

# Rug-netwerk Maastricht- Heuvelland

*Aanbevolen fysiotherapie behandelingen voor  
patiënten met lage rugklachten*

Vorming Rug-netwerk Maastricht-heuvelland

Samenwerking van Stadspoli Rug / Orthopedie MUMC+ en Fy'net Maastricht-Heuvelland

Versie 2

Februari 2023

## Inhoudsopgave

- 1) Voorwoord
- 2) Flowchart
- 3) Lumbosacraal radiculair syndroom
- 4) (Osteoporotische) wervelfracturen
- 5) Subacute aspecifieke rugklachten
- 6) Chronische aspecifieke rugklachten
- 7) Neurogene claudicatio

## Voorwoord

Dit document is gemaakt om een overzicht te geven van de aanbevolen behandelingen, uit te voeren door fysiotherapeuten in de eerste lijn, voor patiënten met lage rugklachten binnen het te formeren Rug-netwerk in de regio Maastricht–Heuvelland. Het primaire doel van dit initiatief is het creëren van standaardisatie en uniformiteit in diagnostiek, evaluatie en behandeling van patiënten met lage rugklachten. Het overzicht is gebaseerd op huidige beschikbare fysiotherapeutische richtlijnen (KNGF) aangevuld met nieuwe inzichten vanuit de wetenschappelijke literatuur en gangbare zorg in de 1<sup>ste</sup> lijns behandeling (Practice Based Evidence).

Het document is tot stand gekomen in een werkgroep van Fy'net (1 ste lijns fysiotherapeuten, werkzaam in de regio Maastricht-Heuvelland), de Stadspoli Rug en de afdeling Orthopedie van het Maastricht UMC<sup>+</sup>. Het betreft een levend document dat aangepast kan worden na het verkrijgen van nieuwe inzichten. Eventuele verdere verspreiding van dit document is mogelijk na overleg met leden van de projectgroep.

Het voornaamste doel is de beste zorg te verstrekken aan iedere individuele patiënt met rugklachten, ongeacht door welke verwijzende specialist en/of behandelend therapeut hij/zij gezien wordt. Uniformiteit, transparantie en monitoring van behandeling zijn hiervoor belangrijke uitgangspunten.

De pijlers van behandeling rusten op de bekende trias van Evidence Based Practice, bestaande uit Research Based Evidence, Practice Based Evidence en Patient Values/Circumstances. We hopen dat dit document voor iedere discipline werkbaar is, aangezien de verscheidene disciplines een iets andere “taal” spreken. In de Flowchart worden de medische diagnoses als vertrekpunt genomen en uitgewerkt conform eerstelijns fysiotherapeutische verslaglegging.

## Projectgroep

De projectleden die primair betrokken waren bij de vorming van dit document betroffen:

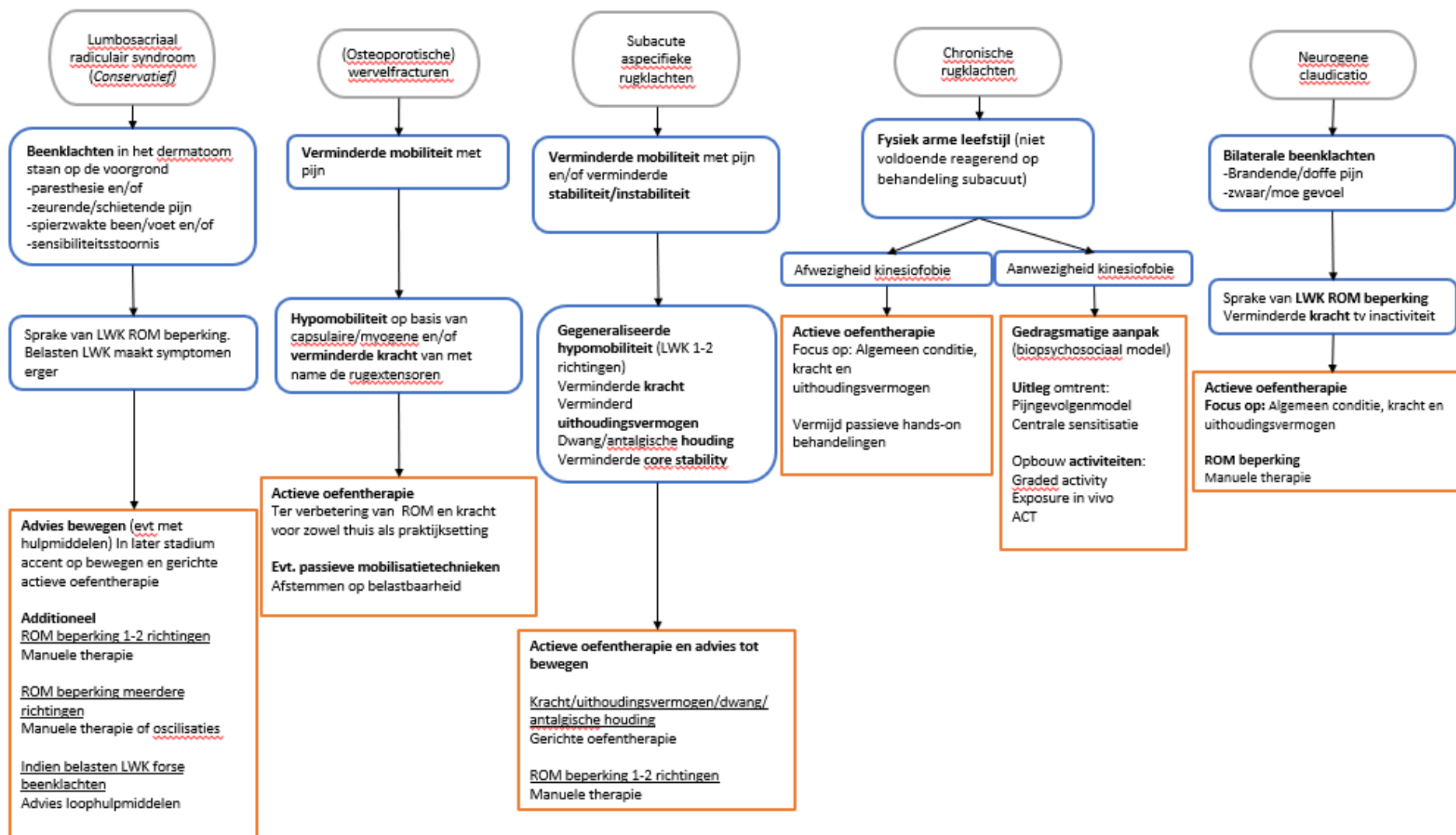
- Paul Willems, orthopedisch chirurg, MUMC+
- Frans Abbink, fysiotherapeut, bewegingswetenschapper, Fy'net bestuur
- Tom Hameleers, fysiotherapeut, bewegingswetenschapper
- Robin de Bot, arts-onderzoeker orthopedie MUMC+

Onderstaande leden waren betrokken bij ondersteuning en kritische analyses van het document

- Vera Baadjou, revalidatiearts, MUMC+
- Brigitte Brouwer, neuroloog-pijnspecialist, MUMC+
- Charles Wijnands, huisarts Maastricht Heuvelland
- Esther Janssen, 2<sup>e</sup> lijns fysiotherapeut, MUMC+
- Ilona Punt, 2<sup>e</sup> lijns fysiotherapeut, MUMC+
- Henk Salden, fysiotherapeut, Fy'net bestuur
- Peter Coumans, fysiotherapeut, Fy'net bestuur
- Johan Peters, fysiotherapeut, adviseur Fy'net bestuur
- Dominic Geuskens, fysiotherapeut (2<sup>de</sup> versie)
- Marc Schiepers, fysiotherapeut (2<sup>de</sup> versie)

## Opbouw

In het document is een flowchart te vinden die een overzicht geeft van de 1<sup>ste</sup> lijns fysiotherapeutische diagnostiek en behandeling bij een medische diagnose gesteld door de verwijzer. Een nadere verdieping per diagnose volgt verderop in het document. In het algemeen zijn lage rugklachten te destilleren tot 5 'hoofddiagnoses' welke gesteld kunnen worden na consultatie op de stadspoli Rug of op de poli Orthopedie MUMC+, of na consultatie van de huisarts. Aan de hand van deze diagnoses is een overzicht opgesteld van de evaluatie- en behandelstappen die genomen kunnen worden nadat een patiënt is doorverwezen naar de fysiotherapeut.



## Lumbosacraal Radiculair Syndroom

(Voornamelijk Profiel 3 KNGF richtlijn lage rugpijn)<sup>1</sup>

Signalen die duiden op een lumbosacraal radiculair syndroom<sup>1</sup>

- Pijn in het been die meer op de voorgrond staat dan de lage rugpijn
- Neurologische prikkelings- of uitvalsverschijnselen (kracht en sensibiliteit) in dermatoom/myotoom
- Verandering in de neurologische reflexen die duiden op radiculare prikkeling

---

### Diagnostiek therapeut

Patient reported outcomes/vragenlijsten (minimaal op baseline en ter eindevaluatie)

- Activiteiten **PSK**
- Participatie **PSK**
- Pijn/Tinteling: **NRS**
- Activiteiten/Participatie: **QBPDS**

Functie en anatomische veranderingen:

- Beoordelen van het beweeggedrag en algemene statiek (stand van de wervelkolom, bekken en benen)
- Functioneel bewegingsonderzoek
- Actief bewegingsonderzoek van de lumbale wervelkolom en het bekken
- Radiculare prikkeling: SLR
- ROM: Actief o.a. Schober Test
- Passief bewegingsonderzoek, zowel belast als onbelast
- Kracht Kennspieren: m. quadriceps/tibialis anterior/ext. Hall. Longus/triceps surae (afhankelijk van aangedane niveau)
- Reflexen (patellapees, achillespees en voetzool) /sensibiliteit
- Stabiliteitstesten (o.a. voor core stability)

**Mogelijk sprake van radix prikkeling bij:**<sup>1</sup>

- onderzoek van de pijn distributie (wel/niet gebonden aan een dermatoom) en
- onderzoek van de vinger-vloer afstand bij vooroverbuigen met gestrekte knieën (positief bij een afstand > 25 cm), en
- de test van Lasègue, de gekruiste test van Lasègue of de omgekeerde test van Lasègue, plus
- onderzoek van de spierkracht (MRC-score van de kennspieren), en
- onderzoek van de vitale en gnostische sensibiliteit (wel/niet gebonden aan een dermatoom) plus
- onderzoek van de reflexen (achillespees, kniepees, voetzool).

NB Zijn de symptomen suggestief voor een LRS, maar ontstaan de klachten alleen tijdens staan en lopen, wees dan ook bedacht op vasculaire claudicatio of neurogene claudicatio intermittens (het syndroom van Verbiest).



## Behandelingen (of Therapie)

Het voornaamste onderdeel van behandeling betreft *(functionele) oefentherapie* waarbij de *PSK* leidend is. Hierbij zal (een poging tot) activering, afhankelijk van de actualiteit van de klacht, binnen het ADL voorop staan met aandacht voor oefeningen thuis. Counseling in de vorm van educatie en informeren/adviseren over de aard van klachten, het beloop en de prognose, de diagnostiek en de behandelopties zijn essentieel om zo het zelfmanagement te stimuleren.<sup>1</sup> Overweeg gedragsgeoriënteerde behandeling om de fysieke activiteit en participatie te optimaliseren bij patiënten met dominante (psychosociale) prognostische factoren.<sup>1</sup>

### **Specifieke behandelmogelijkheden per aandachtsgebied:**

#### **Patiënten met hypomobiliteit LWK in 1-2 richtingen**

Gerichte training in de beperkte bewegingsrichting is gewenst. Daaropvolgend kan worden geoefend met een algemener karakter in alle bewegingsrichtingen. Van groot belang is dat de (radix) prikkeling niet mag toenemen, eventuele rugpijn mag toenemen in samenspraak met de patiënt.

Manuele therapie kan bij hypomobiliteit in twee richtingen bijdragen aan een spoediger herstel en positieve effecten bewerkstelligen op zowel de korte als lange termijn (bijvoorbeeld, maar zeker niet gelimiteerd tot, het McKenzie oefenprogramma voor thuis).<sup>2,3,4,5</sup>

In een later stadium wanneer de pijn dit toelaat, bij **verminderde stabiliteit**: Core Stability training.

Tekenen van een verminderde stabiliteit zijn<sup>6</sup>:

- Aanwezigheid van algemeen vergrote flexibiliteit (evt. post partum of SLR>90 graden)
- "Instability catch" of vreemde bewegingen (abarrant movements) tijdens lumbale flexie of extensie
- Bij aanhoudende posities een drang om (frequent) te bewegen
- "Positieve "Prone Instability Test"
- Positive "Bridging" and "Leg lifting" test.

Bij Core Stability training aandacht voor het leren aanspannen van de juiste musculatuur, mogelijkheden tot op het juiste moment aanspannen (aansturingsinstabiliteit) en een geleidelijke functionele opbouw op basis van het inzicht van de specifieke fysiotherapeut.

Bij noodzaak tot pijn vermindering kan door de therapeut overwogen worden om de volgende interventies in te zetten (Let op; dit zijn geen enkelvoudige interventies en enkel kortdurend toepasbaar):E

-Massage (*Overweeg massage alleen toe te passen indien er sprake is van een verhoogde spierspanning van de musculatuur rondom de lumbale wervelkolom én het niet direct lukt om de patiënt zich te laten conformeren aan een actieve aanpak als gevolg van een sterke voorkeur voor massage of sterke verwachtingen of overtuigingen ten aanzien van massage.*)

-Warmte

-Mobilisaties/Manipulaties (*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*)

Let op: (bij voorkeur niet toepassen) Bij patiënten met LRS zijn de onderstaande interventies niet opgenomen in de richtlijn van KNGF en is er matig bewijs te vinden van effectiviteit. Het blijkt ook tijdelijke effectiviteit te zijn en dus zeker niet te gebruiken als solitaire behandelmethode.

-Shockwave



### Literatuur

1. Swart NM, Apeldoorn AT et al. KNGF-richtlijn Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom. Amersfoort: Drukkerij De Gans; 2021
2. Leininger B, Bronfort G, Evans R, Reiter T. Spinal Manipulation of Mobilization for Radiculopathy: A Systematic Review. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*. 2001;22:10-125
3. Kuhn timer A, Kuhn timer J, Rosedale R. The McKenzie Method and its association with psychosocial outcomes in low back pain: a systematic review. 2020;1-15
4. Ozlem U, Aynur D et al. The Effect of Manual Therapy and Exercise in Patients With Chronic Low Back Pain: Double Blind Randomized Controlled Trial. *J Back Musculoskeletal Rehabil*. 2017 Nov 6;30(6):1303-1309. Doi: 10.3233/BMR-169673.
5. Mahmoudzadeh A, Sadat Rezaeian Z et al. The Effect of Dry Needling on the Radiating Pain in Subjects With Discogenic Low-Back Pain: A Randomized Control Trial. *J Res Med Sci*. 2016 Oct 18;21:86. Doi: 10.4103/1735-1995.192502. eCollection 2016.
6. Cook C, Brismée JM, Sizer PS. Subjective and objective descriptors of clinical lumbar spine instability: A Delphi study. *Man Ther*. 2006 Feb;11(1):11–21.



## Osteoporotische wervelfractuur

(conservatief)

- Hieronder vallen fracturen van de wervelkolom (hoog frequent in de thoracolumbale overgang (TLO)).<sup>1</sup>
- De oorzaken zijn traumatisch van aard (hoge axiale druk) of ten gevolge van (postmenopauzale) osteoporose.<sup>2,3</sup>
- Vaak is hierbij sprake van kyphosering en een verminderde ROM van de rug samengaan met pijnklachten.

---

### Diagnostiek therapeut

#### Patient reported outcome/vragenlijsten (minimaal op baseline en ter eindevaluatie)

- Activiteiten **PSK**
- Participatie **PSK**
- Pijn **NRS**
- Activiteiten/Participatie: **QBPDS**

#### Functie en anatomische veranderingen:

- ROM (passief en actief)
- Stabiliteitstesten (o.a. voor core stability)

#### **Frequent samen voorkomende onderzoeksbevindingen:**

##### Hypomobiliteit

Op basis van capsulaire/myogene beperkingen (bij osteoporose voornamelijk een extensiebeperking van de wervelkolom).<sup>2</sup> Soms samengaan met een antalgische houding.

##### Verminderde kracht

Met name van de rug-extensoren.<sup>2</sup> Eventueel ook verminderde core stability.

##### Risicofactoren

Belangrijk is om bij osteoporotische wervelinzakkingen/fracturen ondergewicht (inclusief levensstijl, voeding, alcoholinname en roken), inactiviteit en een verhoogd valrisico in kaart te brengen.<sup>2,3</sup>

---



## Behandelingen (of Therapie)

Centraal staat actieve oefentherapie waarbij activering in de thuis- en praktijksetting op basis van de PSK, ondanks de soms hoge mate van ervaren pijn, het streven is. De oefentherapie richt zich op het verbeteren van de ROM en de kracht. Educatie en informeren/adviseren over het beloop van de klachten en behandeling zijn tevens essentieel om zelfmanagement te stimuleren.<sup>2,3</sup>

### **Hypomobiliteit**

Hierbij zal aanvankelijk het focus op het oefenen in de bewegingsbeperkte richting (bij osteoporose voornamelijk extensie van de wervelkolom)<sup>2</sup> liggen, alvorens wordt overgegaan op algemene functionele oefentherapie ter verbetering van de mobiliteit. Eventueel kunnen, indien de belastbaarheid dit toelaat (vastgesteld door de verwijzer), passieve mobilisatietechnieken worden gebruikt.

### **Verminderde kracht**

Focus bij aanvang op de verzwakte spiergroep (bij osteoporose voornamelijk de rug-extensoren)<sup>2</sup> alvorens een algeheel activerend spierversterkend programma gericht op functionele ketenbewegingen passend bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen.

In een later stadium wanneer de pijn dit toelaat, bij **verminderde stabiliteit**: Core stability training.

Tekenen van een verminderde stabiliteit zijn<sup>4</sup>:

- Aanwezigheid van algemeen vergrote flexibiliteit (evt. SLR>90 graden)
- "Instability catch" of vreemde bewegingen tijdens lumbale flexie of extensie
- Bij aanhoudende posities een drang om (frequent) te bewegen
- "Positieve "Prone Instability Test"
- Positive "Bridging" and "Leg lifting" test.

Bij Core Stability training aandacht voor het leren aanspannen van de juiste musculatuur, mogelijkheden tot op het juiste moment aanspannen (aansturingsinstabiliteit) en een geleidelijke functionele opbouw op basis van het inzicht van de specifieke fysiotherapeut.

Bij fracturen op basis van osteoporose is het belangrijk om buiten de scope van het behandelen van de gevolgen van de wervelfractuur ook aandacht te hebben voor de onderliggende aandoening, osteoporose. Ter voorkoming van recidief maar tevens gericht op andere vaak frequente gezondheidsproblemen bij deze aandoening (zie KNGF richtlijn osteoporose).<sup>2</sup> Het trainen van de algehele aerobe conditie is bij deze groep een belangrijk behandeldoel.

Bij noodzaak tot pijn vermindering kan door de therapeut overwogen worden om de volgende interventies in te zetten (Let op; dit zijn geen enkelvoudige interventies en enkel kortdurend toepasbaar):

- Massage (*Overweeg massage alleen toe te passen indien er sprake is van een verhoogde spierspanning van de musculatuur rondom de lumbale wervelkolom én het niet direct lukt om de patiënt zich te laten conformeren aan een actieve aanpak als gevolg van een sterke voorkeur voor massage of sterke verwachtingen of overtuigingen ten aanzien van massage.*)
- Warmte
- Dry Needling

---

## Literatuur

1. Öner F, Ramos L et al. Classification of thoracic and lumbar spine fractures; problems of reproducibility. *European Spine Journal*;2002
2. Smits-Engelsman BCM, de Kam D et al. KNGF-richtlijn Osteoporose. Amersfoort: Drukkerij De Gans; 2017
3. Elders PJM, Dinant GJ et al. NHG-Standaard Fractuurpreventie (tweede herziening) 2012
4. Cook C, Brismée JM, Sizer PS. Subjective and objective descriptors of clinical lumbar spine instability: A Delphi study. *Man Ther.* 2006 Feb;11(1):11–21.

## Subacute aspecifieke rugklachten

(Profiel 2 of 3 KNGF richtlijn lage rugpijn)<sup>1</sup>

- Hieronder vallen lage rugklachten en klachten op basis van degeneratieve processen (discopathie, discusdegeneratie, spondylose, spondylolisthesis, spondylartrose) met een afwijkend beloop (**klachtenduur 6-12 weken**) en **aanwezige (dominante) prognostische factoren**.<sup>1</sup>
- Er is sprake van een verminderde mobiliteit en/of verminderde stabiliteit.

---

### Diagnostiek therapeut

#### Patient reported outcomes/vragenlijsten (minimaal op baseline en ter eindevaluatie)

- Activiteiten **PSK**
- Participatie **PSK**
- Pijn **NRS**
- Activiteiten/Participatie: **QBPDS**

#### Functie en anatomische veranderingen:

- ROM (passief en actief)
- Stabiliteitstesten (zie onderstaand)

Ondanks onderstaand beschreven aandachtsgebieden zal in de praktijk veel overlap tussen de gebieden zijn. Het voornaamste behandeldoel is zodoende gelijk voor alle groepen.

#### **Gegeneraliseerde Hypomobiliteit LWK (op basis van artrose)**

Startstijfheid of startpijn. ROM in alle richtingen beperkt. Kan zich voordoen als pseudoradiculopathie echter er zijn veelal meerdere segmenten bij betrokken wat niet logisch is voor radixprikkeling. Pijn hoeft niet op voorgrond te staan.

#### **Hypomobiliteit LWK 1-2 richtingen**

Een hypomobiliteit van de LWK (slechts 1 of 2 richtingen die beperkt zijn).

Geen andere ROM beperkingen. Geen symptomen distaal van de knie. Symptomen zijn minder dan 3 maanden geleden ontstaan.

#### **Dwang/antalgische houding**

Bij (poging tot) correctie naar de neutrale positie van de wervelkolom treedt geen verergering van of ontstaan van uitstraling (periferiseren van de symptomen) op. Deze correctie kan en zal hoogstwaarschijnlijk de pijnklachten lokaal doen verergeren (vandaar antalgische houding). Bekendste antalgische houdingen: laterale shift; flexiehouding of een combinatie van beide.

#### **Verminderde Core Stability**

Aanwezigheid van algemeen vergrote flexibiliteit (evt. post partum of SLR>90 graden). "Instability catch" of vreemde bewegingen tijdens lumbale flexie of extensie. Bij aanhoudende posities een drang om (frequent) te bewegen. Positieve "Prone Instability Test". Positive "Bridging" and "Leg lifting" test.<sup>4</sup>

#### **Verminderde kracht en/of uithoudingsvermogen**

Algeheel verminderde spierkracht op basis van inactieve levensstijl of vermijding.

## Behandelingen (of Therapie)

Voornaamste behandeling zal bestaan uit (*functionele*) *oefentherapie* waarbij de *PSK* leidend is. Hierbij zal activering voorop staan waarbij aandacht voor oefeningen thuis. Counseling in de vorm van educatie en informeren/adviseren over de aard en diagnose van lage rugpijn, het beloop en prognose van lage rugpijn, beïnvloedbare etiologische factoren, beïnvloedbare prognostische factoren, de diagnostiek en de behandelopties zijn essentieel om zo het zelfmanagement te stimuleren.<sup>1</sup> Overweeg gedragsgeoriënteerde behandeling om de fysieke activiteit en participatie te optimaliseren bij patiënten met dominante (psychosociale) prognostische factoren.<sup>1</sup>

### **Behandeladviezen bij verschillende aandachtsgebieden:**

#### **Gegeneraliseerde Hypomobiliteit LWK (op basis van artrose)**

Therapie kan initieel uit passieve technieken bestaan, maar uiteindelijk moet oefenen/bewegen (of advies bewegen) centraal staan evenals bij alle artrosepatiënten.

Het oefenen kan gesplitst worden in:

- Gerichte oefentherapie: De beperkte richting wordt geoefend en/of de verzwakte spiergroep wordt getraind. Hierbij is er geen absolute noodzaak voor trainen met behulp van apparaten. Het thuisadvies bestaat uit oefenen in samenspraak met de fysiotherapeut (bijv. wasmand optillen en neerzetten).
- Het verbeteren van de algemene conditie: gedacht wordt aan loopband, crosstrainer, fietsergometer. Thuisadvies zal in het verlengde liggen: wandelen op iets hoger tempo dan normaal, fietsen e.d.

#### **Hypomobiliteit LWK 1-2 richtingen**

Gerichte mobilisaties en training is gewenst (evt. manuele therapie<sup>2</sup>). Daaropvolgend kan worden geoefend en gemobiliseerd met een algemener karakter

#### **Dwang/antalgische houding**

Gerichte oefentherapie, volgens bijv. het McKenzieconcept<sup>3</sup>. Eventueel gerichte (passieve) mobilisaties.

#### **Verminderde Core Stability**

Core Stability training. Met aandacht voor het leren aanspannen van de juiste musculatuur, mogelijkheden tot op het juiste moment aanspannen (aansturingsinstabiliteit) en een geleidelijke functionele opbouw.

Bij noodzaak tot pijn vermindering kan door de therapeut overwogen worden om de volgende interventies in te zetten (Let op; dit zijn geen enkelvoudige interventies en enkel kortdurend toepasbaar):

- Massage (*Overweeg massage alleen toe te passen indien er sprake is van een verhoogde spierspanning van de musculatuur rondom de lumbale wervelkolom én het niet direct lukt om de patiënt zich te laten conformeren aan een actieve aanpak als gevolg van een sterke voorkeur voor massage of sterke verwachtingen of overtuigingen ten aanzien van massage.*)
- Warmte
- Mobilisaties/Manipulaties (*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*)

Let op: (bij voorkeur niet toepassen) Bij patiënten met LRS zijn de onderstaande interventies niet opgenomen in de richtlijn van KNGF en is er matig bewijs te vinden van effectiviteit. Het blijkt ook tijdelijke effectiviteit te zijn en dus zeker niet te gebruiken als solitaire behandelmethode.  
-Shockwave

---

### Literatuur

1. Swart NM, Apeldoorn AT et al. KNGF-richtlijn Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom. Amersfoort: Drukkerij De Gans; 2021
2. Bronfort G, Haas M, Evans RL, Bouter LM. Efficacy of spinal manipulation and mobilization for low back pain and neck pain: a systematic review and best evidence synthesis. Spine Journal. 2014;3:335-356
3. Kuhn timer A, Kuhn timer J, Rosedale R. The McKenzie Method and its association with psychosocial outcomes in low back pain: a systematic review. 2020;1-15
4. Cook C, Brismée JM, Sizer PS. Subjective and objective descriptors of clinical lumbar spine instability: A Delphi study. Man Ther. 2006 Feb;11(1):11–21.
- 5.

## Chronische aspecifieke lage rugklachten

(Profiel 3 KNGF richtlijn lage rugpijn)<sup>1</sup>

- Hieronder vallen aspecifieke lage rugklachten en klachten op basis van degeneratieve processen (discopathie, discus degeneratie, spondylose, spondylolisthesis, spondylartrose) met een afwijkend beloop (**klachtenduur > 3 maanden**) en met **dominant aanwezige prognostische factoren**.
- Stoornisgerichte therapieën (zie verdieping bij subacute rugklachten) hebben niet het gewenste effect gehad.<sup>1</sup>

---

### Diagnostiek therapeut

Patient reported outcomes/vragenlijsten (minimaal op baseline en ter eindevaluatie)

- Activiteiten **PSK**
- Kinesiofobie/ psychosociale factoren **HADS/PCS (afname in MUMC+) / Tampa**
- Participatie **PSK**
- Pijn (**NRS**)
- Activiteiten/Participatie: **QBPDS**

Functie en anatomische veranderingen:

- ROM
- Indruk algeheel bewegen tijdens functionele bewegingen

Belangrijk is vooral om een goede algemene indruk te krijgen van het functioneren en bewegen van de patiënt. Vooral het signaleren van belemmerende psychosociale factoren en een eventuele fysiekarme levensstijl (aldan niet op basis van **kinesiofobie**) zijn essentieel. Vaak zal er bij lichamelijk onderzoek geen verklaring worden gevonden voor de mate van ervaren beperkingen.<sup>1</sup>

---

### Behandelingen (of Therapie)

**Fysiekarme levensstijl zonder kinesiofobie<sup>1</sup>**

- Actieve behandeling middels oefenprogramma gericht op kracht- en conditieopbouw
- Functionele oefentherapie (ketenoefeningen)
- ADL en werkzaamheden (PSK) staan centraal
- Coaching en voorlichting over de positieve effecten van beweging zijn essentieel
- Vermijd passieve hands-on behandelingen

**Fysiekarme levensstijl met kinesiofobie<sup>1,2</sup>**

- Gedragmatige (multidisciplinaire) aanpak middels biopsychosociale model
- Opbouw activiteiten middels tijdcontingente opbouw (graded activity, exposure in vivo, ACT)<sup>3</sup>
- Educatie en coaching staat voorop (pijngevolgenmodel/sensitisatie)
- ADL en werkzaamheden (PSK) staan centraal
- Samenwerking met andere disciplines (revalidatiearts, huisarts, praktijkondersteuner en bedrijfsarts)

---

## Literatuur

1. Swart NM, Apeldoorn AT et al. KNGF-richtlijn Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom. Amersfoort: Drukkerij De Gans; 2021
2. Kamper SJ, Apeldoorn AT et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. The Cochrane database of systematic reviews. 2014;9:CD000963
3. Köke A, van Wilgen P et al. Graded Activity: Een gedragsmatige behandelmethodede voor paramedici. Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2007.



## Neurogene claudicatio op basis van lumbale wervelkanaalstenose (conservatief)

Verschil tussen een Lumbaal radiculair syndroom en neurogene claudicatio<sup>1</sup>.

	LRS	Neurogene claudicatio
Leeftijd	30-64 jaar	>60 jaar
Beloop	(Sub)acut	Chronisch beloop (geleidelijk ontstaan)
Karakter pijn	Scherp, brandend	Brandend, doffe pijn Zwaar/moe gevoel
Lokalisatie	Meestal unilateraal	Meestal bilateraal
Provocerend	Drukverhogende momenten	Staan / lopen (extensiehouding)
Reducerend	Liggen	Zitten / fietsen (flexiehouding)
Lichamelijk onderzoek	Motorische / sensibele uitval. Radiculaire provocatietesten vaak positief	Meestal geen afwijkingen

Onderscheidende kenmerken van neurogene claudicatio en arteriële claudicatio

	Neurogene claudicatio intermittens	Claudicatio intermittens (vasculair)
Lokalisatie klachten	Bovenbeen, onderbeen, voet en/of heupregio, vaak ook rugpijn. Bilateraal of unilateraal	Bil, dijbeen, kuit. Bilateraal of unilateraal
Aard klachten	Brandende of doffe pijn, zwaar/moe gevoel	Diepe krammende pijn, stijfheid
Uitlokkende factoren	Staan, lopen. Bij fietsen meestal geen klachten	Elke inspanning, vooral bij lopen
Verlichtende factoren	Zitten, voorovergebogen staan	Staan of zitten
Lichamelijke onderzoek	Meestal geen afwijkingen	Afwezige perifere arteriële pulsaties

## Diagnostiek therapeut

### Patient reported outcomes/vragenlijsten (minimaal op baseline en ter eindevaluatie)

- Activiteiten **PSK**
- Participatie **PSK**
- Activiteiten / **Participatie Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS)**
- Pijn **NRS**

### Functie en anatomische veranderingen:

- Rom: Actief o.a. Schober Test
- Passief, zowel belast als onbelast (inclusief omliggende regio's, zoals TWK/bekken en heupen.
- Kracht Kennspieren: M. Quadriceps/ tibialis anterior/ext. hall. Longus/ triceps surea
- Reflexen (patellapees, achillespees en voetzool
- Sensibiliteit gnostisch / vitaal

## Behandelingen (of Therapie)

Het voornaamste onderdeel van behandeling betreft(functionele) oefentherapie waarbij de PSK leidend is. Hierbij zal (een poging tot) activering, afhankelijk van de actualiteit van de klacht, binnen het ADL voorop staan met aandacht voor oefeningen thuis. Counseling in de vorm van educatie en informeren/adviseren over het beloop van de klachten en behandeling zijn tevens essentieel om zo het zelfmanagement te stimuleren.

### Specifieke behandeling per aandachtsgebied :

#### **Manuele therapie<sup>2,3</sup>**

Gerichte mobilisaties van de gevonden beperkingen in combinatie met huiswerk oefeningen hiervoor. Denk hierbij bijvoorbeeld aan vergrootte flexie postuur van de thoracale wervelkolom en extensiebeperking een of beide heupen. Van groot belang is dat het centrale foramen niet gecompriëerd wordt.

#### **Dwang/antalgische houding**

Voorwaarde is dat bij (poging tot) correctie naar de neutrale positie van de wervelkolom geen verergering van of ontstaan van uitstraling optreedt (periferiseren van de symptomen). Deze correctie kan en zal hoogstwaarschijnlijk de pijnklachten lokaal doen verergeren (vandaar antalgische houding).

Bekendste antalgische houdingen: laterale shift; flexiehouding of een combinatie van beide. Oefentherapie gericht op delordosering van de lumbale wervelkolom en/of verminderen van de antalgische houding zonder verergering van de neurogene klachten in de onderste extremiteiten. Adviseren van activiteiten in flexie houding, zoals fietsen in plaats van wandelen.

#### **Verminderde kracht en/of uithoudingsvermogen<sup>3</sup>**

Algeheel verminderde spierkracht op basis van inactieve levensstijl of vermijding. Gerichte oefentherapie op het verbeteren van algehele kracht-uithoudingsvermogen. Oefeningen in flexie houding/zit hebben de voorkeur boven staande oefeningen. Hometrainer heeft de voorkeur boven looptraining. Tenzij tijdens de looptraining getraind kan worden zonder neurogene uitstraling.

## Literatuur

1. Schaafstra A., Spinnewijn W.E.M. NHG-Standaard Lumboacraal radiculair syndroom. 2015
2. Swart NM, Apeldoorn AT et al. KNGF-richtlijn Lage rugpijn en lumboacraal radiculair syndroom. Amersfoort: Drukkerij De Gans; 2021
3. Carlo Ammendolia, Corey Hofkirchner et al. Non-operative treatment for lumbar spinal stenosis with neurogenic claudication: an updated systematic review. 2022.