herstel).
- Laat patient indien mogelijk in beweging blijven doorgaan met dagelijkse activiteiten; enkele uren bedrust kunnen verlichting geven, maar bedrust draagt niet bij aan een sneller herstel.
- Na 6 weken valt bij onvoldoende verbetering c.q. persisterende pijn verwijzing te overwegen om te laten beoordelen of een chirurgische ingreep aangewezen is. (\*)
- Adviseer patient direct contact op te laten nemen bij cauda equinasymptomen
- Geef patient instructie hoe te handelen bij optreden van ernstige dan wel toenemende parese

## BEHANDELING

### Niet medicamenteuze behandeling

Overweeg na enige weken verwijzing naar oefen- of fysiotherapeut wanneer intensievere activerende begeleiding nodig is

### 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. Lyrica 2 x 75 mg ophogen tot max.. 2 x 300 mg
4. Morfine (langwerkend preparaat volgens opklimmend schema, 2 x 10 mg laxans toevoegen; bij voorkeur Paracetamol of NSAID handhaven). 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 NAAR NEUROLOOG

**Verwijzing bij minimaal 6 weken bestaande pijn tenzij er indicatie is voor (semi)speed**

### Speedverwijzing

- bij Cauda Equina Syndroom
- bij koorts
- bij algemene malaise

### Semi-speedverwijzing na overleg neuroloog

Aanwezigheid alarmsignalen.

### Verwijzen na overleg neuroloog binnen 1 à 2 weken

- Bij toenemende parese
- bij heftige, niet te bestrijden (been)pijn ondanks adequate analgetica
- bij twijfels over oorzaak (m.a.w. geen discusproblemen) bij:
  - patiënten > 50 jaar, en/of
  - maligniteit in voorgeschiedenis en/of
  - nachtelijke pijn/toenemende pijn bij liggen
  - bij toenemende sensibele uitval
  - patiënt met: - uitstralende pijn in het been al of niet met rugklachten
- 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

## ACTIE NEUROLOOG

Patiënt wordt binnen een week gezien. Neuroloog laat een MRI maken en zorgt er indien nodig voor dat de patiënt binnen 2 weken door de neurochirurg wordt gezien.

## Neurologisch onderzoek LRS

### 1. houding en looppatroon

- thoraco-lumbale scoliose
- lumbale fixatie
- anthalgisch lopen
- hanetred

### 2. wortelprickeling

- Lasègue (L4, L5, S1)
- Omgekeerde Lasègue (L2, L3, L4)
- Kemp, Naffziger, Bragard.

### 3. kracht/atrofie

MRC score 0 – 5

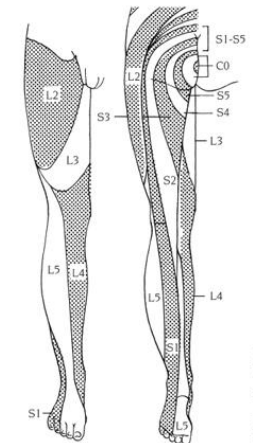
#### Spier

- m. iliopsoas
- m. quadriceps femoris
- m. tibialis anterior
- m. peronei
- m. extensor hallucis longus
- m. gastrocnemius
- m. biceps femoris

#### Wortel

- L2, L3
- L3, L4- m.
- L5, L4
- L5
- L5
- S1
- S1

- 4. reflexen  
KPR (L3, L4)  
APR (S1)
- 5. sensibiliteit



Bron: A. Hijdra, et al. Neurologie, derde druk, Maarsse: Elsevier Gezondheidszorg, 2003.