

Richtlijn Rugklachten

INHOUDSOPGAVE

1.	Inleiding	3
2.	Anamnese.....	3
2.1	Algemeen.....	3
2.2	Arbeidsanamnese	4
3.	Funcieonderzoek.....	4
4.	Diagnose beroepsgebonden rugaandoeningen	6
4.1	Risicofactoren voor het ontstaan van rugaandoeningen.....	7
5.	Behandeling	7
6.	Arbeidsgeschiktheidsbeoordeling en begeleiding	8
6.1	Beoordeling van de werksituatie	8
6.2	Werkhervattingsadvies	8
6.3	Begeleidingsplan.....	10
6.4	Werkplekaanpassingen	10
7.	Preventie.....	11
8	Samenvatting diagnostiek, behandeling en arbeidsgeschiktheidsbeoordeling van rugklachten.....	12
9.	Literatuur	15

1. Inleiding

Bijna 30% van de werknemers in de bouw heeft regelmatig rugklachten. Van de vloerenlegger, de betonstaalvlechter, de purder, de steenzetter, de terrazzowerker en de glaszetter heeft zelfs meer dan 45% rugklachten. Ook andere bouwberoepen hebben significant meer klachten dan de gemiddelde bouwvakker.

Bij lage rugpijn is in 90 tot 95% van de gevallen geen specifieke oorzaak aanwijsbaar. Lichte afwijkingen in stand van rug, benen of voeten en geringe structurele afwijkingen zijn geen verklaring voor lage rugpijn.
Bij een lumbosacraal radiculair syndroom is een spoedige behandeling geïndiceerd

2. Anamnese

2.1 Algemeen

- Individuele variabelen:
 - Leeftijd?
 - Hobby (sport)?
 - Eerder rugklachten gehad?

- Klachten variabelen:
 - Aard en ontstaan huidige klachten?
 - Ernst van pijn en hinder?
 - Duur huidige klachten?

- Lokalisatie van de pijn en eventuele uitstraling naar de benen:
 - Spierzwakte?
 - Gevoelsstoornissen?
 - Mictiestoornissen?
 - Verergering bij hoesten, niezen, persen?

- Controleer op aanwezigheid ‘rode vlaggen’
Indien sprake is van de hieronder vermelde rode vlaggen, dient nader onderzoek te worden gedaan om specifieke oorzaken zoals radiculair syndroom op basis van een discusafwijking van het segment L4-L5 of L5-S1, of meer zeldzame afwijkingen zoals maligne aandoeningen, osteoporotische wervelfracturen, stenose, spondylitis ankylopoetica (ziekte van Bechterew) en ernstige vormen van spondylolisthesis, uit te sluiten:

- debuit rugklachten optredend voor het 20^e of na het 55^e levensjaar;
 - constante progressieve rugpijn;
 - trauma;
 - maligne aandoening in de voorgeschiedenis;
 - langdurig gebruik corticosteroiden;
 - drugsgebruik, immunosuppressie, HIV
 - (regelmatig) algemene malaise;
 - onverklaard gewichtsverlies;
 - neurologische uitval (motorische uitval, sensibiliteitsstoornissen en/of mictiestoornissen);
 - lumbale kyfose en/of verstreken lumbale lordose;
 - infectieuze aandoening.
- Bijkomende problemen:
 - ADL-activiteiten, zoals lopen, bukken, zitten, liggen?
 - psychosociaal?
 - gewichtsverlies?
 - koorts?
 - Behandeling:
 - Aard van behandeling?
 - Frequentie en duur van behandeling?
 - Contact met curatieve sector?

2.2 Arbeidsanamnese

- Vragen naar beroep, duur en aard van rugbelastende activiteiten, met name tillen, herhaald buigen en/of draaien van de romp, lichaamstrillingen.
- Vragen naar ontevredenheid met het werk.
- Vragen naar relatie tussen rugklachten en werk in de tijd.
- Verergering bij rugbelastende activiteit?
- Minder in weekend en tijdens vakantie?

3. Functieonderzoek

Afhankelijk van de aard van de klachten, zoals blijkt uit de anamnese, kunnen verschillende testen en onderzoeken uitgevoerd worden. In alle gevallen dient de rugfunctie onderzocht te worden.

Rugfunctie

Om een indruk te krijgen van de beweeglijkheid van de rug wordt in alle gevallen de flexie, extensie, lateroflexie en torsie van de rug getest. Belangrijk zijn de verschillen tussen links en rechts.

Door de rugfunctietest wordt vastgesteld welke houdingen en bewegingen problemen geven.

Lichte afwijkingen in de stand van de rug, benen of voeten en geringe structurele afwijkingen zijn geen verklaring voor lage rugpijn.

Uitstralende pijn

Het belangrijkste onderdeel van het onderzoek is de proef van Lasègue en de omgekeerde proef van Lasègue. Op basis van de anamnese en deze proeven is het mogelijk te differentiëren tussen specifieke rugklachten en een HNP (zie diagnose). Bij uitstralende pijn en een positieve (omgekeerde) proef van Lasègue wijst dit op een lumbosacraal radiculair syndroom. Verminderde kniepees- en achillespeesreflexen, spierzwakte en gevoelstoornissen zijn extra signalen die de lumbosacraal radiculair syndroom bevestigen. Een verminderde kniepees- en achillespeesreflex duiden respectievelijk op een compressie ter hoogte van L4 en S1.

Aanvullend onderzoek

Als de klachten van de werknemer niet in de rug te lokaliseren zijn, dient de heup onderzocht te worden. Röntgenonderzoek is alleen geïndiceerd als er aanwijzingen zijn voor een specifieke oorzaak bij specifieke rugpijn, bijvoorbeeld een fractuur of maligniteit.

Voor het aantonen van een HNP zijn beeldvormende technieken zoals een myelogram, CT-scan of MRI-opname noodzakelijk. Een botscan is vooral van belang bij ontstekingsprocessen en maligniteiten. Een verhoogde BSE (bezinkingssnelheid erythrocyten) kan aanwijzingen geven voor het bestaan van een tumor of infectie.

4. Diagnose beroepsgebonden rugaandoeningen

Op grond van de anamnese en het functieonderzoek moet in principe worden besloten tot welke diagnosecategorie de klacht behoort.

De volgende categorieën zijn te onderscheiden:

Aspecifieke rugpijn

Wordt gekenmerkt door lage rugpijn die op de voorgrond staat en de klachten die geprovoceerd worden door bepaalde houdingen, bewegingen en mechanische factoren. Er kan sprake zijn van ochtendstijfheid. Uitstraling in het been kan optreden, echter zelden voorbij de knie. Bij pijn die over een groot onbegrensd gebied wordt aangegeven, moet aan bijkomende psychosociale problemen worden gedacht.

Lumbosacraal radiculair syndroom

Veelal gekenmerkt door uitstraling van de pijn in één been, meestal tot voorbij de knie. De uitstralende pijn verloopt aan de voorzijde van het bovenbeen of langs achterbuitenkant van het bovenbeen naar zijkant van onderbeen tot in voet.

Ook heeft hoesten, niezen en persen invloed op de pijnklachten. De werknemers kunnen ook klagen over krachtsverlies, gevoelsstoornissen of tintelingen. Dit geeft aanleiding om een hernia nucleii pulposus (HNP) te overwegen.

Wanneer er klachten zijn over de mictie of defaecatie, moet gedacht worden aan een caudasyndroom, waarbij met spoed moet worden ingegrepen. De uitvalsverschijnselen in de benen zijn over het algemeen progressief of ernstig van aard. Pijnklachten die ontstaan in één of beide benen bij langer lopen of staan en verminderen bij voorovergebogen houding, bijvoorbeeld bij gehurkt zitten of fietsen, wijzen op een lumbale kanaalstenose.

Naast prikkeling van de wortel door een HNP is er ook wortelcompressie mogelijk door arthrotische botwoekering van de facetgewrichten.

Wordt pijn in het hele been aangegeven, dan kunnen psychosociale problemen mede een rol spelen.

Specifieke rugpijn

Hierbij moet gedacht worden aan een fractuur, tumor, infectie en andere oorzaken buiten de rug. Veelal is er sprake van bijkomende ziekteverschijnselen, bijvoorbeeld temperatuurverhoging. Niet in de rug gelegen oorzaken die met specifieke rugpijn gepaard gaan zijn nierstenen, galstenen en extra-uteriene graviditeit.

4.1 Risicofactoren voor het ontstaan van rugaandoeningen

‘Evidence-based’ risicofactoren voor het ontstaan van lage rugklachten door het werk zijn:

- tillen;
- blootstelling aan lichaamstrillingen;
- herhaald buigen en/of draaien van de romp;
- ontevredenheid met het werk.

Beroepen waarin de eerste drie risicofactoren veel voorkomen zijn:

- opperman;
- metselaar;
- steigerbouwer;
- grondverzetmachinist;
- chauffeur.

5. Behandeling

Nadat de diagnose gesteld is, dient na te worden gegaan of de juiste behandeling is ingesteld.

Afhankelijk van de diagnosecategorie kan een specifieke behandeling worden geadviseerd. Voor alle aandoeningen geldt dat de blootstelling aan de genoemde vier risicofactoren dient te worden verminderd tot een acceptabel niveau. Bij voorkeur wordt zowel de intensiteit als de duur van de blootstelling verminderd.

Aspecifieke rugpijn

Bij de behandeling van acute aspecifieke rugpijn verdient het geen aanbeveling bedrust voor te schrijven. Het beleid dient gericht te zijn op bewegen ondanks de pijn en de activiteiten tijdcontingent uit te breiden. Werknemers hebben veelal baat bij pijnstillers en, tijdens de acute fase, bij spierverslappers.

De effectiviteit van veel fysiotherapeutische behandelmethoden is niet aangetoond. Over het algemeen worden deze methoden echter wel hoog gewaardeerd door werknemers. Zoals gezegd dient de behandeling gericht te zijn op activering, ongeacht de medicatie die de werknemer gebruikt. Deze activering kan het beste zoveel mogelijk aansluiten bij de dagelijkse werkzaamheden.

Lumbosacraal radiculair syndroom

Bij het lumbosacraal radiculair syndroom is de aanpak in de eerste 6 weken vergelijkbaar met het beleid bij aspecifieke lage rugklachten. Echter bij progressieve

parese en het cauda equina syndroom dient direct naar de curatieve sector te worden verwezen. Bij lichte klachten, bijvoorbeeld alleen pijnklachten en geen neurologische uitval dient het beleid gericht te zijn op activeren en terugkeer naar het oude niveau van functioneren. De klachten duren over het algemeen langer, maar het natuurlijke beloop is ook hier veelal gunstig. Als het lumbosacraal radiculair syndroom na 6 weken nog onveranderd aanwezig is, kan worden besloten tot operatief ingrijpen. Operatie levert sneller resultaat op dan conservatieve behandeling maar op lange termijn (4 jaar) zijn er geen verschillen meer. Bij een goede operatie indicatie zou een operatie kosten-effectiever zijn. De beenklachten zijn na operatie bij bijna alle patiënten verdwenen, maar de rugklachten blijven bij de helft aanwezig. Na operatie of conservatieve behandeling mogen de patiënten alle werkzaamheden weer verrichten. Daarom is het ook bij deze patiënten van belang om te leren omgaan met de pijn en bewegen te stimuleren opdat het werk kan worden hervat.

Specifieke rugpijn

Bij specifieke rugpijn moet overeenstemming zijn met de curatieve sector, of door overleg worden bereikt, over verdere diagnostiek. Bij een vermoeden van ernstige aandoening is de enige mogelijkheid de resultaten af te wachten en de werknemer niet te belasten.

6. Arbeidsgeschiktheidsbeoordeling en begeleiding

6.1 Beoordeling van de werksituatie

Om een kwalitatieve indicatie te krijgen van een hoge of lage blootstelling aan de risicofactoren is een arbeidsanamnese voldoende. Meer kwantitatieve informatie over de hoogte van blootstelling dient te worden verkregen door aanvullende informatie uit bijvoorbeeld een RI&E of een werkplekbezoek. Desgewenst kan dit door een arbeidshygiënist of ergonoom uitgevoerd worden. Voor een uitvoerig onderzoek naar fysieke belasting kan het document “Arbouw-richtlijnen voor fysieke belasting in de bouwnijverheid” gebruikt worden. Voor alle aandoeningen geldt dat de blootstelling aan tillen, herhaald buigen en/of draaien van de romp en lichaamstrillingen dient te worden verminderd tot een acceptabel niveau. Bij voorkeur wordt zowel de intensiteit als de duur van de blootstelling verminderd.

6.2 Werkhervattingsadvies

Het boek “Beoordelingsrichtlijnen voor arbeidsgeschiktheid” van Arbouw kan worden gebruikt om te bepalen of een werknemer met een bepaalde rugklacht wel of niet zijn oude werkzaamheden kan hervatten. In dit boek wordt per beroep de

belastbaarheidseisen aangegeven. Deze eisen zijn opgedeeld in verschillende aspecten. Voor rugklachten zijn de aspecten staan, zitten, werken in gebogen houding, knielen/kruipen/hurken, klimmen/klauteren, tillen, werken met voetschakelaars/pedalen, lichaamstrillingen van belang. Per beroep wordt in een grafiek aangegeven welke eisen per aspect worden gesteld. Nogmaals wordt benadrukt dat het belangrijk is om de werknemer te activeren tot beweging ondanks de pijn.

(PK: bij het volgende heb ik mijn twijfels: ik denk dat het beter van persoon tot persoon bekeken kan worden en niet alleen op basis van de diagnose). Voor een aantal specifieke aandoeningen wordt aangegeven in welke niveau werknemers met deze aandoeningen worden ingedeeld. Ook voor enkele rugklachten is dit gedaan. De belastbaarheidsbeperkingen die leiden tot een indeling op niveau 3 (= matig verminderde belastbaarheid) en 4 (ernstig verminderde belastbaarheid) voor de rugklachten zijn hieronder weergegeven:

• Niet-ernstige recidiverende klachten van rug of heupen	gebogen houding/3
• Ernstige recidiverende klachten van rug of heupen	gebogen houding/4
• Niet-ernstige recidiverende klachten van rug, heupen of ledematen	tillen/3
• Ernstige recidiverende klachten van rug, heupen of ledematen	tillen/4
• Chronische recidiverende rugaandoeningen	lich.tril./3
• Geringe rugafwijkingen zonder duidelijke klachten	staan/3
• Afwijkingen aan rug of onderste ledematen	staan/4
• Lichte afwijkingen rug, heupen of ledematen	tillen/3
• Ernstige afwijkingen rug of ledematen	tillen/4
• Matige afwijkingen in vorm en beweeglijkheid van de wervelkolom of heupen	gebogen houding/3
• Ernstige afwijkingen in vorm en beweeglijkheid van de wervelkolom of heupen	gebogen houding/4
• Degeneratieve wervelkolomafwijkingen (niet door leeftijd verklaard)	lich.tril./3
• Verstijving wervelkolom	lich.tril./3
• Wervelfracturen in anamnese	lich.tril./3
• Tussenwervelschijf aandoeningen (HNP) discopathie	lich.tril./3
• Lichtere functiestoornissen nek, schouders, bovenste ledematen of rug	armbel./3; klimmen/3
• Ernstige functiestoornissen nek, schouders, bovenste ledematen of rug	armbel./4;klimmen/4
• Arthrose lumbale wervelkolom	voetsch./ped./3

Afhankelijk van de belastingsniveaus in een bepaald beroep, zal de aanwezigheid van

een beperking van de belastbaarheid al dan niet relevant zijn voor die functie.

6.3 Begeleidingsplan

Bij een werknemer met specifieke rugklachten en bij een werknemer met een mild lumbosacraal radiculair syndroom:

- de resultaten van de afspraken uit het eerste consult binnen 2 weken evalueren;
- bij ernstige twijfel over de juistheid van de diagnose de werknemer (eventueel via huisarts) verwijzen naar een neuroloog of orthopeed met een gerichte vraagstelling;
- als er binnen twee weken geen verbetering is opgetreden bekijken waarom er geen vooruitgang is opgetreden;
- als er binnen 12 weken geen verbetering is opgetreden de werknemer verwijzen naar een revalidatie-instelling of rugadviescentrum.

Bij werknemers met aspecifieke rugpijn en bij werknemers met een lumbosacraal radiculair syndroom en ernstige klachten:

- evalueert u de resultaten van de afspraken uit het eerste contact in een vervolgconsult, maximaal vier weken later.

Ook kan worden afgesproken om telefonisch contact te houden. Bij werknemers met verplichte rust wordt een vervolgconsult direct na deze periode afgesproken. Met werknemers die voor nadere diagnostiek naar specialisten gaan of een operatie ondergaan, dient contact te worden gehouden over de voortgang. Als er meer duidelijkheid is over de prognose dan wordt een afspraak voor het spreekuur gemaakt.

Overleg met de leidinggevende: bespreek met de leidinggevende hoe de terugkeer in het werk van de werknemer bespoedigd kan worden.

6.4 Werkplekaanpassingen

Nadat de werksituatie is beoordeeld, kan worden bepaald of aanpassingen noodzakelijk zijn en wat de mogelijkheden voor aanpassingen in het werk zijn. Bij voorkeur wordt zowel de intensiteit als de duur van de blootstelling verminderd. Daarbij kan contact opgenomen worden met de werkgever waarbij ook gekeken kan worden of er tijdelijk een ander functie binnen het bedrijf vervuld kan worden. Eventueel gedeeltelijke werkhervatting kan een optie zijn. Soms is het nodig dat een werkplekanalyse door een arbeidshygiënist of een ergonoom gedaan wordt met een advies voor aanpassen van de werkplek.

Enkele mogelijkheden zijn:

- Aanpassing van productiemethoden.
- Aanpassing werkmethode (bv. tiltechniek).
- Veranderingen bij uitvoering: korter werken per dag of per week, minder zware taken, meer pauzes, regelmogelijkheden.
- Hulpmiddelen, aanpassing materialen.
- Mechanisatie.
- Aandacht voor omgevingsfactoren (bv. ondergrond).
- Bescherming tegen klimaat (bv. kleding).

7. Preventie

Om rugklachten te voorkomen kunnen een aantal adviezen gegeven worden:

Technische/organisatorische maatregelen:

- Vervang de producten waar oplosmiddelen in zitten voor niet-oplosmiddel bevattende producten. Maak een keus voor het minst schadelijke product. Dit kan met behulp van het Productgroep Informatie Systeem Arbouw (PISA). Gebruik bijvoorbeeld oplosmiddelarme verven en lijmen (op waterbasis). Bij binnenwerk kan bijvoorbeeld beter zoveel mogelijk gebruik gemaakt worden van afbijtmiddel op basis van natronloog in plaats van een oplosmiddelhoudend afbijtmiddel. Sinds 01-01-2000 is het wettelijk verboden om met oplosmiddelrijke verven binnen werk te verrichten.
- Goede ventilatie bij binnenwerk, met name in kleine ruimten moet goed geventileerd worden. Ook bij gebruik van watergedragen verfsystemen moet geventileerd worden. (sinds het jaar 2000 is het verboden om binnen met oplosmiddel rijke verf te werken).
- Afscherming van de werkprocessen waar oplosmiddelen gebruikt worden.

Individuele maatregelen:

- Neem tijd om je werkplek handig in te richten zodat ver reiken en veelvuldig buigen en/of draaien van de romp wordt verminderd.
- Houd de last bij tillen zo dicht mogelijk tegen het lichaam.
- Alleen wanneer objecten tussen de benen door kunnen worden getild is het zinvol om door je knieën te gaan.
- Probeer tijdens het tillen de beweging rustig uit te voeren.
- Voorkom het langdurig in één houding zitten of staan.

8 Samenvatting diagnostiek, behandeling en arbeidsgeschiedheidsbeoordeling van rugklachten

ANAMNESE

- Individuele variabelen (leeftijd)
- Ontstaan, verloop en duur van klachten
- Lokalisatie van de pijn
- Beperkingen
- Motorische/sensibele uitval:
 - spierzwakte?
 - gevoelsstoornissen?
 - mictiestoornissen?
- Hinder tijdens ADL-activiteiten
- Eerdere rugklachten
- Bijkomende problemen:
 - psychosociaal?
 - gewichtsverlies?
 - koorts?

DIAGNOSE

Aspecifieke rugpijn:

- Lage rugpijn staat op de voorgrond
- Klachten worden geprovoceerd door bepaalde houdingen, bewegingen en mechanische factoren

Lumbosacraal radiculair syndroom (3 categorieën)

HNP

- Uitstralende pijn aan de voorzijde van het bovenbeen of uitstralende pijn langs achterbuitenkant van het bovenbeen naar zijkant van onderbeen tot in voet. Meestal voorbij de knie.
- Positieve proef van Lasègue of positieve omgekeerde proef van Lasègue.

Cauda equina syndroom

- Mictie - of defaectatiestoornissen.
- Progressieve of ernstige neurologische uitvalsverschijnselen in benen.

Lumbale kanaalstenose

- Pijnklachten die, al dan niet met uitstraling, ontstaan in een of beide benen bij langer lopen of staan.
- Pijn vermindert bij voorovergebogen houding, bijvoorbeeld bij gehurkt zitten of fietsen.

Specifieke rugpijn

- Veelal andere en/of bijkomende ziekteverschijnselen.

BEHANDELING

Aspecifieke rugpijn

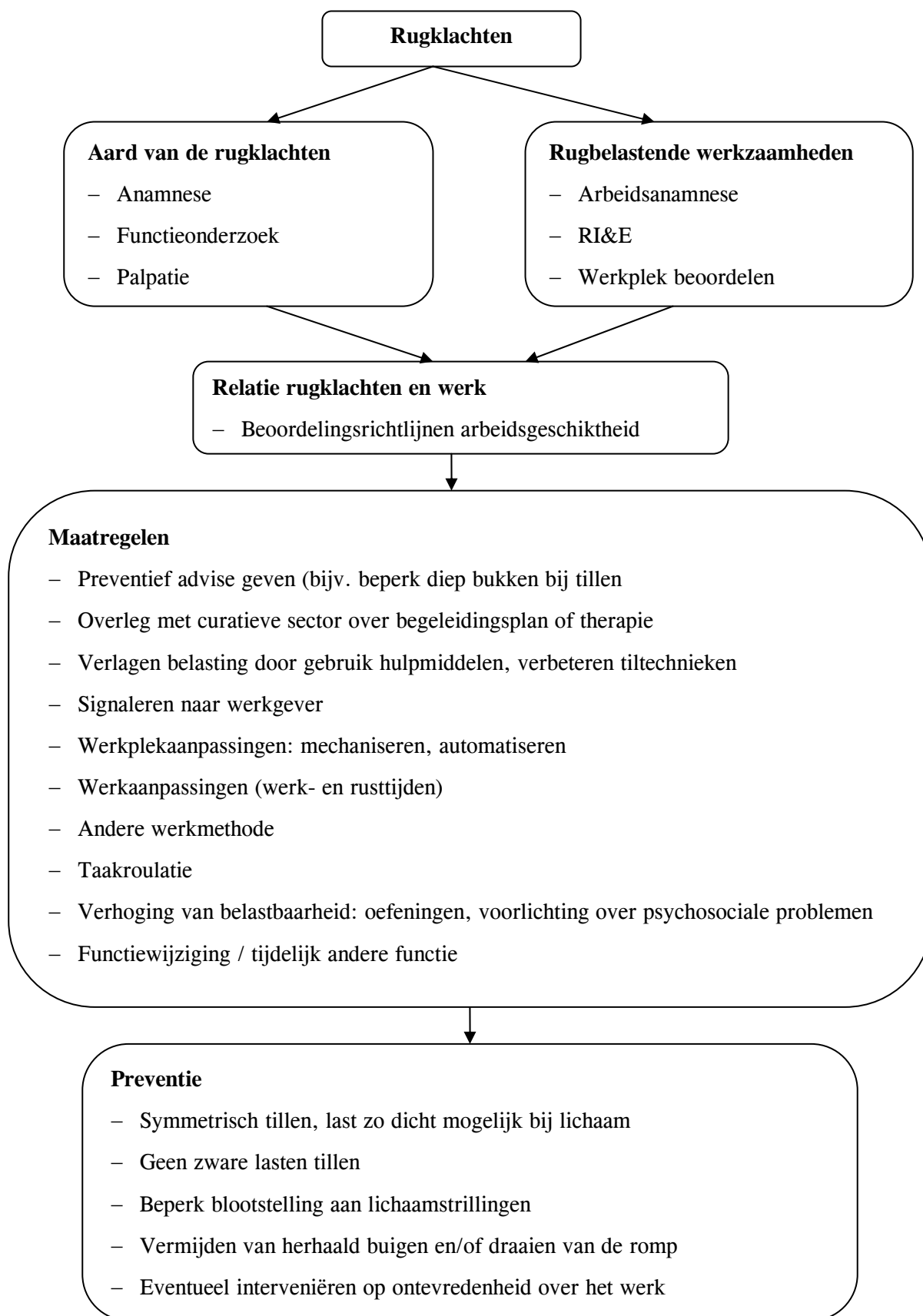
- Tijdcontingente benadering gericht op bewegen ondanks pijn.

Lumbosacraal radiculair syndroom

- Na rust, geleidelijke mobilisering.
- Operatie alleen na mislukte conservatieve behandeling
- Tijdcontingente benadering gericht op bewegen ondanks pijn.

Specifieke rugpijn

- Nader onderzoek.

ARBEIDSGESCHIKTHEIDSBEOORDELING

9. Literatuur

- Richtlijnen voor de bedrijfsgezondheidszorg: begeleiding door bedrijfsartsen bij werknemers met lage rugklachten. Arbouw, november 1996.
- Winkel, D., S. Fisher en C. Vroege, Weke delen aandoeningen van het bewegingsapparaat, deel 2 Diagnostiek, Uitgave: Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht/Antwerpen 1984.
- Beoordelingsrichtlijnen voor arbeidsgeschiktheid. Arbouw, maart 1997.
- Arbouw-richtlijnen voor fysieke belasting in de bouwnijverheid. Arbouw, september 1996.
- Kenniscentrum Arbeid Klachten Bewegingsapparaat, Concept criteriadocument voor de arbeidsgerelateerdheid van specifieke lage rugklachten, maart 2004.