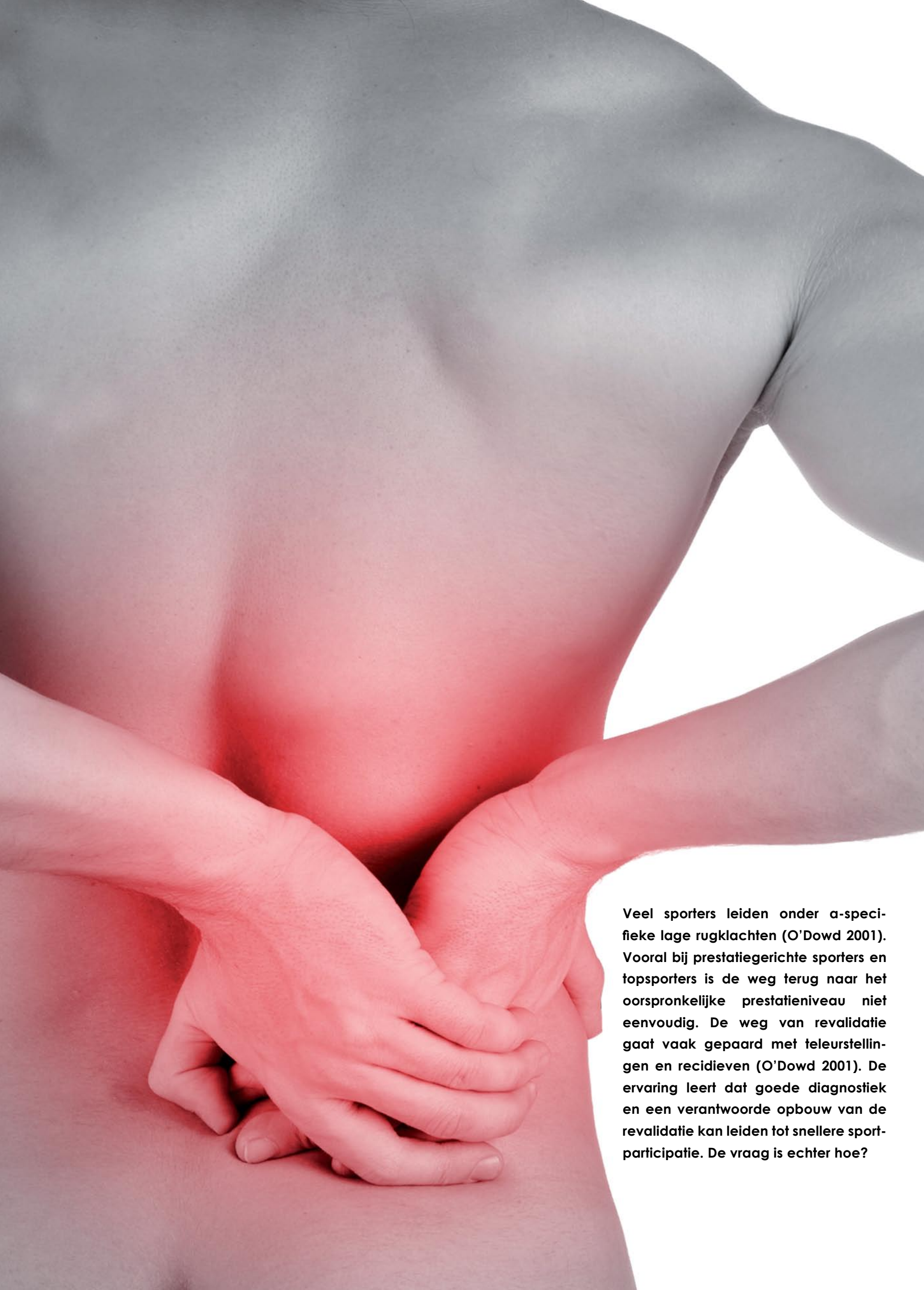

Veel sporters leiden onder a-specifieke lage rugklachten (O'Dowd 2001). Vooral bij prestatiegerichte sporters en topsporters is de weg terug naar het oorspronkelijke prestatieniveau niet eenvoudig. De weg van revalidatie gaat vaak gepaard met teleurstellingen en recidieven (O'Dowd 2001). De ervaring leert dat goede diagnostiek en een verantwoorde opbouw van de revalidatie kan leiden tot snellere sportparticipatie. De vraag is echter hoe?

A-specifieke lage rugklachten bij sporters, een richtlijn voor actieve revalidatie (deel 1)

Welke diagnostische mogelijkheden, behandelingstrategieën en middelen kan een sportfysiotherapeut benutten om sporters met a-specifieke lage rugklachten op maat te begeleiden op de weg naar sportparticipatie?

Om deze vraag te beantwoorden wordt in de komende vijf edities van InFysio een artikel aan dit thema gewijd. De eerste twee artikelen gaan over diagnostiek bij sporters met lage rugklachten. Het derde artikel geeft een overzicht van uitgangspunten die de basis vormen voor actieve revalidatie van sporters met a-specifieke lage rugklachten. Het vierde artikel beschrijft een praktische richtlijn voor de actieve revalidatie. Het laatste artikel is een casus waar zowel de diagnostiek als de revalidatie klinisch wordt toegepast en uitgewerkt.

Epidemiologie

Rugklachten hebben zich in de laatste tien jaar als volkslijden nummer één ontwikkeld. Maar liefst zestig tot negentig procent van de bevolking kent in zijn leven een periode waar rugklachten de boventoon voeren. (Frymorer 1998).

Rugklachten blijken voor de mensheid een 'part of their lives' te zijn waarbij de oorzaak vooral multifactorieel en multidimensionaal is (McCarthy 2004). Hiermee wordt bedoeld dat patho-anatomische, neurofysiologische, psychosociale en contextuele factoren een rol van betekenis kunnen spelen zowel in het ontstaan als het aanhouden van lage rugklachten (Einerhand 1995). Om vanuit diagnostisch perspectief vast te kunnen stellen welke van deze factoren een rol spelen en welke de hoofdrol spelen in het toneelstuk van lage rugklachten is geen eenvoudige opgave. Niet voor niets wordt aangegeven dat negentig procent van de mensen die rugklachten ervaren, de diagnose a-specifieke lage rugklachten krijgt opgediend. A-specifiek omdat de exacte oorzaak niet aan te geven is.

Gelukkig is de prognose van lage rugklachten gunstig; zestig tot tachtig procent van de lage rugklachten verdwijnt in een tijdsbestek van vier tot zes weken zonder medische of paramedische interventies (Pengel 2003). Helaas blijkt ook dat juist de mensen die een periode van lage rugklachten heeft mogen ervaren, zestig procent binnen een jaar een recidief krijgt. (Hoogen 1998). Onder deze mensen bevinden zich veel sporters.

Diagnostiek

Het doel van diagnostiek bij sporters met lage rugklachten is ten eerste vast te stellen welke aard rugklachten aanwezig zijn en ten tweede de ernst en de mate van beïnvloedbaarheid van de rugklachten (Richtlijn lage rugpijn KNGF 2005).

De aard van de rugklachten kan worden vastgesteld door het hanteren van de 'diagnostic triage' (Waddell 1998). Gordon Waddell geeft in zijn boek: „The back Pain Revolution" drie mogelijke diagnoses: specifieke ernstige lage rugklachten, specifieke niet ernstige lage rugklachten en a-specifieke lage rugklachten.

De diagnose a-specifieke lage rugklachten kan alleen worden gesteld door middel van uitsluitdiagnostiek; de sportfysiotherapeut probeert tijdens het diagnostische proces specifieke oorzaken van rugklachten uit te sluiten. Het gaat hier vooral om ernstige, nog niet eerder gediagnosticeerde pathologieën die de oorzaak van de klachten zijn. Tijdens screening van sporters met rugklachten gaat het hier om de analyse van red flags. Voorbeelden van specifieke rugklachten zijn Morbus Bechterew, Scheuermann, spondylolistehesis, tumoren, infecties en een sacrale prolaps. Belangrijke symptomen hierbij zijn progressieve pijnklachten die niet mechanisch te provoceren zijn, ongewild gewichtsverlies, incontinentie, ernstige motorische uitvalsverschijnselen, bilaterale sensibiliteitstoornissen en rijbroekanaesthesie (Airaksinen 2004, Waddell 1998).

Een specifieke niet ernstige lage rugklacht is de Hernia Nucleii Pulposi (HNP). Specifieke symptomen die hieraan gerelateerd zijn: Unilaterale beenpijn is erger dan de rugpijn, de pijn is schietend van aard, dermatoomgebonden, beenpijn voorbij de knie (radiculaire pain), doofheid of paresthesieën in hetzelfde gebied als de uitstralende pijn (radiculopathie).

Wanneer er geen sprake is van bovenstaande symptomatiek kan de diagnose a-specifieke lage rugklachten worden gesteld. Typische symptomen hierbij zijn: leeftijd tussen de 20 en 55 jaar, de pijn bevindt zich vooral in het lumbosacrale gebied, gluteaal en eventueel het bovenbeen, de pijnklachten zijn mechanisch te provoceren en de patiënt/sporter is verder gezond.

Vooral bij mensen/sporters met a-specifieke lage rugklachten zijn de stoornissen geen afdoende verklaring voor de klachten. Vandaar dat de diagnostiek zich richt op de beperkingen en de participatie van de sporter. (KNGF richtlijn lage rugpijn 2005). Maar hoe kom je tot een goede analyse hiervan? Een goede leidraad voor diagnostiek van beperkingen en participatie en de klinische vertaalslag volgt in deel twee.

Over de auteur

Harald Bant mede-eigenaar van het ESP Centrum voor fysiotherapie, medische fitness en reintegratie. Daarnaast is hij gastddocent op de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en geeft hij de themacursussen: knie-, schouder- en wervelkolomrevalidatie en is hij directeur van een internationale opleiding voor sportfysiotherapie: Het European Sports Physiotherapy Education Network. De opleidingen vinden plaats in Nederland, Duitsland, Oostenrijk en Zwitserland.

Harald is tevens maatschapslid van Nexus - opleidingsinstituut, het opleidingsinstituut voor de fysiotherapeut

InFysio Onderzoeksnieuws

Inspanning als medicijn bij DM type 2

Mensen met Diabetes Mellitus type II kunnen door een twaalf weken lang lichamelijk inspanningsprogramma te volgen, het aantal actieve mitochondriën in de spier normaliseren. Hierdoor verbetert ook de suikeropname in de spier en normaliseert de capaciteit waarmee de spier kan wisselen tussen suiker- en vetverbranding. Dat blijkt uit onderzoek door drs. Ruth Meex binnen de onderzoeksgroep van dr. Matthijs Hesselink, dr. Patrick Schrauwen en collega's van het Nutrition and Toxicology Research Institute Maastricht (NUTRIM) van de Universiteit Maastricht. Ze publiceren hierover in het maartnummer van het toonaangevende tijdschrift Diabetes.

Systematic review of tests to identify the disc, SIJ or facet joint as the source of low back pain.

Hancock MJ, Maher CG, Latimer J, Spindler MF, McAuley JH, Laslett M, Bogduk N.

Back Pain Research Group, Faculty of Health Sciences, University of Sydney, PO Box 170, Lidcombe, 1825, Sydney, NSW, Australia.

Klinische praktische richtlijnen beweren dat de exacte bron van rugklachten in de meerderheid van de patienten niet gedetermineerd kan worden. Maar er is geen systematische review uitgevoerd om de accuratesse van de diagnostische testen, die gebruikt worden om de bron van de rugklachten te identificeren, te bepalen. Het doel van deze systematische review is om te onderzoeken of er diagnostische accuratesse van testen beschikbaar is voor clinici om discus, facetgewrichten of het sacro-iliacaal gewricht als bron van lage rugklachten aan te duiden.

De resultaten van deze review laten zien dat er testen bestaan die de waarschijnlijkheid van de discus of het sacroiliacaal gewricht (maar niet het factegewricht) als de bron van rugklachten veranderen. Deze veranderingen zijn echter zeer klein en gemiddeld. Het nut van deze testen in de klinische praktijk, speciaal als begeleider van de behandelkeuze, blijft onduidelijk.

Bron: Pubmed.
Link: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17566796?dopt=AbstractPlusga