

# Nekpijn

## WAT IS HET PROBLEEM?

Huisartsen zien veel patiënten met nekpijn: 1 op de 4 klachten over het bewegingsapparaat gaat over nekpijn. De incidentie in de huisartsenpraktijk bedraagt volgens het laatste NIVEL-rapport 12,3 per 1000 patiënten per jaar.

De nek bevat in een klein gebied veel verschillende anatomische structuren; de oorzaak van nekpijn is daarom divers. Er zijn meerdere mogelijkheden om nekpijn te classificeren: specifieke nekpijn (fractuur, infectie of tumor), aspecifieke nekpijn (mechanisch), oorzaak of gradatie I t/m IV, waarbij graad IV weer duidt op specifieke nekpijn.

## WAT MOET IK WETEN?

Internationaal doet vooral de Neck Pain Task Force (NPTF) onderzoek naar nekpijn. Op nationaal niveau komt informatie over nekkklachten uit de multidisciplinaire richtlijn voor klachten over arm, nek of schouder (KANS). Het merendeel (meer dan 95%) van de nekkklachten is aspecifiek. De incidentie van nekpijn door een trauma varieert van 83-302 per 100.000 personen per jaar. De kans op een fractuur na een trauma is klein bij verminderen van alertheid, afwezigheid van neurologische uitval en de mogelijkheid om het hoofd tot meer dan 45 graden te roteren. Factoren die van invloed zijn op het ontstaan van aspecifieke nekpijn zijn volgens de NPTF: (hogere) leeftijd, (vrouwelijk) geslacht, genetische aanleg, (slechte) psychologische gezondheid, werkstress, lage werktevredenheid, inadequate werkhoudingen en roken. De combinatie nekpijn en werkstress heeft een slechte prognose, evenals de combinatie trauma, hogere pijnintensiteit en veel gebruik van medische zorg. Een positieve prognose van nekpijn is geassocieerd met een jongere leeftijd, actieve coping en optimisme.

De diagnose nekhernia wordt vaak geopperd, maar de incidentie is laag: tussen de 2,1 tot 63 per 100.000, afhankelijk van de gehanteerde definitie van radiculare pijn. Bij deze diagnose past uitstralende pijn tot de elleboog en gevoelsverlies.

Bij een röntgenfoto van de nek zien we vaak de diagnose (facet)artrose. De incidentie hiervan neemt toe met de leeftijd, maar zegt niets over de mate van pijnbeleving. Artrose in de nek gaat vaak samen met artrose in de lage rug.

## WAT MOET IK DOEN?

Doe algemeen lichamenlijk onderzoek: inspectie en palpatie van de protuberantia occipitalis externa, processus transversus atlantis en de supraclaviculaire fossa, de cervicale musculatuur en de aanhechting ervan aan de schedel. Doe actief bewegingsonderzoek: anteflexie, extensie, lateroflexie en rotatie. Test de armppeesreflexen indien daartoe aanleiding is. Doe zo nodig de schouderabductietest, een specifieke test om onderscheid te maken tussen nekpijn en radiculare pijn. De patiënt abduceert actief de pijnlijke arm vanuit een staande of zittende houding. Als de pijn tijdens de abductie verdwijnt, is

de test positief en is er sprake van druk op een cervicale zenuw. Uit een onderzoek van hoge kwaliteit bleek dat de sensitiviteit van deze test 17% bedroeg en de specificiteit 92%. Daarmee is de schouderabductietest redelijk adequaat om op eenvoudige wijze nekpijn te onderscheiden van radiculare pijn.

Uit een meta-analyse blijkt dat het aanvragen van een röntgenfoto voor het uitsluiten en diagnosticeren van cervicale fracturen weinig zin heeft. Voor het uitsluiten wordt in datzelfde onderzoek een CT-scan aangeraden.<sup>3</sup> Dit betekent in de meeste huisartsenpraktijken doorverwijzing naar de tweede lijn. Dit geldt ook voor het aantonen van een cervicale discushernia; dit kan alleen via een speciale MRI-techniek (angled sagittal). Het aantonen van een relatie tussen nekpijn en spier(dis)functie met behulp van een echo lijkt niet valide.

## WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat de meeste nekkklachten geen duidelijke oorzaak hebben. Beeldvormende diagnostiek heeft dan geen meerwaarde. De prognose over het herstel van nekpijn wordt beïnvloed door 9 factoren uit de anamnese: (1) leeftijd, (2) bijkomende lagerugpijn, (3) bijkomende hoofdpijn, (4) uitstralende klachten, (5) ernst van de pijn, (6) eerder trauma, (7) eerdere nekpijn, (8) betaald werk en (9) algemene gezondheidstoestand. De eerste 6 weken vermindert de pijn met 45%, daarna eigenlijk niet meer. Van de patiënten met acute nekpijn (minder dan 6 weken) is 76% na een jaar grotendeels of volledig hersteld. De prognose van nekpijn is dus gunstig.

Patiënten ouder dan 50 jaar met veel nekpijn maar geen rugklachten, herstellen het snelst met manuele therapie. Bij overige patiënten met nekpijn zijn fysiotherapie, manuele therapie en afwachtend beleid even effectief. ■

## LITERATUUR

- Schellingerhout JM. Neck Pain in primary care. Prognosis and methodology [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2011.
- Verhagen A, Alessi J. Evidence based diagnostiek van het bewegingsapparaat. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014.
- Holmes JF, Akkinepalli R. Computed tomography versus plain radiography to screen for cervical spine injury: a meta-analysis. J Trauma 2005;58:902-5.