

Lage rugpijn, een psychosomatisch syndroom

DOOR DR. L. J. L. KOEKENBERG, ORTHOPEDISCH CHIRURG TE HILVERSUM*

De behandeling van lage rugpijn stelt de arts voor vele en soms onoplosbare problemen. Het blijven bestaan van de klachten bij vele patiënten, ondanks de toepassing van verschillende therapieën, maakt hem soms wanhopig en de toevloed van patiënten in overstelpende aantallen die steeds groter schijnen te worden, brengt hem wel eens in paniek.

De resultaten die worden waargenomen bij opereerde patiënten, zowel bij orthopedisch stabiliserende operatie's als bij neurochirurgische decomprimerende ingrepen, zijn vaak onvoldoende en soms rondweg slecht. Toch worden genoemde operatie's meestal verricht op goede indicatie bij duidelijk vastgestelde objectief aantoonbare afwijkingen. Vooral bij deze patiënten dringt zich de vraag op of de zo duidelijk vastgestelde afwijking inderdaad de oorzaak van de klachten is geweest of dat andere factoren mogelijk een rol hebben gespeeld, factoren die na een goed geslaagde operatie hun invloed onverminderd doen blijven gelden.

Verschiedende publikatie's en vele treffende eigen ervaringen waren voor mij aanleiding de lage rugpijn te gaan behandelen uitgaande van de hypothese, dat deze pijn een syndroom is dat multifactorieel wordt bepaald, terwijl psychogene factoren een overwegende rol spelen. Het is overigens langzamerhand algemeen aanvaard dat een dergelijke psychogene invloed bij dit syndroom inderdaad bestaat. Mijns inziens wordt echter onderschat hoe vaak dit het geval is en in welke mate. Wanneer door mij dan ook wordt gesteld dat dit bijna altijd het geval is, ben ik mij daarbij terdege bewust van twee belangrijke gegevens, namelijk dat de mij toegestuurde patiënten reeds door de huisarts zijn geselecteerd zodat sommige aperte ziektebeelden van de lage rug door specialisten in andere discipline's worden behandeld en dat er ziekten van het skelet of zenuwstelsel voorkomen die in de rug kunnen zijn gelokaliseerd en die als enige oorzaak aan de lage rugpijn ten grondslag kunnen liggen. Dit laatste houdt in dat al deze patiënten worden benaderd en ook onderzocht alsof hun klachten op een somatisch lijden berusten. In twijfelgevallen wordt dan ook consult gevraagd van bijvoorbeeld neuroloog of internist.

In een klein aantal gevallen wordt zodoende een duidelijk ziektebeeld gevonden dat als oorzaak van de rugklachten kan gelden. Tussen 1964

Samenvatting. Lage rugpijn, een psychosomatisch syndroom. Lage rugpijn is een lumbosacraal spanningssyndroom, waarbij in het psychosomatische beeld de psychische factor overweegt. De behandeling moet via een somatische en een psychische benadering zijn gericht op herstel van het psychisch evenwicht en mede daardoor op het somatisch voldoende functioneren van de wervelkolom.

en '69 werden door mij poliklinisch 2 700 patiënten met lage rugpijn gezien. Bij deze groep patiënten konden de volgende aantallen duidelijk omschreven ziektebeelden worden vastgesteld: Morbus Bechterew: 3 (2 reeds elders gediagnostiseerd.); metastasen van mammacarcinoom: 3, van prostaatacarcinoom: 1, van seminoom: 1; ependymomen: 2; bij het ongeval niet-herkende fracturen van de wervels: 4; sinus pilonidalis: 2; spondylitis tuberculosa vers: 0, tot rust gekomen: 3; banale spondylitis: 1; verse lues, zonder skeletafwijkingen: 1; reumatoïde artritis: 2 (reeds elders bekend).

Deze aantallen worden vermeld ter illustratie, mijns inziens hebben zij geen waarde voor de beoordeling van de frequentie van het vóórkomen van elk dezer afwijkingen. De reeds genoemde selectie door de huisarts heeft immers plaatsgehad en de patiënten zijn van de ene specialist naar de andere gegaan, al of niet door de huisarts verwezen. Daarbij zijn elders misschien ziektebeelden te voorschijn gekomen die ofwel nog niet waren te diagnostiseren of werden gemist.

Naast deze 25 patiënten met duidelijk omschreven ziektebeelden blijft een grote groep patiënten bestaan met lage rugpijn. Deze patiënten die zouden kunnen worden ondergebracht in een van de volgende categorieën:

1. Groeistoornissen zoals de ziekte van Scheuermann en de scoliose.
2. Congenitale anomalieën, zoals lumbalisatie's en sacralisatie's, halfzijdig of volledig; spondylolyse; spondylolisthese en heterotopie van intervertebrale gewrichten.
3. Degeneratieve afwijkingen, zoals discus degeneraties (versmalling), spondylitis deformans, spondylarthrosis, osteoporosis vertebrae, hernia nuclei pulposi.
4. Statische anomalieën, zoals beenlengteverschil-

* Algemeen Ziekenhuis Zonnestraal, Hilversum.

len, houdingsanomalieën, heup- of kniecontracturen.

5 Geen objectiveerbare afwijkingen.

Vele van deze genoemde aantoonbare afwijkingen komen in combinatie voor, bijvoorbeeld spondylosis deformans bij scoliose en discus degeneraties bij statische anomalieën. Het is dan ook niet zinnig om de respectievelijke frequenties van deze groepen in percentage's aan te geven. Wel kan worden gesteld dat ongeveer 10 procent van de patiënten uit het genoemde materiaal (2 700) geen objectiveerbare afwijkingen heeft.

* * *

Nadat het somatische onderzoek is afgerond en de patiënt kan worden ingedeeld in een van bovengenoemde categorieën, vragen wij ons telkens af of met de gevonden afwijking ook werkelijk de klachten van patiënt kunnen worden verklaard. Hierbij zijn enkele belangrijke aspecten duidelijk geworden.

Het blijkt dat een zich ontwikkelende scoliose bij groeiende kinderen zelden of nooit klachten geeft, terwijl de afwijkingen toch zeer indrukwekkend kunnen zijn. In deze gevallen is het veel vaker de vormafwijking die de ouders of de schoolarts alarmeren en die dan ook behandeling behoeft. Het is helaas zelfs voor een kind moeilijk een ingewikkelde en langdurige behandeling te moeten ondergaan juist omdat deze afwijkingen geen klachten geven. Daarom wordt de behandeling van dit soort afwijkingen door de patiënt soms gesaboteerd tot dat er eventueel ernstige en in het oog lopende misvormingen zijn ontstaan.

Ditzelfde geldt, zij het in mindere mate, bij de morbus Scheuermann. Deze kinderen worden vaker wegens vormafwijkingen dan wegens de pijn verwezen. Indien de ziekte van Scheuermann klachten geeft, bestaat er een stress-situatie bij het kind, door een dominerende moeder of door een te hoge eisen stellende vader; een en ander is meestal gemakkelijk vast te stellen. Bij dergelijke groeistoornissen wordt overigens de behandeling bepaald zowel door de vormafwijking als door de stoornis in de groei en het al of niet aanwezig zijn van klachten heeft hierop weinig invloed.

Bij de groep van de congenitale anomalieën dringt zich vervolgens de vraag op hoe het mogelijk kan zijn dat een dergelijke afwijking plotseling klachten gaat geven bij iemand die reeds lang volwassen is, terwijl de aandoening geruime tijd tevoren, zeker sinds het beëindigen van de groei, in zijn definitieve vorm heeft bestaan. Bij andere vormen van lage rugklachten is het mijns inziens vaak onduidelijk waarom de pijn gedurende vele jaren volkomen kan verdwijnen, ofschoon de afwijkingen onverminderd voortbestaan en soms zelfs toenemen zoals bij de degeneratieve aandoeningen. Tenslotte is het niet zonder meer begrijpelijk waarom een „gezonde” man of vrouw in de kracht van

hun leven, zonder aantoonbare afwijkingen, rugklachten zouden moeten hebben.

Samengevat kan worden gesteld dat geen duidelijke correlatie bestaat tussen de aangegeven klachten en de gevonden afwijkingen, omdat de klachten met of zonder afwijkingen vaak dezelfde zijn en omdat dezelfde objectief aantoonbare afwijkingen bij de ene patiënt wel en bij de andere patiënt geen klachten geven. Deze probleemstelling kan worden toegelicht aan de hand van enkele voorbeelden.

Een jonge vrouw (19 jaar) bezoekt mijn spreekuur. Drie maanden later verscheen haar broer (23 jaar). Beide patiënten klaagden over lage rugpijn, die sinds enkele maanden bestond. Zij vertonen klinisch een nagenoeg identiek beeld: zij zijn goed uitziende krachtig gebouwde, ogenschijnlijk evenwichtige, jonge mensen; er is een licht contracte rugmusculatuur en een geringe bewegingsbeperking van de lumbosacrale wervelkolom. Er zijn geen neurologische en geen statische afwijkingen. Beide patiënten zijn overigens goed gezond. Bij röntgenonderzoek vertoont het meisje een duidelijke spondylolyse van de boog van L5 zonder veel spondylolisthese, er zijn goede tussenwervelschijven. Bij haar broer konden röntgenologisch geen afwijkingen worden vastgesteld met name is er geen spondylolyse.

De vraagstelling is nu: zijn de klachten van het meisje toe te schrijven aan de spondylolyse, terwijl haar broer identieke klachten heeft zonder spondylolyse.

Een andere patiënte (18 jaar), zonder ziekten of ongevallen in de anamnese, werkzaam in de huishouding, klaagde sinds een half jaar over lage rugpijn.

Bij klinisch onderzoek werden behoudens een wat gespannen rugmusculatuur, geen afwijkingen vastgesteld. Bij röntgenonderzoek bleek een spondylolyse van de boog van L5 te bestaan met een spondylolisthese van L5 ten opzichte van S1 over ongeveer 3 tot 4 mm. Onder de diagnose instabiliteit ten gevolge van congenitale afwijkingen werd een stabiliserende trainingsbehandeling gegeven van rug- en buikmusculatuur, gecombineerd met een actieve sportbeoefening. Blijkens mededeling van de fysiotherapeut werd de voorgeschreven therapie door patiënte gedurende een half jaar nauwgezet uitgevoerd. Het effect van de behandeling was nihil. Op grond van haar jeugd en de serieuze klachten werd besloten tot een stabiliserende operatie.

Een spondylodesis posterior van L4-L5-S1, werd drie maanden later uitgevoerd en zorgvuldig nabehandeld onder voortdurende fysiotherapeutische begeleiding. Patiënte kreeg vier maanden bedrust en gedurende twee maanden een gips-corset. Na verloop van dit halve jaar was er een goede consolidatie van de spondylodese en was patiënte klachtenvrij. Drie maanden later bleken de klachten evenwel te zijn teruggekeerd, erger dan voor de operatie. Op grond hiervan werd patiënte aangeraden de fysiotherapeutische behandeling voort te zetten en af te wachten of de klachten weer zouden verdwijnen. Inderdaad waren na vijf maanden de klachten weer geheel verdwenen. Patiënte deelde mede dat zij trouwplannen heeft. Ruim een jaar later heb ik haar opnieuw gezien, thans getrouwd en vijf maanden gravida. Zij bezocht mijn spreekuur met de vraag of zij geen moeilijkheden bij de partus kon verwachten. Zij is thans nog steeds klachtenvrij, ook na de voorspoedige geboorte van haar kind.

Tot dusver geeft deze ziektegeschiedenis alle redenen tot tevredenheid, zowel voor patiënte als voor haar arts. Het probleem komt pas wanneer in dit verhaal enkele mededelingen worden ingepast welke patiënte bij haar laatste bezoek deed.

Het blijkt dat zij haar huidige echtgenoot sinds tweeënhalf jaar kent, oorspronkelijk zeer tot ongenoegen van haar

ouders, die hem de toegang tot haar ouderlijke woning pertinent hadden ontzegd. Een half jaar na deze kennismaking zijn haar klachten begonnen. Haar liefdeleven speelde zich af in zijn aftandse auto, slechts onderbroken door de opnemings in het ziekenhuis voor het verrichten van de spondylodese. Toen patiënte mij na de operatie en na een pijnloze periode bezocht met een recidief van de klachten, was zij nog steeds ongehuwd maar wel gravida (twee maanden). Zij verzweg deze zwangerschap tijdens ons gesprek. Overigens eindigde deze graviditeit met een spontane abortus. Toen haar trouwplannen vervolgens door haar ouders werden geaccepteerd, verdwenen haar rugpijnen, die ook bij de volgende graviditeit na haar huwelijk, niet zijn teruggekeerd.

Voor mij blijft nu de vraag of deze spondylodese inderdaad nodig is geweest. Naar mijn mening zal elke belangrijke psychische stress-situatie die zich nog in haar leven zal voordoen, de rugklachten doen terugkeren. De afwijking welke zij in haar rug had, heeft daarbij een ondergeschikte rol gespeeld.

Moge uit de ziektegeschiedenissen van deze patiënten blijken dat een afwijking niet nodig is om rugklachten te hebben, aan de geschiedenis van de volgende patiënte kan worden geïllustreerd dat een goede behandeling de klachten niet doet verdwijnen omdat zij niet het gevolg zijn van de afwijking, maar van een gespannen levensvoering die hier mogelijk de belangrijkste factor is geweest, terwijl de rug als *locus minoris resistentiae* is opgetreden.

Een 55-jarige vrouw consulteerde mij wegens reeds twintig jaar bestaande rugklachten. Zij was in matige fysieke conditie, voor haar leeftijd zag zij oud en vervallen eruit, zij had een uitgesproken contracte rug met uitstralende pijn in beide benen. Op de röntgenfoto's was een lichte lumbale scoliose met flinke spondylosis deformans te zien, bovendien bestonden er versmallingen van verschillende tussenwervelschijven, een spondylartrose en een osteoporose. Zij had twintig jaar lang diverse behandelingen gehad zonder succes. De behandeling werd door mij voortgezet, eveneens zonder succes, gedurende viereneuhalf jaar. Zij bezocht mij om de drie maanden, totdat zij plotseling niet meer verscheen.

Een half jaar later bezocht zij mij opnieuw, zij zag goed verzorgd eruit, maakte een gezonde indruk en zij deelde mede dat haar klachten waren verdwenen. Letterlijk zei zij: „Ik voel mijn rug nog wel maar ik heb er geen last meer van”. Op mijn verwonderde vraag hoe een en ander zo was gekomen, zeide zij: „Weet u dan niet dat mijn man vier maanden geleden overleden is. Ik heb nu een rustiger leven.”

Aan 25 jaar ellende en tirannie was waarschijnlijk door de dood van haar man een einde gekomen. Toch had patiënte een zeer „slechte” rug die ongetwijfeld pijn veroorzaakte, een pijn die echter tot een lijden werd door een gespannen levensvoering. Secundair was daarop de fysieke conditie afgenomen en de musculatuur slecht geworden, daardoor was de functie van de rug verminderd met als gevolg een toenemen van de pijn en daarmee van het lijden. Fysiotherapie, medicatie met pijnstillers, tranquillizers en anabolica en een elders voorgeschreven corset, vermochten deze vicieuze cirkel niet te doorbreken. Dit geschiedde echter wel door de dood van haar echtgenoot.

Wat te denken van een 38-jarige ongehuwde linnenjuffrouw die in de ziektewet was gegaan ten gevolge van een heftig contracte rug waarbij röntgenologisch flinke discusveranderingen en een spondylose werden vastgesteld. Zij kreeg een goede fysiotherapeutische behandeling en een sederende medicatie, echter zonder succes. Na drie maanden

deelde zij mij mede de fysiotherapie te hebben afgebroken, omdat haar fysiotherapeute zo onzeker was. Voorts had zij terloops drie weken voor haar vakantie nog een brachialgie doorgemaakt (beschreven als zenuwontsteking). Daarna was zij met brachialgie en contracte rug bergtochten gaan maken in de Dolomieten. Aldaar waren haar klachten volledig verdwenen. Zij deelde verder mede: „En toen ik terugkwam van vakantie en de berg linnengoed zag die ik moest afwerken, schoot de pijn weer in mijn rug”.

In dit geval heb ik mij afgevraagd of aan de controlerende geneeskundige die om inlichtingen vroeg, moest worden medegedeeld dat patiënte niet geschikt is om haar werk van linnenjuffrouw te doen, doch wel in staat is om met een zware rugzak bergtochten te maken. Mijns inziens ware het juist om te stellen dat patiënte ongeschikt is voor haar beroep, doch niet op somatische gronden.

Opvallend is in dit verhaal het overigens frequent voorkomende verschijnsel dat patiënten die bekend zijn vanwege lage rugpijn, deze klachten periodiek vervangen door cervicale syndromen, brachialgieën en hoofdpijn.

Met genoemde ziektegeschiedenissen moge zijn toegelicht dat naar mijn mening de opvatting van het beeld van de lage rugpijn als volgt zou moeten worden omschreven: lage rugpijn is een psychosomatisch ziektebeeld dat multiconditionair wordt bepaald en dat, na zorgvuldig somatisch onderzoek en uitsluiting van de in het begin van dit artikel genoemde ziekten van het skelet, ook psychosomatisch moet worden behandeld. Deze uitspraak geldt dus niet alleen voor de in groep 5 genoemde patiënten bij wie geen afwijkingen konden worden vastgesteld, maar ook voor de patiënten uit de groepen 2, 3 en 4, met respectievelijk congenitale, degeneratieve en statische afwijkingen. De eerste groep, die van de groeistoornissen bij kinderen vormt een totaal ander probleem en behoort eigenlijk niet onder het syndroom van de lage rugpijn.

Het lumbo-sacrale spanningsyndroom is gekenmerkt door de contracte lage rug (gespannen musculatuur, slechte bewegelijkheid) met of zonder pseudo-radicaire verschijnselen (ischialgieforme pijn, positieve proef van Lasègue, subjectieve sensibiliteitsveranderingen in één been). In dit beeld behoort dus ook de zogenaamde hernia nucleï pulposi, zelfs indien objectief aantoonbare neurologische uitvalsverschijnselen aanwezig zijn. Waar de zenuwwortels uit het wervelkanaal treden kunnen immers behalve de discus ook de intervertebrale gewrichten door hydrops of andere weefsels door oedeem of zwelling, druk veroorzaken. Deze druk en de verschijnselen daarvan zijn meestal voorbijgaand van aard. De echte acute hernia nucleï pulposi die vrij snel objectief aantoonbare uitvalsverschijnselen geeft en gepaard gaat met heftige pijn, komt naar mijn mening uiterst zelden voor. Bovendien komt deze aandoening nog maar bij hoge uitzondering voor operatieve behandeling in aanmerking.

Ter illustratie moge dienen de ziektegeschiedenis van een

38-jarige man, arts van beroep. Hij merkte bij toeval dat hij niet meer kon staan op zijn rechterhiel ten gevolge van een insufficiënte van de strekkers van zijn rechtervoet. Hij besteedde hieraan weinig aandacht en na enkele weken liep hij met een duidelijke zogenaamde klapvoet.

Neurologisch onderzoek leverde op: een uitgesproken vermindering van de kracht van de strekkers van de voet en lichte sensibiliteitsstoornissen, wijzend in de richting van het beeld van de peroneusparese. Omdat hij arts is besloot hij, overtuigd van de voorbijgaande aard van dit syndroom, geen behandeling in te stellen. De objectieve verschijnselen van uitval hielden zes maanden aan, daarna verdwenen zij spontaan. In deze periode traden af en toe lichte verschijnselen van lage rugpijn op. Na het verdwijnen van de uitvalsverschijnselen heeft hij af en toe nog last van lage rugpijn. Dit wordt echter niet als een hinderlijk verschijnsel ervaren en daarom tot op dit ogenblik dan ook niet behandeld.

Het multiconditiore karakter van de lage rugpijn uit zich in zijn ontstaan als volgt. De gespannen levensvoering veroorzaakt een verhoogde tonus van het centrale zenuwstelsel. De motorische eindorganen hiervan, de spieren, krijgen eveneens een verhoging van hun tonus. Daardoor treedt een onder spanning te stroef functioneren van de gewrichten op, met name van de gewrichten van de wervelkolom. Dit geeft klachten, des te meer naarmate van tevoren een slechte spierconditie bestond, een insufficiënte bewegingstechniek aanwezig was of een slechte houding. Uiteraard geeft een en ander ook meer klachten wanneer tevoren reeds skeletanomalieën aanwezig zijn. Een eventuele surmenage veroorzaakt in deze situatie uiteraard verergering van het beeld, evenals koude en begeleidende ziektebeelden die de algemene conditie verminderen zoals griep dit kunnen doen. In de meer ernstige gevallen treedt bovendien irritatie op van de wortels, meestal van de meest distale in het gebied tussen L3 en L5. Ligamentaire pijn die via sensible vezels naar centraal wordt gevoerd, kan eventueel een gerefereerde pijn geven die in het verloop van de uitredende zenuw wordt waargenomen.

Deze verhoogde spanningstoestand van de musculatuur en het onder druk functioneren van de kleine gewrichten en de disci, kan zelfs aanleiding geven tot het uitpersen van een gedegenererde discus. In de meeste gevallen komt het echter niet zo ver.

In dit gehele beeld neemt de preëxistente skeletanomalie slechts een ondergeschikte plaats in; deze skeletanomalie op zichzelf is dan ook bij de beoordelingen voor keuring of arbeidsgeschiktheid van ondergeschikt belang. Aldus is het psychosomatische karakter van de behandeling niet alleen belangrijk voor huisarts of behandelend specialist - vooral wanneer laatstgenoemde een „snijdende” specialist is - doch ook voor de arts die eventuele arbeidsgeschiktheid moet beoordelen en daarnaast voor de fysiotherapeut die aan de behandeling meewerkt. Eveneens moet deze visie op dit ziektebeeld een rol spelen bij de mededelingen die aan de patiënt worden verstrekt.

Een 54-jarige timmerman had sinds jaar en dag lage rugpijn. De behandelende fysiotherapeut had hem medegedeeld

dat hij een hopeloos geval was en dat zijn rug totaal was versleten. Bij onderzoek bestaat er een licht contracte rug met weinig bewegingsbeperking bij een redelijke houding. Patiënt is een stevig gebouwde, wat gedrongen musculieuze man. Röntgenologisch kan een uitgesproken thoracale en lumbale spondylose en een lumbo-sacrale spondylarthrose worden vastgesteld.

Gezien de geringe klinische afwijkingen adviseerde ik deze patiënt zijn werk te hervatten en een andere fysiotherapeut te kiezen. Patiënt vond een en ander echter zinloos, immers zijn rug was toch een hopeloze zaak. Hij koos uiteindelijk wel een nieuwe fysiotherapeut, doch hij hervatte zijn werk niet. Bij zijn regelmatige controlebezoeken drong ik telkens aan op werkhervatting. Hij reageerde steeds afwijzend. Zijn attitude werd depressiever en hij ging slechter eruitzien. Toen ik hem nog eens dringend aanraaide te gaan werken, deelde hij mij mede dat zijn controlerende geneesheer hem eveneens aan het werk had gestuurd, dat hij echter in beroep was gegaan en dat hij volgens een officieel rapport volledig arbeidsongeschikt is. Hij kan dus helemaal niet meer gaan werken, hij is immers invalide verklaard. Aangezien uitvoerige uitleg niet baatte, stelde ik patiënt voor de keuze om te gaan werken of anders een andere behandelende arts te zoeken, een en ander in heftige, duidelijke en emotionele bewoordingen. Hij verliet zwijgend het vertrek en ik dacht hem nooit meer terug te zien. Na twee maanden is hij tot mijn verbazing weer verschenen om verlenging van de fysiotherapeutische behandeling te vragen. Hij blijkt zijn werk te hebben hervat, is in veel betere conditie en doet tamelijk opgewekt; hij heeft nog wel klachten doch nu een positieve attitude.

Mijns inziens zijn noch de fysiotherapeut, noch de deskundige van de Raad van Beroep doordrongen geweest van het psychosomatische karakter van dit lumbo-sacrale spanningssyndroom, dat deze patiënt inderdaad tot een volledige invaliditeit zou hebben gevoerd indien hij niet was gaan werken.

Een 49-jarige man, kantoorbediende van beroep, bezocht het spreekuur wegens heftige rugklachten met uitstralende pijn in de benen. In de laatste tien jaar werden elders twee laminectomieën verricht tussen respectievelijk S1 en L5, L5 en L4; verder was een spondylodese gedaan, alsmede daarna een resectie van deze spondylodese. Patiënt beschreef het resultaat van al deze operatie's als nihil. Bij onderzoek is er een tamelijk goed bewegelijke rug, een weinig contracte musculatuur, en er zijn geen objectieve neurologische uitvalsverschijnselen. Röntgenologisch ontbreekt de spina van L5, de disci maken een goede indruk. Er is geen spondylose en er zijn geen andere afwijkingen.

De opgevraagde ziektegeschiedenissen vermelden nergens objectieve functiebelemmerende uitvalsverschijnselen. De laminectomieën werden verricht op grond van de klachten en de röntgenologisch aangetoonde discus-prolaps. De spondylodese werd gedaan ter stabilisering en verwijderd op grond van pseudarthrose.

Patiënt werd conservatief behandeld met gering resultaat. Op aandringen van de huisarts werd re-spondylodese overwogen op grond van mogelijk reële instabiliteit door de laminectomieën en op grond van de mededeling van de huisarts dat patiënt een reële psychisch neurologische man zou zijn. Omdat niets in de anamnese en in de sociale omstandigheden van patiënt op het tegendeel wees, werd de spondylodese verricht. Deze werd aangelegd van L3 tot S1, met een tibia-spaan, technisch leek de ingreep goed te zijn gelukt. Patiënt hield vier maanden bedrust, hij had geen enkele klacht, ook niet in de periode kort na de operatie. Vóór de operatie kon hij geen enkele nacht volledig te bed blijven, wegens de optredende pijn. Dit is het eerste feit dat als merkwaardig moet worden bestempeld. Na vier maanden bedrust volgde mobilisatie met een gipskorset, hetgeen vlot verliep. Eén van de fysiotherapeuten, gevraagd naar het verloop van de behandeling, deelde mede dat patiënt haar heeft verteld dat hij nu geen klachten heeft, doch dat deze zes

weken na ontslag zullen terugkeren. Deze mededeling kan als tweede merkwaardigheid worden gekenschetst. Het feit dat veertien dagen na ontslag blijkt dat patiënt zijn gipsorset zelf heeft verwijderd, doet eveneens wat vreemd aan. Hij heeft dan nog geen klachten, deze heeft hij echter wel weer bij controle na twee maanden en ook nog na een jaar wanneer de spondylodese goed is geconsolideerd.

Achteraf is naar mijn mening de operatie volledig ten onrechte geschied, omdat zowel door mijn voorgangers als door mij het psychogene karakter van de pijn is onderschat. In het bovengenoemde beeld speelt de rugafwijking weliswaar een rol mee, maar ook een rug met een goed uitgevoerde spondylodese is een rug met een afwijking geschikt als onderbouw voor een psychosomatisch syndroom.

Een 50-jarige chef technische dienst klaagde sinds twee maanden over heftige lage rugpijn met uitstralingen langs het linkerbeen tot in de voet. Bij onderzoek had hij een heftig contracte, slecht bewegelijke rug, met verstreken lendenlordose. De proef van Lasègue is links bij 30 graden positief, de Achillespeesreflex (A.P.R.) is niet op te wekken en de sensibiliteit is lateraal op de linkerkuit verminderd. Röntgenologisch is de wervelkolom te recht zonder lordose, de discus L5 S1 is wat versmald. Er bestaat dus een lumbo-sacraal syndroom met wortelirritatie links.

Conservatieve behandeling met fysiotherapie, tranquillizers en pijnstillers, bleef twee maanden zonder effect. Na enige tijd bleek dat er spanningen in de werksfeer waren ontstaan ten gevolge van een nieuwe directie die sterke kritiek had op het beleid van deze chef technische dienst. In overleg met patiënt wordt de directeur, een collega, op de hoogte gebracht van de situatie. Na enkele gesprekken tussen de patiënt en zijn directeur klaart de situatie op. De pijn in de rug verdwijnt, de sensibiliteit herstelt zich, de A.P.R. links blijft lager dan rechts.

Een duidelijk psychogeen moment kon hier worden opgelost door bekendheid van de behandelende arts met de werksituatie van de patiënt en met diens directie. Ook in dit geval van duidelijke wortelirritatie en uitvalsverschijnselen is een conservatieve attitude de beste remedie; de objectieve neurologische uitval pleit niet tegen de psychogene aard van dit spanningssyndroom.

Psychische stress kan zich over jaren uitstrekken; dit bleek bij een onderwijzer die werd bedreigd met opheffing van een kleine school zodat hij zou moeten wegtrekken uit zijn leefmilieu in het kleine dorp waar het hem goed bevalt. Hij kreeg het klassieke lumbo-sacrale spanningssyndroom met alle verschijnselen van hernia nucleï pulposi, zelfs met licht verhoogd eiwit in de liquor. Elke therapie, waaronder een bedrustkuur, faalde. Hij hield wisselende klachten totdat de bedreiging na vijf jaar verdween, toen definitief werd besloten de school te handhaven. Daarna werd patiënt klachtenvrij.

Het is een ernstige misvatting te veronderstellen dat psychogeen bepaalde klachten aanstellerij zouden zijn. Vele patiënten denken dit, zij voelen zich miskend en alleen gelaten wanneer zij daarin niet worden gecorrigeerd. Daarom moet het lichamelijke gepresenteerde lijden ook somatisch worden benaderd zonder de psychogene factor echter uit het oog te verliezen, terwijl deze ook in de therapie moet worden betrokken. Het kan bij dit ziektebeeld zelfs zeer gevaarlijk zijn de psychogene factor te miskennen, soms zelfs gevaarlijker dan het over het hoofd zien van de een of andere anoma-

lie in de lumbo-sacrale wervelkolom. Ingrijpende therapieën, zoals operatie's toegepast op weliswaar duidelijk somatische afwijkingen bij patiënten bij wie het klachtenpatroon psychisch is bepaald, kunnen zelfs, indien zij technisch goed slagen, desastreuze gevolgen hebben die meestal niet meer zijn te corrigeren. Dergelijke geestelijke en lichamelijke volslagen ontredderde patiënten bezoeken regelmatig de spreekuren, mede om zich te laven aan onze schuldgevoelens.

Even ingrijpend kan een beslissing zijn ten aanzien van de mate van arbeidsgeschiktheid, waarbij naar mijn mening het ten onrechte arbeidsongeschikt verklaren gevaarlijker is dan het omgekeerde, omdat de patiënt dan nog eerder de neiging heeft reeds te capituleren voordat de strijd is gestreden en bij voorbaat zich te onderwerpen zoals *Weyel* het zo treffend uitdrukt.

Het is vanuit een langzaam opgebouwde ervaring over een groot aantal patiënten met rugklachten dat het volgende behandelingspatroon wordt aanbevolen.

De benadering van iedere patiënt moet zijn gericht op de somatische kant van de klachten, deze moet worden uitgevoerd door een door de patiënt zelf gekozen arts of specialist. De gehele behandeling moet door dezelfde arts geschieden. In de universiteitsklinieken is het behandelen van rugklachten juist om laatstgenoemde reden veel moeilijker dan in een eenmanspraktijk. Het somatische onderzoek zal de gelegenheid geven echte ziektebeelden uit te sluiten. In de mededelingen aan de patiënt moet een positieve toon worden gelegd, vooral bij het beoordelen van de röntgenfoto's: bijvoorbeeld „Gezien uw klachten valt de toestand van uw rug geweldig mee”. Nooit moet op grond van een fotoverslag worden behandeld en nimmer moet dit verslag aan patiënt worden voorgelezen. Röntgenverslagen doen soms een veel ergere situatie vermoeden dan in werkelijkheid bestaat. Men zal de behandeling moeten beginnen met een optimaal maken van statiek, fysieke conditie en houding. Immers ook de houding is voor een gedeelte psychisch bepaald. De training van de musculatuur is daarbij essentieel. Alleen ter ondersteuning kunnen daarbij massage of warmtebestraling worden gegeven, alsmede medicamenteuze therapie met analgetica of sedativa. Corsetten zijn alleen dan zinvol indien zij voorzien in een psychische behoefte. Worden zij reeds gedragen op advies van andere artsen dan kunnen zij niet rigoreus doch alleen geleidelijk worden weggelaten.

De patiënt moet de mogelijkheid hebben tot het tevoren afgesproken controlebezoek waarbij de mogelijkheid tot onderzoek van de psychogene factor openblijft, evenals die voor een catharsis. Over de aanpak van de psychogene factoren verwijs ik gaarne naar het artikel van *Weyel*.

Aangezien de fysiotherapie naast de conditieverbetering ook een toedekkende en steunende psy-

chotherapie moet kunnen zijn, is een perfecte en uitgebreide voorlichting van de fysiotherapeut absoluut aangewezen. Insufficiënties in de bewegingstechniek en het omgaan met het eigen lichaam in motorische zin, moeten worden gecorrigeerd. Hierbij behoren ook adviezen omtrent de ligging gedurende de nacht en de techniek van het bukken en tillen.

Staken van de werkzaamheden kan op humanitaire gronden bij heftige pijn weliswaar worden geaccepteerd, doch is mijns inziens op medische gronden alleen dan noodzakelijk indien de stress-situatie in de werksfeer ligt. Operatieve behandeling is slechts bij hoge uitzondering geïndiceerd en dan alleen wanneer een conservatieve behandeling faalt en van operatieve maatregelen een evident succes ten aanzien van de stabilisering is te verwachten.

Zodoende kan het aantal operatie's minimaal zijn; in het reeds genoemde materiaal (2700 pa-

tiënten) bedraagt dit slechts 0,6 procent. Er werden bij vijf patiënten primaire spondylodesen verricht, bij vier laminectomieën door de neuro-chirurg en bij zeven correctieve ingrepen bij vroeger verrichte spondylodesen of laminectomieën. Van hen zijn vier patiënten met primaire spondylodesen goed; één patiënt heeft zijn klachten gehouden ondanks technisch succes van de spondylodese. Twee patiënten met laminectomieën zijn goed en twee zijn volledig invalide. Van de zeven correctieve ingrepen zijn vier geslaagd, de overige zijn onveranderd. Wanneer hierbij wordt overwogen dat bij twee patiënten met een geslaagde spondylodese en bij twee patiënten met een geslaagde correctieve ingreep een duidelijk psychogene stress-situatie tot oplossing is gekomen, blijkt de indicatiestelling volkomen op losse schroeven te staan.

Weyel, J. A. (1969) huisarts en wetenschap 12, 218.

Fysiotherapie in de huisartspraktijk

DOOR A. P. M. VAN GESTEL, REVALIDATIEARTS TE EINDHOVEN

„m + o ivm lbp 3 mnd 2/wk. ”

Deze lettertekens mogen wellicht de indruk maken van geheimschrift, iedere controle-arts kan echter mededelen, dat dergelijke aanvragen voor fysiotherapeutische behandeling helaas geen uitzondering zijn. Zij betekenen een aanvraag voor oefen-therapie en massage in verband met lage rugklachten, gedurende drie maanden met een frequentie van tweemaal per week. Een dergelijke aanvraag kan dan ook worden gezien als een aanwijzing dat de fysiotherapie nog niet die plaats in de geneeskunde heeft gekregen, die haar toekomt.

In de ontwikkeling van de geneeskunde heeft deze therapievorm, aanvankelijk zeker, een zeer grote rol gespeeld. Door de opkomst van de medicamenteuze therapie en de operatieve technieken is de fysiotherapie echter geleidelijk aan door de artsen afgestoten en terechtgekomen in handen van leken. Door dit losraken, raakte de arts vervreemd van deze vorm van therapie en hij ging het geheel als mystiek beschouwen. Thans begint een kentering te komen, aangezien de fysiotherapie een actieve bestrijding van bepaalde aandoeningen en hun gevolgen inderdaad mogelijk maakt. Een grotere kennis van deze materie bij de arts is echter een vereiste om dit gedeelte van de geneeskunde de plaats te geven die het toekomt.

In het Fysiotherapeuten Besluit van 1965 staat fysiotherapie omschreven als het totaal van: oefen-therapie: het tot geneeskundig doel uitvoeren en doen uitvoeren van bewegingen en doen aannemen van houdingen; massage therapie: het tot genees-

kundig doel toepassen van technische handgrepen op het menselijk lichaam en fysische therapie: het tot geneeskundig doel toepassen van thermische, chemische en kinetische middelen.

Tot voor kort was de heilgymnast-masseur degene die de oefen- en massagetherapie beoefende, terwijl hij na een aanvullende opleiding ook fysische therapie mocht geven. De huidige opleiding is erop gericht een beroepsuitoefening in het gehele gebied van de fysiotherapie mogelijk te maken, na het eindexamen heeft men dan ook recht op de titel „fysiotherapeut”.

In het vervolg van dit artikel zullen enkele aspecten van de fysiotherapie worden toegelicht, benevens enkele voorwaarden waaraan moet worden voldaan, wil deze vorm van therapie aan zijn doelstelling kunnen beantwoorden.

Onbekendheid met de fysiotherapie.

Terwijl elke vorm van diagnostiek en therapie gedurende de algemene opleiding tot arts, zowel theoretisch als praktisch, uitgebreid wordt onderwezen, is de fysiotherapie nog steeds een vrijwel verwaarloosd gebied. Op zich zou dit geen betekenis behoeven te hebben, indien het indicatiegebied dermate beperkt was dat dit tekort schieten in de opleiding slechts een sporadische patiënt zou treffen.

Indien men echter in de praktijk op een willekeurige dag het percentage patiënten nagaat met aandoeningen van het bewegingsapparaat zoals schouder, nek, rug en heup, zal het duidelijk zijn dat een groot aantal patiënten niet optimaal van deze the-